

ОБРАЗОВАНИЕ: РЕСУРСЫ РАЗВИТИЯ

2
2019

Составитель

Г. Е. Гун, д-р мед. наук, профессор

Главный редактор

О. В. Ковальчук, д-р пед. наук, доцент

Редакционная коллегия

Зам. главного редактора

В. И. Реброва, канд. пед. наук, доцент

Научный редактор

А. Е. Марон, д-р пед. наук, проф.

Литературный редактор

Е. В. Романова

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.В. Тарасов, д-р пед. наук, проф.;

А.Ф. Киселев, действ. член РАО, д-р

пед. наук, проф.; Э.В. Балакирева, д-р

пед. наук; Л.Ю. Монахова, д-р пед.

наук; О.Г. Прикот, д-р пед. наук, проф.;

В.П. Топоровский, д-р пед. наук,

проф.; В.А. Макаровский, канд. экон. наук;

М.А. Шаталов, д-р пед. наук, доцент;

А.М. Каменский, д-р пед. наук, доцент

Корректор Е. В. Романова

Оригинал-макет Ю. Г. Лысаковская

Печатается по решению редакционно-

издательского совета ГАОУ ДПО

«ЛОИРО», в рамках реализации

государственного задания на 2019 год

Информационный

научно-методический журнал.

Издается один раз в три месяца

Подписано в печать 00.00.2019

Формат 60×84 1/8. Бумага офсетная

Гарнитура Times New Roman

Печать офсетная. Усл. печ. л. 9,77

Тираж 100 экз. Заказ 11/19

ГАОУ ДПО «ЛОИРО» 197136,

Санкт-Петербург, Чкаловский пр., д. 25а

© ГАОУ ДПО «ЛОИРО», 2019

*Посвящается Году здорового образа
жизни в Ленинградской области,
объявленному губернатором
А. Ю. Дрозденко*

СОДЕРЖАНИЕ

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Здоровые дети – здоровое будущее 3

I. СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Гун Г.Е. Здоровье детей как социально-педагогическая проблема 5

Шангин А.Б. Образование, физическая активность и здоровье молодежи 8

Вылегжанин С.В., Тюлькина О.С. Здоровье детей в Ленинградской области 12

Лободин В.Т. Особенности формирования здорового образа жизни 20

Богданова А.А., Ерёмкина О.П. Здоровье ребенка как основополагающий фактор при разработке индивидуального образовательного маршрута 25

Мартынова А.В., Воспитанник И.В. Школьная служба медиации в условиях создания психологически безопасной образовательной среды 27

II. ФАКТОРЫ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Грядкина Т.С., Реброва В.И. Актуальность здоровьесберегающих технологий в практике деятельности дошкольных образовательных организаций 32



<i>Зырянова Л.Л., Тарасова Л.Б., Бостан М.Ю., Семененко М.П.</i> Создание здоровьесозидающей среды в условиях динамического обучения по методу В.Ф. Базарного в начальной школе	34
<i>Самченко Н.А., Совалёва Н.Г.</i> Здоровьесозидающая среда современной школы как способ достижения новых образовательных результатов.....	39
<i>Дутчак П.Р.</i> Организационные и дидактические аспекты формирования здоровьесберегающей среды в образовательных организациях	43
<i>Шаваринский Б.М., Зотов И.В.</i> Комплекс «Готов к труду и обороне» (ГТО) как инструмент для формирования здорового образа жизни и профилактики вредных привычек обучающихся	46
<i>Янушанец О.И.</i> Влияние занятий спортом на качество жизни старшеклассников образовательных организаций с углубленным изучением ряда предметов	51
<i>Шеховцева Е.В.</i> К вопросу о закреплении за бюджетным учреждением (школой, детским садом) спортивных объектов.....	54

III. ОПЫТ И ПРАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

<i>Защиринская О.В.</i> Психотравматизация и концепты развития стилей общения школьников в современном образовательном пространстве.....	57
<i>Карпачева Л.И., Гун Г.Е.</i> Здоровый образ жизни – верный выбор.....	64
<i>Смирнова А.И.</i> Школа-интернат «Красные Зори» – территория здоровья.....	68
<i>Голубева Г.Г.</i> К вопросу сохранения здоровья обучающихся с речевым дефектом.....	71
<i>Поздняк В.В.</i> Влияние цифровых технологий на развитие ребенка	73
<i>Белюсова Е.И.</i> Дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой как способ укрепления здоровья детей дошкольного возраста	77

ИНФОРМАЦИЯ

Сведения об авторах.....	83
--------------------------	----

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ – ЗДОРОВОЕ БУДУЩЕЕ

В новогоднем обращении губернатор Ленинградской области Александр Дрозденко пожелал всем жителям региона счастливых перемен и объявил 2019 год **Годом здорового образа жизни**.

Требование сохранения здоровья обучающихся находится на первом месте в иерархии запросов к результатам общего образования. Решение проблемы здоровья участников образовательного процесса отмечается как приоритетная задача в большинстве документов, характеризующих российскую государственную политику. Основную роль в школьном образовании играют дети. От их здоровья и того, каким образом мы обеспечиваем их рост и развитие, включая период отрочества, до достижения ими зрелого возраста, будет зависеть уровень благосостояния и стабильности в России в последующих десятилетиях. Необходимым результатом общего образования является сохранение и укрепление здоровья обучающихся, сформированность у них способности и мотивации заботиться о собственном здоровье, полезных поведенческих навыков и установок, обеспечивающих эффективную социальную адаптацию. Именно в школе под присмотром учителя школьники проводят значительную часть времени, и не помогать им сохранить здоровье – проявление низкого уровня социальной ответственности.

Школьное образование представляет один из определяющих и самых длительных этапов жизни каждого человека, является решающим как для индивидуального успеха, так и для долгосрочного развития всей страны. Важную роль играют школы, культивирующие культуру здоровья, и таких школ в нашей области имеется немало количество. На Координационном совете по формированию и развитию инновационной деятельности в сфере образования утверждена сетевая программа «Формирование здоровьесоздающей среды современной школы как фактор достижения новых образовательных резуль-

татов». Программа объединила: МБОУ № 6 г. Кингисеппа, МБОУ «Каменногорский ЦО», МБОУ № 3 г. Пикалево. Суть создания сети – это организация системы связей, позволяющих разрабатывать, апробировать и предлагать профессиональному педагогическому сообществу инновационные модели содержания образования и управления системой образования; это способ деятельности по совместному использованию ресурсов.

Современная школа ищет пути построения образовательного процесса, имеющего в своей основе сохранение здоровья субъектов образовательного процесса. Сегодня эта проблема стоит остро и является актуальной. И хотя образовательная функция школы по-прежнему остается ведущим аспектом ее деятельности, важным фактором в оценке степени и качества обученности становится состояние здоровья школьников. Школу необходимо рассматривать не только как социальную среду, но и как пространство с точки зрения здоровья человека. Перед школой стоит задача создания условий для сохранения здоровья обучающихся, то есть создания механизма формирования здоровьесоздающей среды.

Огромное значение для поддержания работоспособности обучающихся при формировании культуры здоровья, а следовательно, улучшения освоения знаний и умений, имеют методы преподавания. В работе наших педагогов используются активные методы и приемы. Актуальность проблемы обучения педагогов основам здорового образа жизни продиктована значительным снижением уровня здоровья в России не только взрослого, но и детского населения.

По мнению многих специалистов, работающих в различных областях знаний, наиболее перспективным, доступным и эффективным направлением является внедрение в быт общества норм здорового образа жизни, владение доступными средствами и методами укрепления здоровья, основанны-

ми на принципах противостояния факторам риска для здоровья.

Ученые отмечают чрезвычайное многообразие связей здорового образа жизни с различными сторонами общественной жизни, например: между образом жизни и здоровьем, культурой и здоровьем, между медицинскими знаниями и самовоспитанием личности, уровнем двигательной активности определенных социальных групп населения и обороноспособным потенциалом страны, уровнем развития образования, культуры и ее составной части – физической культуры.

Стандарт второго поколения, внедряемый в системе образования, должен способствовать формированию знаний, установок, ориентиров и норм поведения, обеспечивающих сохранение, укрепление здоровья, заинтересованного отношения к собственному здоровью, знание негативных факторов риска здоровья и т.д. В обществе есть понимание доминирующей ценности здоровья, но при этом культура поведения подростка, которая косвенно поддерживается обществом и СМИ, прямо противоположна этой ценности. Огромный ряд проводимых нами отдельных мероприятий: традиционные дни здоровья, третий час физкультуры и другие – направлены на формирование культуры здоровья, укрепление, сохранение здоровья детей в наших образовательных учреждениях, но не решают имеющиеся проблемы.

Обучение школьников бережному отношению к своему здоровью, начиная с раннего детства, – актуальная задача современного образования. Особенно актуальна эта проблема для начальной школы, что связано с кардинальными изменениями в привычном укладе жизни ребенка, освоением им новой социальной роли ученика. Высокий процент первоклассников приходит в школу с врожденными, приобретенными заболеваниями. Вот почему образовательные учреждения призваны стать центрами здоровья, формирования культуры здоровья, внутренней потребности у учащихся и педагогов гармоничного здоровья как важнейшей человеческой ценности. Обучение в образовательных учреждениях должно быть полезным для здоровья, и выпускники школ должны выходить из их стен окрепшими духовно и физически. Здесь нужны совместные усилия всех субъектов образовательного пространства: учителей, врачей, священнослу-

жителей, государственных органов власти, родительской общественности, средств массовой информации. Здоровьесозидающая, здоровьесберегающая и здоровьеразвивающая деятельность должна быть комплексной, системной, планомерной.

Для формирования привычки к здоровому образу жизни младших школьников необходима совместная работа учителя с родителями, психологической и медицинской службой, администрацией школы. Образовательные учреждения заняты сейчас подготовкой образовательных программ, которые помогут создать поведенческую модель, направленную на развитие коммуникабельности, умения делать самостоятельный выбор, принимать решения, ориентироваться в информационном пространстве. Работа в рамках ФГОС рассчитана на весь курс начальной школы. Программа формирования культуры здорового и безопасного образа жизни должна включать в себя вопросы физического здоровья, социального и духовного. Данная программа может рассматриваться как одна из ступеней к здоровому образу жизни и является неотъемлемой частью всего воспитательного процесса в школе.

В настоящем выпуске «Вестника ЛОИРО» раскрыты основные темы по формированию здорового и безопасного образа жизни. Статьи журнала знакомят читателей, в первую очередь учителей школ, родителей и обучающихся, с методами и теми конкретными мероприятиями, которые направлены на формирование, сохранение и укрепление здоровья детей и подростков. Внедрение в работу школ практических мероприятий по оздоровлению труда и отдыха обучающихся позволит не только сохранить, но и укрепить здоровье школьников в процессе их участия в образовательном процессе. Сейчас проблема больше сконцентрирована именно на влиянии школы на здоровье обучающихся, ее возможностях организовывать качественное обучение, развитие и воспитание без ущерба для их здоровья.

Здоровье образовательного пространства России – это залог здоровья и процветания нашей Родины.

О. В. Ковальчук, доктор педагогических наук, профессор, ректор ЛОИРО, заслуженный учитель РФ

I. СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Г. Е. Гун

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ КАК СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

В статье анализируются существующие социальные проблемы охраны здоровья, которые заставляют задуматься о причинах возникновения негативных тенденций, связанных с его состоянием, и путях решения этой проблемы.

Здоровье – бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. При встречах, расставаниях с близкими и дорогими людьми мы желаем им доброго и крепкого здоровья, так как это – основное условие и залог полноценной и счастливой жизни. Здоровье помогает нам выполнять наши планы, успешно решать жизненные основные задачи, преодолевать трудности, а если придется, то и значительные перегрузки. Хорошее здоровье, разумно сохраняемое и укрепляемое самим человеком, обеспечивает ему долгую и активную жизнь. Однако здоровье на сегодняшний день все еще не стало актуальной педагогической проблемой. Очевидно, что и педагогическому, и гражданскому обществу сегодня необходимо сделать все возможное, чтобы это произошло.

Согласно многочисленным изучением и наблюдениям сегодняшнее состояние детей, подростков и молодежи вызывает серьезную тревогу. Только 5% выпускников школ являются практически здоровыми, 40% школьников хронически больны, имеют морфофизиологические отклонения, многие страдают различными нервно-психическими расстройствами. Ежегодно до 300 тысяч юношей не идут на военную службу по медицинским показаниям.

К сожалению, многие люди не соблюдают самых простейших, обоснованных наукой норм здорового образа жизни. Одни становятся жертвами малоподвижности (гиподинамии), вызывающей преждевременное

старение, другие излишествуют в еде с почти неизбежным в этих случаях развитием ожирения, склероза сосудов, а у некоторых – сахарного диабета, третьи не умеют отдыхать, отвлекаться от производственных и бытовых забот, вечно беспокожны, нервны, страдают бессонницей, что в конечном итоге приводит к многочисленным заболеваниям внутренних органов. Люди, поддаваясь пагубной привычке к курению и алкоголю, активно укорачивают свою жизнь.

Главный резерв здоровья человека – это образ жизни, который формируется в процессе воспитания. Отсюда следует, что охрана здоровья – категория социально-педагогическая.

Еще в XVIII веке русская педагогическая мысль интенсивно осваивала достижения западной педагогики, где важнейшим условием для раскрытия внутренних сил человека является природосообразный характер воспитания.

Состояние здоровья школьника в России вызывает огромную тревогу.

Причины этого следующие.

– школа и государство в начале прошлого века взяли на себя ответственность за здоровье детей, тем самым сняв эту ответственность с родителей и с общества; именно школа должна была обеспечивать ведение здорового образа жизни. Но это невозможно, так как прежде всего это проблема социальная. К сожалению, осознания ценности здо-

ровья нет ни в нашем обществе, ни в семье. Поэтому школа не может и не должна решать эту проблему в одиночку, хотя и может сделать многое;

– сложившаяся традиционная российская система образования – это огромная система знаний, состоящая из большого числа наук. Еще 130 лет назад К.Д. Ушинский писал о том, что нет сейчас педагога, который не жаловался бы на малое количество часов в школе. За 100 лет методика преподавания, технологии и организация учебного процесса не стали больше соответствовать функциональным возможностям ребенка. Родители и общество сами загружают детей сверх меры. Требования школы становятся все более жесткими, и ребенок в силу ограниченности своих функциональных возможностей справиться с этими требованиями не может. [М. Безруких. Институт возрастной физиологии РАО, Центр «Образование и здоровье» МО РФ].

На успешное обучение в школе влияют многие факторы, но здоровье, физическое и психическое, прежде всего сказывается на качестве образования.

Исследования последних лет показали, что значительную часть своего здоровья ребенок теряет в школе. Здоровье школьника находится в обратной зависимости от его успеваемости. Мы, педагоги, усугубляем этот процесс, пытаясь максимально загрузить ребенка по своему предмету.

Опросы школьников и учителей показывают, что они по-разному представляют себе недостатки школьной жизни, отрицательно влияющие на здоровье учащихся:

– 70% учащихся считают, что необходимо снизить учебную нагрузку, с ними соглашаются лишь 30% педагогов (имеющие собственных детей школьного возраста);

– более 80% детей хотели бы заниматься 5 дней в неделю, а почти 90% педагогов высказываются за эффективность шестидневной рабочей недели;

– дети высказываются за увеличение часов на физическую культуру (50%), учителя согласны с ними лишь на 20%;

– 35% детей отмечают, что на психическое состояние детей существенное влияние оказывает отношение учителя к ученику, и только 10% педагогов согласны с этим.

Сегодня перед школой стоит важнейшая задача – создание условий для сохранения и укрепления здоровья учащихся, т. е. разработка мер по здоровьесозиданию, внедрению здоровьесберегающих технологий в образовательную деятельность.

Возложение на школу и учителя такой, казалось бы, несвойственной им задачи – заботы о здоровье учащихся – определяется следующими причинами.

Во-первых, взрослые всегда несут ответственность за то, что происходит с детьми, находящимися под их опекой. Это касается и детского здоровья. Именно в школе, под «присмотром» учителей, школьники проводят значительную часть времени, и не помогать им сохранить здоровье было бы проявлением бездушия и непрофессионализма.

Во-вторых, большая часть всех воздействий на здоровье учащихся – желательных и нежелательных – осуществляется именно педагогами, в стенах образовательных учреждений. Если же придерживаться точки зрения, что всеми вопросами здоровья должны заниматься медики, то к каждому классу надо прикрепить, хотя бы одного врача.

В-третьих, современная медицина занимается не здоровьем, а болезнями, т.е. не профилактикой, а лечением. Задача же школы иная: сохранить и укрепить здоровье своих воспитанников, т.е. профилактическая. Поэтому педагог – главное действующее лицо, заботящееся о здоровье учащихся в образовательной организации.

Постоянно возрастающая по объему и усложняющаяся по содержанию научная информация приходит в противоречие с недостаточной гибкостью учебных планов, программ, учебников, что ведет к хронической перегрузке учащихся, падению интереса к учению, ухудшению их здоровья

На ухудшение обучение в школе влияют многие факторы. Главное и самое важное – это атмосфера урока. Увлеченность детей, их внутренний комфорт, раскованность, почти сразу пропадающий комплекс «Я не умею» – это удивляет и привлекает. Возможность быть принятым окружающими без всяких условий позволяет ребенку быть самим собой, проявлять индивидуальность.

Использование здоровьесберегающих технологий на уроке имеет оздоровительный

эффект не только для учащихся, но и для учителя, который испытывает на себе их положительное влияние.

Для эффективного внедрения в педагогическую практику идей здорового образа жизни необходимо решение трех проблем:

1. Изменение мировоззрения учителя, его отношения к себе, своему жизненному опыту в сторону осознания собственных чувств, переживаний с позиции проблем здоровьесозидания.

2. Изменение отношения учителя к учащимся. Педагог должен полностью принимать ученика таким, каков он есть, и на этой основе стараться понять, каковы его способности.

3. Мотивация учителя к задачам учебного процесса, к педагогике оздоровления, которая предполагает не только достижение дидактических целей, но и развитие учащихся с максимально сохраненным здоровьем.

Здоровьесозидание в школе строится на следующих принципах:

– приоритета действенной заботы о здоровье учащихся и педагогов. Все происходящее в образовательном учреждении – от разработки планов программ до проверки их выполнения, включая проведение уроков, перемен, организацию внеурочной деятельности учащихся, подготовку педагогических кадров, работу с родителями и др. – оценивается с позиции влияния на психофизиологическое состояние и здоровье учащихся и учителей;

– триединого представления о здоровье как единстве физического, психического и духовно-нравственного здоровья;

– непрерывности и преемственности (здоровьесозидательная работа проводится в школе каждый день и на каждом уроке с обязательным учетом того, что уже было сделано ранее в рамках организационных мероприятий и непосредственно в учебно-воспитательной работе);

– соответствия организации обучения возрастным особенностям учащихся, объема учебной нагрузки и уровня сложности изучаемого материала индивидуальным возможностям учащихся.

В ряде школ соблюдается комплексный междисциплинарный подход как основа эффективной работы по охране здоровья чело-

века, когда между педагогами, психологами, медицинскими работниками осуществляется согласованное взаимодействие. Приоритет позитивных воздействий (подкреплений) над негативными (запретами).

Сохранение здоровья ребенка начинается с организации всего учебно-воспитательного процесса, в частности – с расписания уроков. Необходимо уменьшить количество предметов в один учебный день, то есть количество подготовок ученика к урокам за счет спаренных часов, которые позволяют учителю организовать «погружение» в предмет, а ученику избежать «стрессового калейдоскопа». С целью сохранения здоровья учащихся учитель должен видеть систему уроков класса в данный день, помнить и учитывать не только очередность своего урока, но, что очень важно, какой он по счету в учебном процессе класса. Если в расписании ваш урок стоит за пределами продуктивных часов, то и планирование урока необходимо осуществлять с учетом этих обстоятельств.

На сегодня в школе не решены следующие проблемы, связанные со здоровьем учащихся:

– снятие учебных перегрузок школьников, приводящих их к состоянию переутомления;

– организация физической активности учащихся, профилактика заболеваний опорно-двигательного аппарата;

– организация правильного питания школьников во время их пребывания в образовательной организации;

– предупреждение вредного воздействия на здоровье учащихся факторов, непосредственно связанных с образовательным процессом (профилактика школьных болезней);

– охрана и укрепление психического здоровья учащихся (предупреждение школьных стрессов, распространения среди учащихся вредных привычек, зависимостей и т.д.);

– формирование культуры здоровья учащихся и компетентности педагогов в вопросах здоровья и здоровьесберегающих технологий;

– организация сотрудничества с родителями учащихся по вопросам сохранения и укрепления здоровья их детей.

Мониторинг здоровьесбережения на уроке, основанный на анкете по качеству урока Е.А. Юниной и А.И. Севрука, дает возможность сделать вывод о том, что в школе к здоровью учащихся педагоги подходят серьезно и строят уроки на основе здоровьесберегающих технологий.

Здоровье россиян – интеллектуальное, духовное, физическое, социальное – проблема национальной безопасности. Прогрессивное образование не может находиться в стороне от этих проблем. Поэтому забота

образовательной организации о здоровье – острая потребность времени.

Основной путь к здоровью – воспитание культуры здоровья, формирование убежденности ребенка в том, что нет другого правильного образа жизни, кроме здорового. Задача системы образования – добиться, чтобы здоровый образ жизни стал основой нового мировоззрения нового времени.

Очень важно сменить приоритеты, так как с физического и духовного оздоровления начинается возрождение нации.

Список литературы

1. Безруких М.М. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения : метод. рекомендации / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин; под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. – М., 2002.
2. Вишма Л. Большая книга о здоровье. – СПб.: АСТ, 2014. – 416 с.
3. Защити свое здоровье. Советы практикующего юриста. – СПб.: Лениздат, 2005. – 256 с.
4. Здоровье школьников в современном образовательном процессе: учеб.-метод. пособие / отв. ред. Г.Е. Гун. – СПб.: ЛОИРО, 2011. – 508 с.
5. Золотая Т. Заговоры на здоровье. Проверено: работает! – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 256 с.
6. Лапис Г.А. Здоровье всей семьи: Физическое здоровье. Психология. Воспитание. Гармония отношений. Имидж и красота. Секс: Полная энциклопедия для всех и для каждого. – СПб.: Весь, 2003. – 720 с.
7. Малахов Г.П. Здоровье общества в здоровье женщины. – Донецк: Генеша : Сталкер, 2006. – 224 с.

А. Б. Шангин

ОБРАЗОВАНИЕ, ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ

В статье рассмотрены вопросы государственного подхода к различным аспектам сохранения здоровья населения. Представлены данные о разработанном автором универсальном физкультурно-оздоровительном комплексе, одинаково пригодном как для учеников средних школ, так и для людей старшего возраста. Приведены некоторые нейрофизиологические и практические обоснования положительного эффекта от его практического применения в сфере распространения основ здорового образа жизни среди различных слоев населения.

Важнейшим демографическим феноменом на рубеже XX–XXI вв. явилось глобальное увеличение продолжительности жизни населения и, как следствие, адекватный рост доли пожилых людей. Темп прироста пожилого населения значительно опережает темп прироста всего населения. При этом чем старше возрастная группа, тем интенсивнее растёт её численность. Резкое постарение населения является важнейшей социальной проблемой, которая оказывает значительное

влияние на экономические, производственные и общественные отношения современного мира. Значимость проблемы демографического старения настолько велика, что ООН ставит её на один уровень с проблемой сохранения мира на Земле.

Наряду с процессом демографического старения существует проблема увеличения доли инвалидов среди всех возрастных групп населения, в том числе молодежи. В официальных документах указывается, что нес-

смотря на в целом позитивное состояние развития страны, медико-социальная политика по отношению к пожилым гражданам нашей страны на сегодняшний день во многом страдает бессистемностью и ограничивается рядом краткосрочных мер. Это, в свою очередь, требует активных действий по реализации основных национальных проектов «Здоровье», «Образование» и «Долголетие». Необходимо вносить значительные коррективы в характер деятельности муниципальных систем образования, здравоохранения и социальной защиты населения, которая до настоящего времени не использует эффективных подходов к решению проблем, обусловленных новой демографической ситуацией [1].

Проведённый анализ официального паспорта программы национального проекта «Образование» выявил поразительный факт: ни в одном из разделов большого документа нет упоминаний о развитии направлений физической активности как важнейшей составляющей общего здоровья детей и школьников, а также фактора эффективности образовательного процесса в целом [2].

В проекте по реализации национальной программы «Здоровье», разработанной Правительством Санкт-Петербурга, только в п. 6 есть указание на необходимость развивать новые направления по формированию здорового уровня жизни у граждан Санкт-Петербурга, впрочем, без особой детализации [3].

При этом аксиомой для каждого является связь образа жизни человека, начиная с детства, с качеством жизни и её продолжительностью. Значимой составляющей образа жизни является адекватная физическая активность. Более того, забота человека о собственном здоровье и физическом развитии возводится в ранг обязанности гражданина перед обществом и государством; прорабатываются меры по экономическому и социальному поощрению лиц с активной гражданской позицией в отношении собственного здоровья. Однако, несмотря на многочисленные программы и инициативы, до настоящего времени не разработано адекватного и универсального комплекса для повышения физической активности человека, простого в исполнении, но при этом научно обоснованного.

Нами, в инициативном порядке, была проведена разработка и предварительная апробация универсального структурно-обусловленного комплекса оздоровления людей: от молодого до старших возрастов. Ниже приведены краткие нейрофизиологические обоснования универсальности и комплексной эффективности данной системы для укрепления здоровья и повышения жизненной активности человека.

Любое движение является результирующей целого комплекса процессов, реализуемых на субстрате центральной и периферической нервной систем (зоны коркового представительства частей тела; афферентные и эфферентные проводящие пути спинного мозга; нервные стволы и периферические нервы), костно-мышечной системы, а также эндокринной и медиаторной систем организма. Физические движения, кроме прямого активирующего воздействия на вышеперечисленные системы, обладают реципрокным воздействием, улучшают общий обмен веществ в организме, а также способствуют существенному повышению настроения за счёт стимуляции эндорфинной системы (так называемая «мышечная радость»).

Таким образом, даже простой комплекс двигательных упражнений, включающий в себя основные мышечно-суставные зоны, обладает гарантированным активирующим и, таким образом, оздоравливающим воздействием на организм человека вне зависимости от его возраста. При этом совершенно очевидным фактором профилактики возможных негативных реакций (у лиц с латентными или резидуальными формами расстройств здоровья) является простота упражнений и незначительный уровень нагрузки на сердечно-сосудистую систему. Доступность и лёгкость выполнения упражнений, не требующая предварительного обучения участников оздоровительного процесса, также является достоинством данной системы укрепления здоровья человека.

Для успешного и устойчивого функционирования любой системы, направленной на достижение запланированного результата, необходимо наличие базовых правил, определяющих комфорт, безопасность и эффективность реализации цикла упражнений программы.

Нами определены основные правила, которые необходимо знать и неукоснительно исполнять во избежание нежелательных последствий для организма. Это в первую очередь касается лиц старшего возраста, имеющих те или иные компенсированные заболевания, а также школьников, дисциплинированность которых является залогом получения положительных результатов каждого занятия.

При выполнении основного варианта занятия (несколько циклов-повторов всего набора упражнений в зале) проводится контроль пульса и АД до и после курсового цикла во избежание гипотонических состояний и гипертонических реакций.

Формируется положительный психологический настрой на занятие, создаётся ощущение важности выполнения упражнений для улучшения собственного здоровья и наращивания продуктивной двигательной активности.

На занятие рекомендуется приходить в лёгкой и удобной одежде, которая позволяет коже дышать, препятствует перегреву, не стесняет движений и не препятствует кровообращению в конечностях.

Сначала выполняются только лёгкие, разогревающие и активизирующие упражнения.

Всем участникам занятия даётся установка на отсутствие необходимости спешить при выполнении упражнений – каждый придерживается индивидуального, максимально комфортного темпа выполнения упражнений.

После выполнения каждого активного цикла движений нужно обязательно давать организму отдых около 2–3 минут.

Также каждый участник инструктируется о необходимости немедленного прекращения упражнений при ощущении боли в груди, горле, шее, животе и т.п. с обязательным информированием о своём состоянии ведущего занятия (при индивидуальных занятиях на дому – прекращение упражнений и, при необходимости, вызов врача).

Ведущим на протяжении всего занятия неоднократно постулируется мысль о необходимости получать осознанное удовольствие от того, что делается, и того результата, который наступает после.

Каждый участник вслух считает число движений в каждом упражнении.

Время основного занятия 45 минут. Общее время занятия 60 минут.

Начинается занятие с ходьбы. Если покрытие зала позволяет, то наилучшим вариантом является ходьба босиком. На подошвенной поверхности стоп располагается значительное число биологически активных точек – представительств различных органов и систем организма. Поэтому непосредственный контакт подошвенной поверхности (не через носки и, тем более, обувь) с поверхностью способствует поступлению мощного потока импульсов с проприорецептивных структур кожного анализатора в корковые представительства органов и систем через проводящие пути спинного мозга. Таким простым приёмом достигается значительный стимулирующий эффект для пирамидно-мозжечковой, вестибулярной и сосудистой систем головного мозга, получающих афферентную информацию через восходящие пути ретикулярной формации. Так выполняется несколько активирующе-разогревающих мышечную систему кругов. Сердечно-сосудистая система постепенно подготавливается к дальнейшим нагрузкам.

Далее следуют: ходьба обычная, приравненными шагами, с оборотами, спиной вперёд по 1–2 круга.

С определённой периодичностью произносятся мотивационные фразы типа: «Я делаю, я могу легко делать, я смогу сделать больше». Все участники произносят их вместе, вслух, с выражением и вызыванием в себе чувства гордости, самоуважения, удовольствия и перспектив в новой, активной жизни, которую каждый выстраивает для здоровья.

Данный комплекс в зависимости от потребности и возможностей может быть реализован в одном из следующих вариантов: экспресс-вариант, базовый и расширенный.

Экспресс-вариант, длительностью не более 10 минут, легко использовать для профилактики утомления и повышения качества проведения занятия без необходимости изменения учебной программы; поэтому он является наиболее востребованным, простым, но обладает всей полнотой оздоровления для организма. Этот вариант выполня-

ется по типу известной «паузы здоровья», когда преподаватель является и ведущим, и участником оздоровительного процесса одновременно с учениками. Совершаются движения во всех группах суставов рук, вращения в шейном и поясничном отделах позвоночника, небольшие приседания и встряхивание ног для активации всего комплекса проприоцептивных афферентных и эфферентных систем.

Смена умственной нагрузки на физическую, кратковременный переход из сидячей позы на вертикальную, простые, но полезные для организма упражнения позволяют эффективно устранять последствия гиподинамии, сопутствующей напряжённому образовательному процессу в любом учебном заведении, особенно в школе.

Базовый и расширенный варианты требуют большего времени для своей реализации, поэтому должны проводиться в специально отведённое для этого время, а также в специализированном помещении (по возможности).

В каждом из вариантов выполнения упражнений (экспресс-вариант, базовый и расширенный) упор делается на вовлечение в движение основных суставных зон (конечности, позвоночник), крупных мышечных групп и зоны шейного отдела позвоночника, в значительной степени определяющей кровоснабжение структур головного мозга и, таким образом, ментальную продуктивность, что особенно важно для каждого из участников педагогического процесса (преподавателей и обучающихся). Ниже представлен основной набор упражнений, используемых в каждом из перечисленных вариантов (кроме экспресс-варианта, поскольку бег исключается).

Первичный набор групп упражнений.

Пальцы – трение пальцев друг о друга, активное растирание ладоней – активация проекционных зон коры больших полушарий головного мозга для улучшения капиллярного кровотока в нейронных скоплениях; так достигается активная профилактика сосудистой патологии, особенно ишемического характера. Отдельно массируется большой палец.

Кисти – взмахи вперёд-назад, вращение обеих кистей кнаружи и кнутри на счёт – разработка подвижности лучезапястных су-

ставов и профилактика ортопедической патологии.

Локти – вращение на счёт от десяти, кнаружи и кнутри. На каждый вид движения одинаковое число повторов.

Плечи – поднятия вверх активно и бросание вниз пассивно; вращения вперёд-назад (плавание в воздухе), взмахи поочередно, удары.

Грудь – руки – обороты-вращения, взмахи и удары.

Поясница – повороты, сгибания вперёд-назад.

Тазобедренные суставы – растяжка, повороты

Колени – вращение в полусгибе внутрь-кнаружи.

Голеностопные суставы – вращение внутрь-наружу, ходьба на наружных и внутренних поверхностях стоп.

Удары ногами и руками.

Статические упражнения на руки, спину, живот, ягодицы, осанку.

Приседания с выбросом рук вперёд при нахождении в нижнем положении.

Ходьба – обычным шагом (для экспресс-варианта – ходьба на месте), чуть убыстренным шагом, одним боком, другим боком, спиной вперёд, ходьба с одновременным вращением вокруг себя сначала в одну сторону, затем в другую.

Лёгкий бег для разминки, удовольствия и перед завершением тренировки.

Опыт пилотного использования данного универсального физкультурно-оздоровительного комплекса в нескольких группах людей среднего и старшего возраста, коллективе профессорско-преподавательского состава одной из кафедр РГПУ им. Герцена, а также среди студентов-бакалавров в ходе занятий по дисциплине «Основы здорового образа жизни» показали доступность, простоту, эффективность реализации указанной оздоровительной программы. Немаловажным фактором, сопровождающим выполнение данного комплекса, являлся ярко выраженный положительный психоэмоциональный настрой всех участников процесса, который сохранялся в течение всего занятия. Отмечено, что после выполнения экспресс-варианта активность ответов и вовлечённость студентов в педагогический процесс возрастала, а отвлекае-

мость и пассивность значительно снижались. Все участники отмечали устойчивое повышение настроения и общего самочувствия, что, несомненно, является значимым мотивирующим фактором для активного вовлечения в процесс формирования здорового образа жизни.

В настоящее время процесс апробации данного комплекса продолжается, выявляются

наиболее оптимальные варианты его использования для повышения общей эффективности педагогического процесса и обобщается полученный опыт для формирования набора методических рекомендаций, ориентированных на педагогические коллективы различных учебных заведений.

Список литературы

1. Национальная программа «Здоровье» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://zodorov.ru/materiali-k-proektu-gosudarstvennoj-programmi-na-period-2014-.html?page=2>
2. Национальная программа «Образование» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.econom22.ru/pnp/natsionalnye-proekty-programmy/%D0%9E%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5.pdf>
3. Реализация нацпроекта «Здоровье» в Санкт-Петербурге [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gov.spb.ru/gov/otrasl/c_health/nac_project/

С. В. Вылегжанин, О. С. Тюлькина

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

В статье представлена организация медицинской помощи детскому населению и ряд показателей здоровья в Ленинградской области, факторы, влияющие на состояние здоровья детей, основные принципы здорового образа жизни и т.д.

Охарактеризуем состояние и возможности организации медицинской помощи детскому населению в Ленинградской области:

1. Стационарная медицинская помощь детям, в том числе специализированная, оказывается в ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница», в ГБУЗ ЛО «Выборгская детская городская больница» и в 15 межрайонных больницах, а также в дневных стационарах при больничных и амбулаторно-поликлинических учреждениях. Развернуты 654 педиатрические койки. Обеспеченность педиатрическими койками составляет 22,5 на 10 тысяч детей.

2. В Ленинградской области работают 408 врачей-педиатров, в том числе 265 участковых. Укомплектованность врачами-педиатрами составила 66,5%, в том числе участковыми 86,6%. В области 66 врачей-неонатологов, укомплектованность неонатологами

учреждений родовспоможения составляет 74,5%, в том числе в учреждениях родовспоможения I группы 81,3%, в учреждениях родовспоможения II группы 68,2%.

3. Работает система дистанционного слежения за всеми детьми, в первую очередь новорожденными, которые находятся в тяжелом состоянии в отделениях реанимации и интенсивной терапии межрайонных больниц, через отделение экстренной консультативной скорой медицинской помощи ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница», в котором имеются мобильные реанимационные бригады. В течение 2018 года в отделении экстренной консультативной скорой медицинской помощи ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница» наблюдалось 949 детей, выполнено 870 выездов.

4. Для обеспечения дальнейшего снижения показателей младенческой, материн-

ской, перинатальной смертности, совершенствования организации и повышения качества оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным открыт областной перинатальный центр в г. Гатчине.

5. В рамках исполнения поручения губернатора Ленинградской области по вопросу совершенствования оказания паллиативной медицинской помощи детям – жителям Ленинградской области Комитетом совместно с профильными органами исполнительной власти Ленинградской области организована работа детского хосписа в п. Токсово Всеволожского района.

Медицинское освидетельствование лиц призывного возраста

Мероприятия по подготовке граждан к призыву на военную службу организуются в порядке, устанавливаемом органами военного управления и медицинскими учреждениями государственной системы здравоохране-

ния, проводятся во взаимодействии с военными комиссариатами под руководством органов исполнительной власти Ленинградской области и органов местного самоуправления.

В соответствии с распоряжением губернатора Ленинградской области от 16 августа 2018 года № 520-рг «О мероприятиях, связанных с призывом граждан Российской Федерации на военную службу в Ленинградской области осенью 2018 года» и распоряжением губернатора Ленинградской области от 20 августа 2018 года № 543-рг «О создании призывной комиссии Ленинградской области и призывных комиссий муниципальных районов и городского округа Ленинградской области» в состав районных призывных комиссий были включены наиболее опытные и квалифицированные врачи-специалисты государственных учреждений здравоохранения: терапевт, хирург, невропатолог, психиатр, окулист, оториноларинголог, стоматолог, в случае необходимости – врачи других специальностей.

Таблица 1

Структура населения Ленинградской области на 1 января 2018 г.

Год	Всего население, чел.	Дети, чел.	% соотношения детей	Лица трудоспособного возраста, чел.	% соотношения трудосп. возраст	Лица старше трудоспособного возраста, чел.	% соотношения нетруд. возраст
2017	1791916	298257	16,6	1026930	57,3	495106	27,6
2018	1813814	307490	16,9	1030228	56,8	505746	27,9

Структура населения Ленинградской области имеет регрессивный тип: население старше трудоспособного возраста значительно превышает количество детского населения.



Таблица 2

Демографические показатели Ленинградской области

Регион	Число родившихся на 1000 чел. населения				
	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Российская Федерация	13,3	13,3	12,9	11,5	10,9
Северо-Западный федеральный округ	12,3	11,8	11,7	11,1	10,4
Ленинградская обл.	9,1	9,1	9,2	8,4	7,7

Как видно из представленных данных, показатель рождаемости в Ленинградской области за последние 5 лет уменьшился на 15,3%.

Показатель смертности детей до года за последние 5 лет уменьшился более чем на 50%.

Таблица 3

Структура заболеваемости детей (0–17 лет) в Ленинградской области

Классы болезней МКБ-10	2017 г.	2018 г.	Прирост/убыль, %
Всего	171665,34	162013,71	-5,62
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	6939,57	6136,99	-11,57
Новообразования	438,12	338,47	-22,75
Болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	612,6	524,25	-14,42
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	1350,23	1061,68	-21,37
Психические расстройства и расстройства поведения	1029,48	933,99	-9,28
Болезни нервной системы	4668,52	4129,5	-11,55
Болезни глаза и его придаточного аппарата	5371,67	4523,7	-15,79
Болезни уха и сосцевидного отростка	3774,52	3718,4	-1,49
Болезни системы кровообращения	585,09	471,89	-19,35
Болезни органов дыхания (включая грипп, ОРВИ)	121123,09	115462,39	-4,67
Болезни органов пищеварения	5488,69	5226,64	-4,77
Болезни кожи и подкожной клетчатки	6525,13	6084,63	-6,75
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	3301,22	3641,39	10,3
Болезни мочеполовой системы	1878,9	1546,75	-17,68
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	749,12	581,34	-22,4
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	993,95	629,64	-36,65

Первые три места в структуре заболеваемости детей занимают болезни:

- органов дыхания, включая грипп и ОРЗ – 63,5%;
- органов пищеварения – 4,7%;
- кожи и подкожной клетчатки – 4,6%.

Таблица 4

Первичная заболеваемость детей Ленинградской области по районам

Районы области	Заболеваемость детей (0–7 лет) на 100 тыс. населения соответствующего возраста		% изменения показателей заболеваемости детей
	2017 г.	2018 г.	
Бокситогорский	130283,66	125168,69	-3,93
Волосовский	106216,33	107117,59	0,85
Волховский	137951,73	131000,34	-5,04
Всеволожский	153941,66	145349,42	-5,58
Выборгский	189151,19	183115,98	-3,19
Гатчинский	212094,58	203816,03	-3,9
Кингисеппский	199518,23	208683,55	4,59
Киришский	155740,41	139589,32	-10,37
Кировский	134454,18	112312,17	-16,47
Лодейнопольский	179744,85	179516,16	-0,13
Ломоносовский	143561,95	150262,16	4,67
Лужский	206832,76	221641,67	7,16
Подпорожский	305571,51	213845,85	-30,02
Приозерский	126700,52	109585,64	-13,51
Сланцевский	143826,47	133804,2	-6,97
Тихвинский	162340,68	157916,44	-2,73
Тосненский	205013,21	180496,28	-11,96
Итого по ЛО	171665,34	162000,2	-5,63

Из таблицы 4 следует, что в целом первичная заболеваемость детей уменьшилась по сравнению с 2017 годом на 5,63%.

Вызывает тревогу рост заболеваемости органов пищеварения и нарушений обмена веществ более чем на 10%. Это в первую очередь связано с нарушением режима и качества питания детей.

Наиболее высокие показатели первичной заболеваемости у детей зарегистрированы в Подпорожском, Тосненском и Сланцевском районах, в указанных районах отмечается ее рост по сравнению с 2015 годом.

В 2018 году количество детей, имеющих инвалидность, практически не изменилось по сравнению с 2017 годом. Увеличилось число детей-инвалидов по инфекционной и психической группе заболеваний (табл. 5). Обеспечение лекарственными препаратами детей-

инвалидов осуществляется за счет средств федерального и областного бюджета Ленинградской области.

Количество освидетельствованных граждан за время весеннего призыва 2017 года составило 6491 человек, что на 1,2% больше, чем в 2017 году. Количество освидетельствованных граждан за время осеннего призыва 2018 года составило 6602 человек – на 1,1% больше, чем в 2017 году. В сравнении с весенним призывом 2017 года количество годных к военной службе уменьшилось на 4 человека.

В сравнении с осенним призывом 2017 года количество годных к военной службе уменьшилось на 2 человека (табл. 6).

Финансовые затраты медицинского освидетельствования составили весной 10538 тыс. рублей, осенью – 15904,9 тыс. рублей.

Таблица 5

Показатели инвалидности детей в Ленинградской области

Наименование классов и болезней	2017 г.			2018 г.			Изменение в 2017 г., %
	Всего детей-инвалидов (0–17 лет), чел.		Всего детей-инвалидов, чел.	Всего детей-инвалидов (0–17 лет), чел.		Всего детей-инвалидов, чел.	
	м	ж	вместе	м	ж	вместе	вместе
Всего заболеваний	2844	1952	4796	2874	1921	4795	0,01
В том числе: инфекционные	27	42	69	30	46	76	9,2
новообразования	85	80	165	80	73	153	-7,2
болезни крови, кроветворных органов и иммунные нарушения	24	6	30	25	5	30	0
из них: нарушения свертываемости крови	16	1	17	16	0	16	-4,9
болезни эндокринной системы, и нарушения обмена веществ	241	247	488	238	212	450	-7,7
из них: щитовидной железы	3	6	9	3	6	9	0
сахарный диабет	191	203	394	188	170	358	-9,1
психические расстройства и расстройства поведения	910	411	1321	928	412	1340	1,4
умственная отсталость	521	262	783	533	261	794	1,4
из них: детский аутизм	64	20	84	50	20	70	16,5

Таблица 6

Результаты медицинского освидетельствования лиц призывного возраста, чел.

Ленинградская область	Привлечено врачей	Привлечено среднего медицинского персонала	Категории годности в абсолютных цифрах				
			А	Б	В	Г	Д
Весна	143	77	2858	1766	1321	366	95
Осень	139	72	2066	2967	1143	332	94
Год	282	149	4924	4733	2464	798	189

Таблица 7

Основные показатели подростковой наркологической службы Ленинградской области

ПОКАЗАТЕЛИ		2017 г.	2018 г.	Динамика
Состоит на ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ учете всего		434 чел.	297 чел.	< на 31,6%
На 100 тыс. населения несовершеннолетних		151,2 чел.	100,3 чел.	
Из них:	Злоупотребляющие алкогольными напит.	338 чел.	239 чел.	< на 29%
	Удельный вес к группе	77,9%	80,5%	
	Злоупотребляющие наркотическими веществами	70 чел.	50 чел.	< на 28,6%
	Удельный вес к группе	16,1%	16,8%	
	Злоупотребляющие токсическими веществами	26 чел.	8 чел.	< в 3,3 раза
	Удельный вес к группе	6,0%	2,7%	

Основные пути поступления несовершеннолетних на учет:

- 41,8% – УВД-ОВД (снижение на 28,9%);
- 44,8% – администрация учебных заведений (через комиссии по делам несовершеннолетних) – снижение на 21,6%;
- 2,1% – родители (снижение в 1,75 раза); 5,7% – добровольно (рост в 2,2 раза).

Социальная структура несовершеннолетних:

- 28,2% – учащиеся среднего специального профессионального училища (снижение раза);
- 65,1% – учащиеся школ (снижение на 28,9%); 36,9% – дети до 14 лет (снижение на 6,8%);
- 2,0% – работающие (снижение в 2 раза); 4,7% – БОЗ (число несовершеннолетних без определенных занятий) – снижение на 17,6%.

В 2018 году с использованием передвижных пунктов медицинского освидетельствования Управлением ФСКН России по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области и Главным управлением МВД РФ по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области совместно со специалистами наркологической службы на состояние опьянения в учебных заведениях, общежитиях, летних лагерях проведено 24 выезда в районы Ленинградской области. Осуществлены профилактические медицинские осмотры на употребление наркотиков в 37 учебных заведениях районов Ленинградской области: 26 школ, 1 гимназия, 6 техникумов, 4 колледжа; протестирован 781 человек.

В результате употребление наркотических веществ подтверждено у пяти человек.

Факторы, влияющие на состояние здоровья детей

Основными факторами, влияющими на здоровье детей, являются: социальный, медицинский, информационный.

Социальный фактор – это воздействие окружающей среды на здоровье ребенка.

Социальные и средовые факторы действуют не изолированно, а в сочетании с биологическими (в том числе наследственными) факторами. Это обуславливает зависимость заболеваемости человека как от среды, в которой он находится, так и от генотипа и биологических законов роста и развития.

По данным ВОЗ, влияние социальных факторов на формирование здоровья составляет около 50%, биологических факторов – около 20%, антропогенных факторов – также около 20%.

Наибольшему риску развития хронических болезней подвержены дети с отягощенной наследственностью. В настоящее время внешне-средовые факторы по своему значению лишь немногим уступают биологическим.

Алкоголизм родителей, неполная семья, неблагоприятный микроклимат в семье и школе – нередко взаимозависимые психосоциальные факторы, повышающие риск развития хронической патологии. Большое значение имеют и факторы загрязнения среды. Риск развития некоторых заболеваний у детей, проживающих в загрязненных районах, повышается в 2–3 раза.

Имеются многочисленные данные по влиянию образования и социально-экономического статуса родителей на здоровье детей.

В бедных семьях выше смертность детей от несчастных случаев, травм, выше уровень заболеваемости, уровень и средняя длительность госпитализации.

Непосредственное воздействие на здоровье детей оказывает учебный процесс.

СанПиН 2.4.2.2821-10 для школ от 25.12.2013 № 72 утверждены санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) направлены на охрану здоровья обучающихся при осуществлении деятельности по их обучению и воспитанию в общеобразовательных организациях.

Последнее время много говорят о большой суммарной нагрузке школьников.

Фактор внутришкольной среды определяет 12,5% заболеваемости в начальных классах, а к окончанию школы – 20,7%, т. е. его значение возрастает почти в 2 раза.

Социально-гигиенический фактор определяет 27,5% заболеваемости при поступлении в школу, а в конце обучения – 13,9%.

Медицинский фактор включает комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья ребенка; по информации ВОЗ, его влияние на сохранение здоровье составляет 10,0%.

Нормативным документом является Федеральный закон «Об основах охраны здоро-

вья граждан в Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Основными направлениями сохранения здоровья, в том числе детей, являются приоритет профилактических мер и доступность первичной медико-санитарной помощи.

К основным профилактическим мероприятиям у детей относятся:

1. Профилактика врожденных заболеваний.

2. Профилактика инфекционных заболеваний, в проведении комплекса мероприятий которой важное значение имеет вакцинация детей.

3. Проведение профилактических осмотров у детей разных возрастных категорий с целью раннего выявления хронических заболеваний и профилактики их осложнений.

4. Профилактика психосоматических заболеваний, в том числе суицидов.

Пренатальный и неонатальный скрининг на предмет выявления врожденных заболеваний проводится в Ленинградской области с 2006 г. (реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»), ежегодно скрининг проводится у 98,7% всех рожденных детей.

Показатели выполнения плановых показателей вакцинации по «национальному календарю» составляют из года в год более 98,0%, основная причина невыполнения плановых показателей – отказ родителей от вакцинации.

Таблица 8

Показатели проведения профилактических осмотров детей в 2017–2018 годах

Показатели	2017 г.		2018 г.	
	Человек	%	Человек	%
Прошли профилактические осмотры	247988	100,00	250038	100,00
1 группа	86612	34,93	72649	29,30
2 группа	124608	50,25	137557	55,01
3 группа	30805	12,42	32836	13,13
4 группа	1226	0,49	2224	0,89
5 группа	4737	0,49	4757	1,90
Распределение по группам для занятий физкультурой, всего:	127230	100,00	160477	100,00
основная	107318	84,35	136814	85,25
подготовительная	18726	14,71	21823	13,59
специальная	1186	0,94	1840	1,16

Из приведенных данных видно, что в 2018 г. первая группа по результатам профилактических осмотров определена на 5,6% меньше, чем в 2017 г., вторая – на 4,9% больше. Основная группа по физкультуре в 2018 г. определена школьникам на 1,1% больше, чем в 2017 г. А специальная группа определена несколько меньше, чем в предыдущем году.

Информационное воздействие на показатели здоровья детей. Это направление, по которому осуществляется каждодневное воздействие на детей и подростков. К источникам информационного воздействия относятся: телевидение, СМИ, Интернет, организация и проведение мероприятий по популяризации здорового образа жизни (далее – ЗОЖ).

Интернет стал неотъемлемой частью жизни, удобным и привычным источником информации, но необходимо помнить, что социальные сети могут становиться информационными площадками, организующими суицидальные действия подростков, способствовать своеобразной «моде» на смерть.

Статистика детских самоубийств пугает: имеется увеличение суицидов из-за смертельных игр в Интернете. Официально зафиксировано суицидов: в 2014 г. – около 400, в 2015 г. – 504, в 2016 г. – 620, 2017 г. – 700, 2018 г. – 720.

Основными методами профилактики суицидального поведения у детей и подростков являются:

- распространение знаний о путях получения помощи и поддержки;
- проведение в образовательных учреждениях целевых обучающих программ для педагогов, учащихся и родителей;
- ранняя диагностика суицидального поведения, коррекционная работа с группами риска и их окружением.

Проведение информационно-коммуникационной кампании, направленной на популяризацию здорового образа жизни (ЗОЖ) определено пунктом «а» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О государственной политике в сфере здравоохранения» и Паспортом Федерального проекта «Формирование здорового образа жизни», утвержденного Советом при Президенте Российской Федерации по

стратегическому развитию и приоритетным проектам 26 июля 2017 г.

В Ленинградской области в проведении мероприятий по ЗОЖ участвуют все комитеты Правительства Ленинградской области, общественные организации.

Основные принципы ЗОЖ

1. Здоровое питание. Питание ребенка должно быть сбалансированным по содержанию белков, жиров и углеводов соотношение (1–1–4) и соответствовать энергетическим затратам, зависящим от возраста ребенка. Любая деятельность ребенка зависит от количества витаминов и микроэлементов, поступающих в его организм вместе с пищей. Поэтому следует отказаться от фастфуда и другой вредной еды, переключив свое внимание на злаки, фрукты, овощи, молочные продукты. Организуйте правильный режим питания.

2. Занятия физкультурой. Обязательна физическая активность, которая незаменима при здоровом образе жизни. Физические упражнения повышают выносливость и закаляют организм ребенка, стимулируют иммунную систему.

3. Хороший сон. Ежедневно ребенок должен спать около 8 часов, дошкольник – 9–10 часов. Ложиться нужно до 10 часов – это наиболее благоприятное время для сна. Нельзя наедаться на ночь, необходимо помнить, что последний прием пищи обязан быть не позднее чем за 2–3 часа до сна.

4. Режим дня. Хорошо организованный режим дня ребенка – правильное чередование учебного процесса и отдыха. Следуя режиму, он будет больше успевать сделать за день, избегая переутомления.

5. Закаливание организма. Закаливание – важная особенность здорового образа жизни, это профилактика простудных заболеваний и развитие устойчивости организма к негативным условиям среды. Известно, что закаленный ребенок в 8 раз реже простужается, чем незакаленный. Необходимо помнить, что закаливание нужно проводить под контролем грамотного инструктора.

6. Личная гигиена. Чистота – залог здоровья, поэтому учите ребенка ежедневно приводить свое тело и одежду в порядок. Несоблюдение личной гигиены может быть поводом развития многих опасных болезней.

7. Отказ от вредных привычек. Необходимо внушить ребенку, что алкоголь, наркотики, курение наносят непоправимый вред организму. Эти вредные привычки влекут за собой болезни, мешают развиваться как физически, так и творчески.

8. Устойчивость к стрессу. Учите ребенка спокойней относиться к возникшим проблемам и неудачам. Рассмотрите возможные варианты решения проблем. Помните, что негативные эмоции приводят к болезням. Справиться со стрессами помогут различные увлечения, спорт или хобби. Настраивайте ребенка на позитивное восприятие событий.

9. Интеллектуальное развитие. Заинтересуйте ребенка интеллектуальными играми, чтением познавательной литературы. Узнавая что-то новое, он тренирует память,

умственные способности, которые в дальнейшем сможет применить в различных жизненных ситуациях. Но при этом не забывайте о контроле за использованием ребенком Интернета.

10. Духовное самочувствие. Оптимистичное настроение зачастую является главным компонентом успешности в любых начинаниях ребенка. Важно уметь правильно определять настрой и склонность к каким-либо увлечениям ребенка и грамотно расставлять приоритеты.

Главное, чтобы в сохранении здоровья детей был комплексный подход всех участников процесса: родителей, педагогов, медицинских работников и других лиц, заинтересованных в воспитании здорового поколения в Ленинградской области.

Список литературы

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
2. Паспорт Федерального проекта «Формирование здорового образа жизни», утвержденного Советом при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию 26 июля 2017 г.
3. Информационный материал Государственного комитета статистики РФ, ГКУЗ ЛО «МИАЦ».
4. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Здоровье детей России как фактор национальной безопасности / ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.nczd.ru/node/325>
5. Крюкова Е.И. Проблема формирования здорового образа жизни детей, подростков и молодежи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://infourok.ru/statya-problema-formirovaniya-zdorovogo-obrazazhizni-detey-podrostkov-i-molodezhi-845016.html>
6. Рахматов А.А. Научные основы здорового образа жизни // Образование и воспитание. – 2016. – № 2. – С. 5–7 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://moluch.ru/th/4/archive/29/757/>

В. Т. Лободин

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

В статье раскрывается проблематика здоровья школьников, подчеркиваются специфика преодоления деструктивного информационного воздействия на ребенка и значимость профилактики психосоматических заболеваний в образовательной среде, анализируются методы противодействия вредным привычкам школьников.

В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в РФ» здоровье школьников относится к приоритетным направлениям государственной политики. Здоровье участников образовательного процесса в любом

обществе и при любых реалиях является актуальной проблемой и чутким барометром социально-экономического развития. Тем не менее уровень здоровья обучающихся продолжает тревожить специалистов. Опираясь



на нормативные документы, которыми является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», подчеркнем факторы, влияющие на здоровье обучающихся. Основными являются: социальный, медицинский, информационный.

Социальный фактор – воздействие окружающей среды на здоровье обучающегося. По данным ВОЗ, влияние социальных факторов на формирование здоровья составляет 50%. Они дополняются большой суммарной нагрузкой школьников. Фактор внутришкольной среды определяет 13% заболеваемости в начальных классах, а к окончанию школы – 21%, т.е. возрастает почти в 2 раза. Социально-гигиенический фактор определяет 28% заболеваемости при поступлении в школу, а в конце обучения – 14%.

Медицинский фактор – мероприятия, направленные на сохранение здоровья обучающихся, по информации ВОЗ его влияние на сохранение здоровья составляет 10%. Ведущим направлением сохранения здоровья детей являются профилактические меры, к основным относится профилактика психосоматических заболеваний и суицидов.

Информационный фактор проявляется в каждодневном воздействии на обучающихся. К источникам информационного воздействия относятся: телевидение, СМИ, Интернет, различные культурные мероприятия.

Изучение проблем детского здоровья в наше время приобретает особую актуальность. По данным Министерства образования и науки РФ, 87% учащихся нуждаются в специальной поддержке здоровья, до 60–70% к выпускному классу имеют нарушенную структуру зрения, 30% – хронические заболевания, 60% – нарушенную осанку.

С приходом в школу изменяется эмоциональная сфера ребенка. У него сохраняется характерное для дошкольника свойство – бурно реагировать на задевающие события. Дети чувствительны к условиям окружающей жизни, впечатлительны и эмоционально отзывчивы. Поступление в школу порождает новые, специфические эмоциональные переживания, свобода дошкольного возраста сменяется подчинением и новым правилам. Школьная жизнь вводит ребенка в нормированный мир отношений, требуя организованности и ответственности. Новая социальная

ситуация повышает психическую напряженность, растет зависимость от мнения не только взрослых, но и сверстников. Возникают особого рода страхи, что посчитают смешным, трусом, обманщиком. Как правило, если в дошкольном возрасте преобладают страхи, обусловленные инстинктом самосохранения, то в младшем школьном превалируют социальные страхи – угроза благополучию индивида в контексте его отношений с окружающими людьми.

Психиатры утверждают, что к середине текущего века психические расстройства займут ведущее место в структуре заболеваемости людей во всем мире. Установлено, что начала указанных нарушений закладываются в детском и подростковом возрасте [4]. Успешность формирования приспособительной реакции в условиях воздействия разнородных факторов школьной среды служит важным критерием здоровья. Неблагоприятные факторы, в число которых входят ментальные, когнитивные и смысловые, способны провоцировать развитие патологических процессов в организме, ухудшая его адаптивность.

Информационные функции восприятия выступают в качестве организующих и само восприятие, как некое событие. Эти параметры составляют основу для организации ментальности и направленности мыслительной деятельности. Наиболее понятной для нас является модель понимания ментальности как «призмы», сквозь которую ребенок смотрит на окружающий мир. Разумеется, он участвует в создании этой «призмы», которая тождественна восприятию, и регулирует предрасположенности индивида, основанные на впечатлениях. Информационное содержание становится для школьника смысловой основой восприятия. Жизнь, имеющая смысл, обретает новое качество и воспринимается ребенком как более-менее целостная картина от прошлого до будущего [1, 2, 3].

В структуре убеждений человека выделим три основных уровня: 1) экзистенциальный; 2) уровень ранних решений; 3) уровень поверхностных убеждений.

Экзистенциальный уровень – это жизненная позиция, в которой проявляются два самых важных, принятых в глубоком детстве решения. Первое связано с отношением к

себе – «кто я такой, какова ценность моей личности». Второе решение – отношение к другому человеку, к миру. Совокупность этих решений составляет базовую позицию человека. Делаем вывод: главный путь к здоровью – формирование высокой базовой позиции личности.

Выработка мировоззрения – не только показатель зрелости личности или социальной группы, но и путь к здоровью. Когда школьник слышит очерняющие его культуру слова, противоречащие тому, чему учили дома и в школе, в его внутреннем мире начинают появляться психосоматозы, зарождается психосоматическое заболевание (ПЗ). При этом неизбежна внутренняя борьба, являющаяся фактором, провоцирующим невроз как временное функциональное нарушение нервной системы, вызванное психотравмой. Подобные травмы подросток получает, когда уже сам по предложенным схемам касается тем, связанных с разрушением нравственных барьеров. Таков один из путей развития гипертонической болезни, язвенной, ишемической. ПЗ показывает, что существует глубокая взаимосвязь между заболеваниями и нашими мыслями, между эмоциями и представлениями, между верованиями и подсознательными убеждениями, всем тем, что противоречит базовой позиции.

Важнейшим условием здоровьесберегающего образования является формирование у педагогов здоровьесберегающей компетентности. Для решения поставленной задачи необходима ее модель, базовые компоненты которой ментальный, когнитивный, экзистенциальный, операционально-рефлексивный и операционно-процессуальный. Учебный процесс требует особой организации, когда каждый педагог на каждом занятии не только способствует сохранению здоровья ребенка, но и формирует потребность школьника в ЗОЖ. На рисунке представлена модель ЗОЖ как интегративная схема, учитывающая ряд важных здоровьесоздающих и здоровьесберегающих категорий.

Проблема здоровья связана с экзистенциальностью существования. Показательна в этом смысле проблема детского суицида. Случайно выжившие жертвы признаются: «Не знаем, зачем жить?» Выясняется и вторая причина: «Зачем жить, если человек – ничтожество?» Наконец, третья причина: нет

веры в себя, в людей, в добро. Делаем вывод: самому главному подростку не научили. Он не видит смысла жить, дерзать, творить, поскольку у него не сформированы мотивационные механизмы – «ради чего все это?» Следовательно, в программах ЗОЖ должны быть патриотические, гуманитарные, мировоззренческие и духовно-нравственные составляющие, в противном случае ЗОЖ как система полноценно не функционирует.

Подводим итог составляющих здоровья. *Соматическое здоровье* – способность функционировать в реальности как полноценный биологический объект. *Психическое здоровье* – способность к адекватному восприятию и взаимодействию с реальностью как полноценный субъект. *Психологическое здоровье* – способность к эффективной самоорганизации, обеспечивающей устойчивость и адекватную адаптацию в социальной среде. *Здоровое мировоззрение* – адекватное различение добра и зла, обретение индивидуального смысла осознанной деятельности.

Важность смыслового компонента прослеживаем на исследованиях великого ученого В. Франкла. Находясь в немецком концлагере, он открыл, что самая глубокая потребность человека не в наслаждении (по Фрейд), не в стремлении к власти (по Адлеру), а в смысле жизни и ее цели [6]. В. Соловьев писал о том, что вся духовная жизнь человека основана на том, что в мире есть смысл, без этого убеждения человек становится циником, нигилистом, внутренне разрушается и перестает быть человеком в собственном значении этого слова [7].

У любого человека существуют ментальные образования, контролирующие и регулирующие способы восприятия и интерпретации событий. Назывались эти ментальные структуры по-разному: конструкты, концепты, когнитивные схемы. От того, как устроены ментальные структуры, зависят конкретные проявления интеллектуальной и творческой активности и, как следствие, паттерны (с английского – «шаблон, модель») социального поведения школьников. Люди примерно одинаково реагируют на события, определенным образом выполняют какие-то бытовые операции. Сюда можно отнести привычки и стереотипы, например, «Быть здоровым – это модно» или «Курить уже не модно».

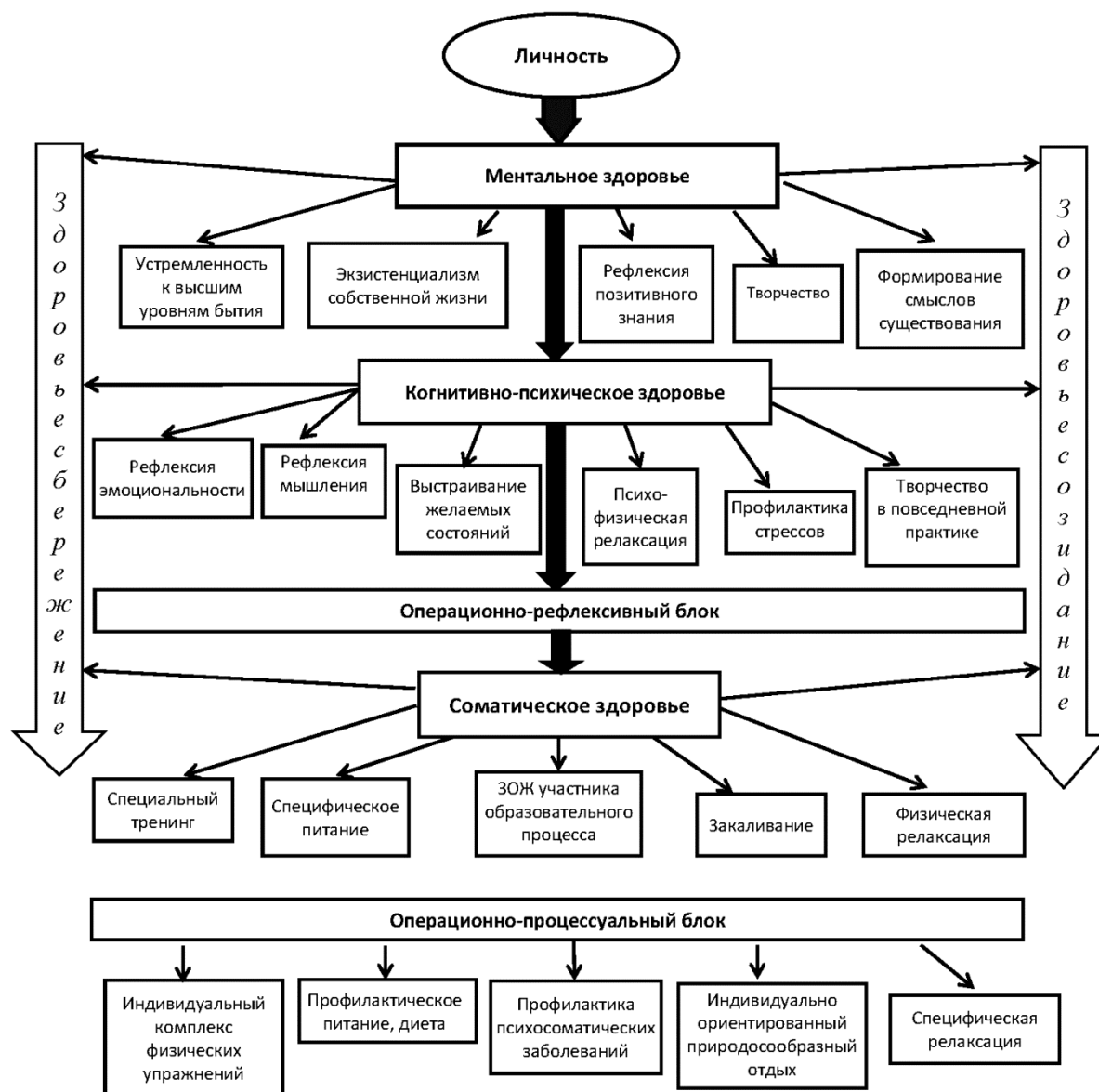


Рис. Интегративная модель здоровьесбережения и здоровьесозидания

Но сформированность только ментального и когнитивного компонентов проблему не решит. Необходима система медицинских осмотров и комплексно-целевое обследование учащихся, а также разработка рекомендаций врачей по сохранению и укреплению здоровья [5–7]. Для усиления общего иммунитета требуются не только здоровые мысли и идеи, но и обязательная двигательная активность, которая сегодня в дефиците. Делаем вывод: образ жизни зависит: 1) от возраста; 2) энергетического обеспечения; 3) отдыха;

4) отказа от вредных привычек; 5) полноценного сна; 6) полноценной физической активности; 7) психического комфорта; 8) позитивного мировоззрения (когнитивной и ментальной составляющих).

Выделим причины, ухудшающие здоровье современных школьников:

- *Сверхнормативное информационное воздействие на внутренний мир школьников.*
- *Избыточное использование компьютера, айфона и других электронных систем.*

Если школьник много времени проводит за компьютером, главными жертвами становятся зрение и осанка [9]. Не поможет и специальная мебель. Если ребенок первую половину дня просиживает в школе, после обеда сидит за уроками, а потом по своей инициативе за компьютером, остаться здоровым практически невозможно. Надо привлекать функцию «родительский контроль», позволяющую определить время использования ребенком компьютера.

▪ *Появление интернет-зависимости.*

Погружаясь во Всемирную паутину, школьники пытаются компенсировать какой-то недостаток в обычной жизни. По данным сервиса KasperskySecurityNetwork, 77% времени, проведенного в Интернете, школьники тратят на интернет-общение. Живое общение намного содержательней, но при условии, что с ним нет трудностей. Тогда контролируемые сетевые коммуникации не приведут к серьезным проблемам. Если же школьник испытывает трудности в живом общении, это повод обратиться к специалисту. Возможно, интернет-зависимость является не причиной, а следствием проблемы, незнания, а подчас и нежелания родителей вести ЗОЖ и научить этому детей; недостаточного присутствия в школьном мире духовно-нравственного, ориентированного знания, когнитивного и ментального мировоззренческих компонентов.

ЗОЖ школьника предусматривает борьбу с вредными привычками (ВП). Для разных возрастных групп характерны свои, но чем старше школьник, тем опаснее привычки. Борьбу с ними необходимо начинать на самых ранних этапах появления.

- Привычка грызть ногти, ручки или карандаши. Кроме «микробной опасности», появляется возможность проглотить колпачок ручки или кусок карандаша. Для борьбы с этой ВП необходимо объяснить, какие последствия могут произойти. Подобная ВП может появиться на фоне стрессов.

- «Перекусы» на переменах. Организм требует пополнения энергетических запасов, целесообразно, чтобы энергия восполнялась из здоровых продуктов, а не из фастфуда. «Перекус» должен состоять из фруктов, орехов и негазированной воды.

- Жевательная резинка. В процессе жевания снижается уровень внимания, что приводит к снижению успеваемости.

- Курение. Причина – желание подражания взрослым или влияние компании. Если не принять меры, курение может дополниться употреблением алкоголя, а в крайних случаях и наркотиками.

Методы борьбы с ВП школьников.

Чем раньше выявляется наличие проблемы, тем эффективнее будет помощь с использованием следующих методов: введение в воспитательный процесс духовно-нравственного, когнитивного и ментального мировоззренческих компонентов; контроль и помощь в распределении свободного времени; ненавязчивая пропаганда ЗОЖ; положительный пример родителей и учителей (!); постоянное участие в серьезных социальных мероприятиях (патриотическое движение, волонтерская деятельность, конкурсы...).

Особенности сегодняшней действительности заключаются в том, что в условиях недостаточной культуры поведения населения, в частности заботы о здоровье своих детей, значительная часть процесса формирования ЗОЖ ложится на педагогические учреждения. Здесь отмечен ряд других трудностей: недостаточная осведомленность самих участников образовательной среды в вопросах сохранения и укрепления здоровья; низкий уровень здоровья участников образовательной среды на фоне недостаточного развития системы социально-гигиенического мониторинга; слабая согласованность между вариативностью действий педагогического коллектива и существующими образовательными программами.

Система диагностики состояния здоровья учащихся осуществляется на основе применения следующих методов:

- 1) определение функционального состояния организма;
- 2) компьютерно-оптическая диагностика осанки;
- 3) скрининговая диагностика зрения;
- 4) оценка психологического состояния школьника.

Подводим итог вышесказанного. Путь к ЗОЖ школьника – **формирование высокой базовой позиции личности, позитивного мировоззрения, овладение собственными внутренними ресурсами, стимулирующими адекватно-осознанную двигательную активность.**

Список литературы

1. *Барабанищikov В.А.* Восприятие и событие. – СПб.: Алетейя, 2002.
2. *Бодалев А.А.* Восприятие и понимание человека человеком. – М.: МГУ, 2003.
3. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990.
4. *Соловьев В.С.* Сочинения: в 2 т. – М.: Мысль, 1989.
5. *Кучма В.Р., Милушкина О.Ю., Бокарева Н.А., Детков В.Ю., Федотов Д.М.* Гигиеническая оценка влияния средовых факторов на функциональные показатели школьников // Гигиена и санитария. – 2013. – № 5.
6. *Макарова Л.П., Соловьев А.В., Сыромятникова Л.И.* Актуальные проблемы формирования здоровья школьников // Молодой ученый. – 2013. – № 12 (59). – С. 494–496.
7. *Трапезникова М.В., Савкин В.В.* Мониторинг и прогнозирование психофизиологического статуса и успеваемости студентов 1–2 курса медицинского вуза // Гигиена и санитария. – 2015. – № 1. – С. 104–108.
8. *Гун Г.Е.* Здоровье школьников в современном образовательном процессе: учебно-методические рекомендации / Г.Е. Гун, В.Т. Лободин, Б.М. Шаваринский. – СПб.: ЛОИРО, 2011.
9. Интернет-ресурс: <https://vitaportal.ru/podrostok/vrednye-privychki-shkolnikov.html> (Дата обращения: 19.02.2019)

А. А. Богданова, О. П. Ерёмкина

ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР ПРИ РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО МАРШРУТА

В статье определяются задачи комплексного психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в условиях инклюзивного образования. Дается определение индивидуального образовательного маршрута, описываются основные подходы к его разработке для обучающихся с нарушениями развития.

На Форуме руководителей органов местного самоуправления (проходящем в рамках V Московского международного салона образования, 2018 г.), осуществляющих управление в сфере образования городов РФ, заместитель министра образования и науки Российской Федерации Т. Синюгина заявила, что количество детей, имеющих инвалидность или ограничения в состоянии здоровья, увеличилось многократно. При этом она отметила, что основными приоритетными направлениями обучения, создания условий для детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью являются их раннее выявление и дальнейшее создание условий по сопровождению, «причем сопровождение должно быть комплексным, это предполагает и работу с семьей, иные организационные и управленчески-административные, содержательные подходы к дея-

тельности психолого-медико-педагогических комиссий» [8].

Кроме того, по утверждению Минздрава, число детей, больных серьезными недугами, ежегодно увеличивается на 4–5% [4, 5]. Это ещё раз свидетельствует о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» (п. 27 ст. 2) определение инклюзивного обучения, как обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей, становится всё более и более актуальным [1].

Но недостаточно просто поместить ребёнка в один класс со здоровыми детьми в общеобразовательной организации и дать ему возможность передвигаться в безбарьерной среде, нужно понимать, что психолого-педагогическое сопровождение такого ре-

бёнка следует осуществлять по определённому маршруту, базирующемуся сразу на нескольких факторах:

- состоянию здоровья ребёнка на данный момент (медицинский диагноз);
- рекомендациях медико-психолого-педагогической комиссии (территориальной или районной);
- определении зоны «ближайшего развития» ребёнка (разница между актуальным развитием и тем, чего ребёнок может достичь под руководством учителя и сверстников, а потом и выполнять самостоятельно) [2].

Знание этих факторов даёт возможность определить цель – направление движения в обучении детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), расставить «вехи» – промежуточные цели на пути этого движения. Намеченная траектория движения и будет являться индивидуальным образовательным маршрутом для ребёнка с проблемами развития.

Само понятие «индивидуальный образовательный маршрут» появилось в середине 90-х гг. – начале 2000-х гг., и под этим понятием подразумевался персональный путь преодоления трудностей в обучении детьми, которые по определённым причинам (физические или психические отклонения, спортивные соревнования, обстоятельства в семье и др.) не могли в обычном режиме посещать занятия в школе.

На сегодняшний день существует несколько подходов к разработке и формированию индивидуального образовательного маршрута:

- рефлексивно-деятельностный подход, основанный на принципе единства сознания и деятельности, когда учащийся активно участвует в процессе обучения, повышая уровень самостоятельности, а вся деятельность направлена на осмысление собственных действий;
- личностно-ориентированный подход, предполагающий создание условий для организации исследования личности ребенка и системы отслеживания его личностного роста и достижений;
- индивидуальный подход, определяемый своеобразием каждой личности и её способностей и предполагающий учет интересов ребенка и его особенностей, уровня

физического и психического развития, условий его воспитания и развития в семье, отношений с окружающими;

- гуманистический подход, целью которого является воспитание творческой и гармонически развитой личности с равномерным развитием всех её сторон и что достигается определённой позицией учителя по отношению к каждому ребёнку – акцент на развитие позитивного ядра ребёнка и невозможность использования методов давления, принуждения, манипуляции;
- системный подход, включающий в себя взаимосвязанные компоненты, объединяющиеся в систему [3].

Когда мы говорим о разработке образовательного маршрута для ребёнка с ОВЗ, все вышеперечисленные подходы важны, но особую важность всё-таки представляет индивидуальный подход, так как именно он позволяет учесть состояние здоровья ребёнка – его физические и психические особенности развития. Поэтому в основе индивидуального образовательного маршрута детей с проблемами развития лежит разработка комплексной программы развития и коррекции.

Комплексность данной программы заключается в совместной работе и сопровождении ребёнка сразу несколькими специалистами: педагогом (классным руководителем), дефектологом, логопедом, психологом, социальным педагогом. Исходя из состояния здоровья ребёнка, его психических функций и адаптационно-коммуникативных способностей, каждый специалист формирует свою часть программы, направленную на коррекцию вторичных нарушений и развитие потенциально сохранных функций. Программа ограничивается определённым сроком, при этом при работе с детьми с ОВЗ необходим регулярный контроль выполнения поставленных в программе задач. Регулярность контроля зависит от степени тяжести дефекта и индивидуальных способностей ребёнка. Это позволяет своевременно внести коррективы в разработанную программу и сделать процесс обучения более эффективным или внести предложения о переводе ученика на обучение по адаптированной образовательной программе, если освоение общеобразовательной программы представляется слиш-

ком трудным при имеющихся нарушениях или при ухудшении состояния здоровья.

Таким образом, состояние здоровья ребёнка является неким флюгером в разработке

модулей комплексной программы коррекции и развития и всего индивидуального образовательного маршрута в целом.

Список литературы

1. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 г. с изменениями 2018 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://fzrf.su/zakon/ob-obrazovanii-273-fz/> Дата обращения: 30.01.2019 г.
2. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. – Т. 5. Основы дефектологии. – М.: Педагогика, 1983. – 369 с.
3. Смагина Е.А. Предпосылки возникновения и развития понятия «индивидуальный образовательный маршрут» // Учён. зап. Орловского гос. ун-та. – 2015. – № 5 (68).
4. Парламентская газета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.pnp.ru/social/2016/12/05/v-rossii-zhivut-2-milliona-detey-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-yunesko.html> Дата обращения: 12.02.2019 г.
5. Русская планета [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rusplt.ru/society/razrushaya-baretyi-28835.html> Дата обращения: 12.02.2019 г.
6. Верконт сервис [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://vercont.ru/novosti/za_poslednie_3_goda_kolichestvo_detey_s_ovz_i_invalidnostyu_ob.html Дата обращения: 13.02.2019 г.
7. Вести образования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://vogazeta.ru/articles/2018/4/19/zdorovie/2933-kolichestvo_detey_invalidov_i_detey_s_ovz_uvelichilos_mnogokratno Дата обращения: 13.02.2019 г.
8. Федеральный портал «Российское образование» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.edu.ru/news/inklyuziya/kolichestvo-detey-invalidov-i-detey-s-ovz-uvelichi/> Дата обращения: 13.02.2019 г.

А. В. Мартынова, И. В. Воспитанник

ШКОЛЬНАЯ СЛУЖБА МЕДИАЦИИ В УСЛОВИЯХ СОЗДАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В статье рассматриваются основные вопросы по сохранению психического здоровья личности в конфликтной ситуации в образовательной организации посредством медиативного подхода. Школьная служба медиации описывается как ресурс профилактики по сохранению психического здоровья участников образовательного процесса.

Проблема сохранения психического здоровья личности и безопасности среды и личности является приоритетной в современном образовании, поскольку в условиях переориентации его на достижение каждым учащимся доступного качественного образования, на личностное развитие каждого учащегося безопасная среда отождествляется с социальным благополучием общества в целом.

К основным характеристикам комфортной безопасной образовательной среды отно-

ются следующие: отсутствие проявлений психологического насилия во взаимоотношениях участников; удовлетворение потребности учащихся и учителей в личностно-доверительном общении; создание психологической комфортной атмосферы в коллективе; причастность каждого участника к поддержке такой среды; реализация условий, способствующих сохранению и укреплению психологического здоровья; профилактика угроз, препятствий продуктивному

устойчивому развитию личности; обеспечение развивающего характера образовательного процесса (И.А. Баева, Т.Н. Березина, В.И. Иванова, В.В. Ковров, В.В. Рубцов, В.А. Ясвин).

Вместе с тем сфера образования изначально очень противоречива. Школьная жизнь – это сложный процесс, который включает в себя не только учебные ситуации, но и разные уровни взаимодействия большого количества людей, что, несомненно, приводит к возникновению различных конфликтных ситуаций. Признавая конфликт нормой общественной жизни, специалисты говорят о необходимости создания механизмов психологического регулирования и разрешения конфликтных ситуаций. В этой связи возникает особая необходимость в формировании навыка умения жить в многонациональном обществе, вести межкультурный диалог, в способности граждан конструктивно взаимодействовать.

В ходе воспитательного и образовательного процессов как учителя, так и учащиеся сталкиваются со многими трудностями, мешающими эффективному взаимодействию. Вследствие этого возникают противоречия, которые могут перерасти в конфликт и нарушить межличностные отношения, что негативно влияет и на учебную деятельность. Конфликт – это существенное препятствие, которое может возникнуть в образовательном процессе и снижать качество образования в целом. Чаще всего самым противоречивым в возрастном плане является подростковый возраст, который усугубляет имеющиеся в образовательной среде проблемы. Многие исследователи отмечают, что именно подростки склонны к проявлению деструктивных форм поведения при решении конфликтов, что ведет к нарушению отношений с самим собой и окружающими людьми. Подростки не всегда готовы преодолевать трудности в общении и эффективно решать конфликты, сопровождающие их каждый день. В современной школе необходимо использовать эффективные технологии разрешения конфликтов, к которым относится метод медиации, на реализацию которого направлена деятельность школьной службы медиации. Эффективная организация деятельности такой службы может способство-

вать созданию комфортной безопасной среды школы.

Реализация модели школьной службы медиации направлена на развитие коммуникативного потенциала учащихся, включающего усвоение основ коммуникативной культуры личности: умение высказывать и отстаивать свою точку зрения; овладение навыками неконфликтного общения; способность строить и вести общение в различных ситуациях с людьми, отличающимися друг от друга по возрасту, ценностным ориентациям и другим признакам.

Участие в деятельности службы медиации позволяет школьникам приобрести:

- социальные знания об общественных нормах, правилах общения, социально одобряемых и неодобряемых формах поведения, о способах конструктивного разрешения конфликтов и т.п.). Для достижения данного уровня результатов особое значение имеет взаимодействие ученика с учителями (в основном и дополнительном образовании), родителями как значимыми для него носителями положительного социального знания и повседневного опыта;

- опыт переживания и позитивного отношения к базовым ценностям общества, в том числе и к ценности межличностного общения, пример опыта конструктивного разрешения возникающих конфликтов в образовательной среде. Для достижения данного уровня результатов особое значение имеет взаимодействие учащихся между собой и со значимыми взрослыми в рамках детско-взрослого сообщества;

- опыт самостоятельного действия в разрешении конфликтов или их профилактики, просветительской работе, волонтерской деятельности, т.е. в высоко социально значимой деятельности для подростка.

Школьная служба медиации и реализуемые ею формы работы, в том числе взрослыми медиаторами (тренинги по коммуникации, круги примирения и т.д.), могут быть важным элементом образовательного процесса школы.

В.А. Ясвин, характеризуя развивающую образовательную среду, подчеркивает, что это такая образовательная среда, которая способна обеспечивать комплекс возможностей для саморазвития всех субъектов обра-

зовательного процесса. Это система влияний и условий формирования личности, а также возможностей для ее развития, содержащихся в социальном и пространственно-предметном окружении. Для того чтобы образовательная среда обладала развивающим эффектом, она должна быть способна обеспечивать комплекс возможностей для саморазвития всех субъектов образовательного процесса (учащихся и педагогов).

Школьная служба медиации может во многом способствовать созданию комфортной безопасной среды современной школы при условии организации эффективной деятельности всех участников образовательного процесса. Она выступает как новый подход к разрешению и предотвращению спорных и конфликтных ситуаций в системе образования и одновременно является эффективной методикой разрешения споров, возникающих в педагогическом коллективе.

Медиативные методы в высокой степени способствуют формированию конструктивного поведения учащихся в конфликтах, закладывает основу воспитания будущих поколений, опирающихся на гуманистические ценности, ставящих человеческую жизнь, благополучие и гармоничное развитие личности, позитивное общественное взаимодействие на первое место. Развитие школьных служб медиации является важнейшей инновацией, востребованной сегодняшней жизнью и ставшей одной из приоритетных задач в области современного воспитания и образования.

Особенности организации службы школьной медиации определены Методическими рекомендациями Минобрнауки России по организации служб школьной медиации в образовательных организациях от 18.11.2013 г.

Служба школьной медиации – это служба, созданная в образовательной организации и состоящая из работников данного учреждения, учащихся и их родителей, прошедших необходимую подготовку и обучение основам метода школьной медиации и медиативного подхода.

Основными задачами работы школьной службы медиации (СШМ) являются: создание безопасной среды в образовательной организации (обеспечение защиты прав детей,

создание условий равных возможностей и защиты их интересов) и обучение школьников инновационной технологии урегулирования конфликтов в целях повышения их коммуникативной компетентности.

Служба медиации рассматривается как новая технология решения конфликтных ситуаций в школе с привлечением детей; это форма социально-психологической помощи всем участникам образовательного процесса в конфликтах, тяжелых жизненных ситуациях, случаях правонарушений обучающихся; это волонтерское движение.

Деятельность службы медиации (относительно её участников – школьников) на основе медиативного подхода основывается на трех ключевых позициях:

- Конфликт должен быть разрешен его непосредственными участниками, поскольку только они могут найти оптимальное, отвечающее их интересам решение. Если участники конфликта взяли на себя ответственность за принятое решение, они обязаны его исполнять.

- В качестве ведущих медиации (нейтральных посредников) привлекаются прошедшие обучение учителя или родители. К проведению встречи могут быть привлечены волонтеры, психологи, социальные педагоги и классные руководители.

- Навыки, полученные школьниками в ходе проведения процедуры медиации, по качеству превосходят любые искусственные ситуации, обыгрываемые на тренинге, и в дальнейшем могут пригодиться в реальной жизни.

Создание комфортной безопасной среды предполагает профилактику возникающих рисков, к которым относится частота проявления конфликтов.

В современной школе в межличностном общении учащихся достаточно часто возникают проблемы, противоречия, конфликты. Конфликт (от лат. Conflictus – ссора, столкновение, спор) определяется как отсутствие согласия между двумя или более сторонами, как столкновение противоположно направленных, не совместимых друг с другом тенденций в сознании индивидов, в межличностных или межгрупповых взаимодействиях, связанное с отрицательными эмоциональными переживаниями.

Проблемой эффективного разрешения педагогических конфликтов занимаются такие отечественные психологи и педагоги, как А.Я. Анцупов, С.И. Михайлова, М.М. Рыбакова, Н.В. Самоукина, Е.А. Соколова, А.Б. Белинская, Т.С. Сулимова, Е.А. Тихомовец, Т.А. Чистякова, Е.А. Шумилин, И.Г. Шендрик, Н.Е. Щуркова и другие. Таким образом, специфика и проблема конфликтов и их разрешения в подростковом возрасте рассматривается довольно широко в психолого-педагогической литературе и очень актуальна в условиях современной школы.

В образовательном учреждении можно выделить основные группы конфликтов: ученик – ученик, ученик – учитель, ученик – родители, учитель – учитель, учитель – родители, учитель – администратор, родители – родители, родители – администратор (А.Я. Анцупов).

Наиболее распространенными признаются конфликты:

– между учениками; глобальной причиной конфликтов в среде обучающихся признается нарушение их социализации;

– между учителем и учащимся, который, как правило, оказывается в более уязвимом положении. Неразрешенные конфликты с учителями являются одной из основных причин нежелания посещать школу, приводят к деформации личностного развития, закреплению негативного отношения к обучению.

Среди способов урегулирования конфликта особой популярностью пользуется метод медиации. Метод школьной медиации рассматривается как инновационный метод, который применяется для разрешения споров и предотвращения конфликтных ситуаций между участниками образовательного процесса в качестве современного альтернативного способа разрешения споров.

Восстановительная медиация – это процесс, в котором медиатор создает условия для восстановления способности людей понимать друг друга и договариваться о приемлемых для них вариантах решения проблем (при необходимости – о заглаживании причиненного вреда), возникших в результате конфликтных или криминальных ситуаций.

В ходе восстановительной медиации важно, чтобы стороны имели возможность

освободиться от негативных состояний и обрести ресурс для совместного поиска выхода из ситуации.

Основой восстановительной медиации является организация диалога между сторонами, который дает возможность сторонам лучше узнать и понять друг друга. В диалоге медиатор помогает выразить и услышать точки зрения, мнения, чувства сторон, что формирует пространство взаимоотношений. Конфронтация, предубеждения, подозрительность и агрессивность конфликтующих между собой меняются на позитивное восприятие (отношения).

Медиация альтернативна любому директивному способу разрешения споров, когда конфликтующие стороны лишены возможности влиять на исход спора, а полномочия на принятие решений по спору делегированы третьему лицу. Процедура медиации является эффективным инструментом не только разрешения споров и конфликтных ситуаций, но и их предупреждения и профилактики.

Теоретическую составляющую деятельности службы медиации составляют принципы восстановительной медиации, задачами которой являются:

1. Организация диалога конфликтующих сторон, способствующего освобождению от негативных состояний и определению ресурса для совместного поиска выхода из ситуации: от отношений конфронтации, предубеждений, подозрительности, агрессивности к позитивным взаимоотношениям.

2. Создание условий для обсуждения сторонами вопроса о заглаживании вреда, разработки механизмов и процедур заглаживания вреда, сроков и условий выполнения договоренностей.

3. Разработка организационных основ деятельности службы примирения: механизма передачи на медиацию информации о конфликтных ситуациях; последствий медиации (заключение договоров, примирительных соглашений); категории случаев, передаваемых на медиацию.

В качестве важнейшего результата восстановительной медиации рассматриваются восстановительные действия (извинение, прощение, стремление искренне заглаживать причиненный вред), то есть такие действия, которые помогают исправить последствия конфликтной или криминальной ситуации.

Основными принципами восстановительной медиации являются:

– добровольность участия для конфликтующих сторон и принятие решений по взаимному согласию, равноправие сторон;

– нейтральность медиатора или беспристрастное отношение с каждой из сторон и обеспечение им равного права участия в переговорах;

– конфиденциальность, информированность сторон (предоставление сторонам всей необходимой информации о сути медиации, ее процессе и возможных последствиях);

– ответственность сторон и медиатора; заглаживание вреда обидчиком в ситуации, где есть жертва, ответственность обидчика состоит в заглаживании вреда, причиненного жертве;

– независимость служб медиации или самостоятельность в выборе форм деятельности и организации процесса медиации.

Таким образом, медиация в практическом отношении представляет собой многоэтапную процедуру переговорного процесса, в ходе которого конфликтующие стороны

при содействии медиатора должны прийти к соглашению относительно урегулирования конфликта.

Эффективность школьной медиации зависит от ряда факторов. В первую очередь, это особенности сложившихся между конфликтующими сторонами отношений; их способность к взаимодействию; направленность конфликтующих сторон на урегулирование конфликта; доверие конфликтующих сторон к методу медиации, мотивация к участию в ней; личностные характеристики конфликтующих сторон, такие как общий уровень развития, эмоциональной возбудимости и др.; стратегии поведения конфликтующих сторон в процессе медиации.

Можно сделать вывод, что медиация нацелена на создание в школе безопасного пространства для детей, педагогов и родителей, формирование осознанного позитивного общения между ними, помощи правильно ориентироваться и реагировать в различных жизненных ситуациях, что способствует сохранению психического здоровья личности.

Список литературы

1. Безопасная образовательная среда: психолого-педагогические основы формирования, сопровождения и оценки / под науч. ред. И.А. Баевой, С.В. Тарасова. – СПб.: ЛОИРО, 2014.
2. Коновалов А.Ю. Восстановительная медиация и службы примирения в образовательной сфере // Директор ССУЗа. – 2014. – № 3. – С. 29–35.
3. Концепция развития до 2017 года сети служб медиации в целях реализации восстановительного правосудия в отношении детей, в том числе совершивших общественно опасные деяния, но не достигших возраста, с которого наступает уголовная ответственность в Российской Федерации (утв. распоряжением Правительства РФ от 30 июля 2014 г. № 1430-р)
4. Кузина Н.Н. Служба медиации в образовательной организации // Академия профессионального образования. – 2016. – № 11. – С. 27–31.
5. Кузина Н.Н. Медиация как метод разрешения конфликтов в образовательной организации // Мир науки, культуры, образования. – 2016. – № 2 (57). – С. 159–161. (Журнал перечня ВАК) (В соавторстве).
6. Кузина Н.Н., Смирнова Л.В., Яковлева Ю.А. Условия формирования конструктивного поведения подростков в образовательной среде школы: результаты исследования // Социальное взаимодействие в различных сферах жизнедеятельности : материалы 6-й междунар. науч.-практ. конф. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2016. – С. 226–231.
7. Кузина Н.Н., Смирнова Л.В., Яковлева Ю.А. Школьная служба медиации в создании комфортной образовательной среды // Тенденции развития молодежной добровольческой деятельности в современном мире : материалы междунар. науч.-практ. конф. – СПб.: СПб СЭ, 2016. – С. 124–132.

II. ФАКТОРЫ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Т. С. Грядкина, В. И. Реброва

АКТУАЛЬНОСТЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В статье обоснована актуальность реализации здоровьесберегающего подхода к организации обучения и воспитания детей дошкольного возраста. Приведены основные трактовки понятия «здоровьесберегающие образовательные технологии», принципы и характеристики здоровьесберегающих технологий. Представлены требования современного законодательства о задачах сохранения и укрепления здоровья обучающихся.

Актуальность использования в ДОО здоровьесберегающих и здоровьесформирующих технологий обусловлена, в первую очередь, потребностью детей в комфортном проживании периода дошкольного детства, в благоприятной атмосфере и позитивном микроклимате, в спокойных и доброжелательных условиях, в организации обучения без напряжения, в обстановке дружеских и доверительных отношений с детьми и окружающими взрослыми и многое другое.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Исходя из того, что здоровье – это интегральное свойство, возникает необходимость в равной степени заботиться и укреплять все его составляющие. Лишь только гармонично развивающийся ребенок, чувствующий себя комфортно в физическом, эмоциональном и душевном плане, может считаться здоровым. Поэтому очень важно, чтобы были созданы условия, обеспечивающие полноценное, гармоничное развитие здорового ребенка [6].

Современное законодательство в области образования ориентирует дошкольные

образовательные учреждения на реализацию задач сохранения и укрепления здоровья детей. Так, Федеральный закон «Об образовании в РФ» в статье 41 обязывает образовательные организации обеспечивать охрану здоровья обучающихся через правильную организацию питания; определение и соблюдение оптимальной учебной, внеучебной нагрузки, режима занятий; через пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни [8].

Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (ФГОС ДО) в п. 1.6 декларирует направленность на решение задач охраны и укрепления физического и психического здоровья детей, в том числе их эмоционального благополучия, а в п. 2.6 – ориентированность образовательной области «Физическое развитие» на решение задач становления ценностей здорового образа жизни, овладения его элементарными нормами и правилами (в питании, двигательном режиме, закаливании, при формировании полезных привычек и др. [7]

Именно поэтому все комплексные образовательные программы дошкольного образования содержат положения и задачи сохранения и укрепления здоровья, обеспечения

благоприятного и комфортного микроклимата, способствующего гармоничному развитию ребенка-дошкольника.

Что понимается под здоровьесберегающими образовательными технологиями?

По мнению Н.К. Смирнова, как родоначальника понятия «**здоровьесберегающие образовательные технологии**», это все те психолого-педагогические технологии, программы, методы, которые направлены на воспитание у учащихся культуры здоровья, личностных качеств, способствующих его сохранению и укреплению, формирование представления о здоровье как ценности, мотивацию на ведение здорового образа жизни [5].

Здоровьесберегающие образовательные технологии, по мнению В.Д. Сонькина, это те технологии, которые обеспечивают соответствующие условия обучения ребенка (отсутствие стресса, адекватность требований, адекватность методик обучения и воспитания); рациональную организацию учебного процесса (в соответствии с возрастными, половыми, индивидуальными особенностями и гигиеническими требованиями); соответствие учебной и физической нагрузки возрастным возможностям ребенка; необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим [2].

По мнению А.М. Митяевой, «здоровьесберегающие образовательные технологии» – это системно организованная совокупность программ, приемов, методов организации образовательного процесса, **не наносящего ущерба здоровью его участников** [3].

По мнению Н.К. Смирнова, все группы здоровьесберегающих педагогических технологий основаны на следующих принципах [5]:

- *соответствие содержания и организации обучения возрастным особенностям обучающихся* – все применяемые приемы должны быть обоснованными, не требующими от ребенка непосильного ему на данном этапе развития;
- *непрерывность* – работа ведется постоянно, а не от случая к случаю;
- *субъект-субъектные отношения* – обучающийся является непосредственным участником здоровьесберегающих мероприятий;

- *успешность* – постановка акцента на положительные стороны происходящего;
- *активность* – любой активный процесс снижает риск переутомления.

Таким образом, бережный режим обучения и воспитания, учитывающий особые потребности детей, их интересы, склонности, психофизиологические и возрастные особенности, обучение без напряжения, обучение «в радость», использование способов и приемов без ущерба для физического, душевного и социального благополучия – все это характеристики здоровьесберегающих педагогических технологий

Вместе с тем традиционным направлением по формированию навыков и правил здорового образа жизни остается привитие культурно-гигиенических навыков, становление интереса к правилам и нормам здорового образа жизни, здоровьесберегающего и безопасного поведения, формирование представлений о здоровье, его ценности, человеческом организме, полезных привычках, укрепляющих здоровье, о мерах профилактики и охраны здоровья. Кроме этого, особое внимание уделяется самостоятельности детей при формировании жизненно важных здоровьесберегающих привычек, развитию умения избегать опасных для здоровья ситуаций, обращаться за помощью взрослого в случае их возникновения, проявлять внимание к заболевшему близкому взрослому, уметь пожалеть расстроенного ребенка, отвлечь его от переживаний, развеселить, увлечь игрой.

Очень важно для реализации данного направления учитывать все особенности здоровьесберегающих педагогических технологий и создавать условия для совместной и самостоятельной здоровьесберегающей деятельности детей, организовывать разнообразные тематические мероприятия, проекты, акции, инициировать разнообразные игровые проблемные и поисковые ситуации для становления и проявления здоровьесберегающей компетентности дошкольников.

Список литературы

1. *Грядкина Т.С.* Развитие теории и методики физической культуры дошкольников в России : учеб. пособие для студентов факультетов физической культуры / под ред. С.О. Филипповой, Г.Н. Пономарева. – СПб.: ВВМ, 2004. – С. 18–29.
2. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения : метод. рекомендации / под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. – М., 2004.
3. *Митяева А.М.* Здоровый образ жизни: учеб. пособие для студентов высших учеб. заведений / А.М. Митяева. – М.: Академия, 2008. – 144 с.
4. *Сивцова А.М.* Здоровьесберегающие педагогические технологии в ДОУ: выбор, внедрение и рациональное использование. – СПб.: АППО, 2008.
5. *Смирнов Н.К.* Здоровьесберегающие технологии в современной школе. – М.: АПК и ПРО, 2002.
6. Устав Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/901977493>
7. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования : [утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 октября 2013 г. № 1155] // Российская газета. – 2013. – 25 ноября.
8. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Л. Л. Зырянова, Л. Б. Тарасова, М. Ю. Бостан, М. П. Семененко

СОЗДАНИЕ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕЙ СРЕДЫ В УСЛОВИЯХ ДИНАМИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПО МЕТОДУ В.Ф. БАЗАРНОГО В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Статья посвящена одной из самых актуальных проблем сегодняшнего образования – формированию культуры здоровья субъектов образовательного процесса и основ здорового образа жизни. Здоровьесозидающее образование – это качественная характеристика особым образом организованного целостного педагогического процесса.

Приоритетным направлением государственной политики в области детства является сохранение здоровья каждого ребенка.

В «Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года», в «Национальной доктрине развития образования РФ до 2025 года» отмечается, что сегодня приоритетной задачей системы образования в нашей стране является воспитание человека в духе ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих как наивысшей социальной ценности, формирование высокого уровня здоровья детей и учащейся молодежи во всех его аспектах – духовном, психическом, физическом [7].

В настоящее время в педагогической практике наметилась тенденция к переходу от унифицированного образования к образо-

ванию, учитывающему личностные особенности и способности каждого индивида, уровень его здоровья.

Одной из главных задач МБОУ «Каменогорский ЦО» является формирование личности, обладающей духовным, психическим и физическим здоровьем. Деятельность центра направлена на целостное развитие личности, на стимулирование ценностного отношения к здоровью, определяющего в дальнейшем полноту реализации жизненных целей и смыслов.

Ключевой идеей этой деятельности является личностное развитие субъектов образовательного процесса (прежде всего обучающихся) с учетом их индивидуальных особенностей и возможностей, присвоение обучающимися социально приемлемых норм и моделей поведения, связанных со здоро-

вьем и образом жизни, реализация каждым ребенком индивидуальной траектории развития собственного здоровья.

Для решения указанной задачи стараемся реализовывать следующие **направления сохранения и развития здоровья** подрастающего поколения:

1. Здоровьесберегающая деятельность (принцип сохранения здоровья) – снижение или устранение факторов риска для здоровья учащихся.

2. Здоровьеукрепляющая деятельность (принцип укрепления здоровья) – тренировка физических возможностей школьников.

3. Здоровьеформирующая (здоровьеразвивающая) деятельность (принцип формирования или развития здоровья) – формирование ценностных установок, мотивации личности на здоровый образ жизни, приращение соответствующих знаний и умений.

Эти направления обозначаются термином «здоровьесберегающие технологии». «Сберегать» – это сохранять, не дать пропасть, следовательно, «здоровьесбережение» – это сохранение здоровья на заданном уровне (в частности на том, на котором ребенок пришел в школу). Необходимы поиски новых подходов для формирования здоровой личности.

Нужны новые понятия – «здоровьесовершенствование» и «здоровьесозидание», имеющие перспективные значения. Здоровьесовершенствование – от «совершенствоваться» – становиться лучше, совершеннее, доводить до лучшей степени превосходства. Это понятие характеризует достижение человеком более высокого уровня здоровья по сравнению с предыдущим состоянием. Здоровьесозидание (от «созидать» – сделать существующим, произвести, основать) содержит смыслы созидания здоровья как качественно новой характеристики. Поэтому слово близко по смыслу здоровьетворчеству, творчески создавать, творение, сотворение, и предполагает совместную деятельность ученика, педагога и родителей (законных представителей) как субъектов образовательной деятельности [5].

Здоровье есть результат воспитания, а не только лечения, и основным средством научения здоровому образу жизни является образовательная деятельность.

Здоровьесозидательная деятельность (ЗСД) заключается в использовании принципов и способов, позволяющих сохранять и развивать как собственное здоровье, так и здоровье обучающихся, творчески дополнять содержание учебного предмета знаниями, умениями, навыками с целью формирования поведения, ориентированного на здоровый образ жизни, укрепление и развитие индивидуального здоровья.

Выделяют следующие принципы ЗСД:

✓ холистический подход к здоровью, требующий при разработке содержания образования учета всех его составляющих (физического, психического, духовного, социального здоровья), а также всего многообразия факторов, оказывающих на него влияние;

✓ аксиологическая направленность, обеспечивающая формирование в процессе образования ценностного отношения к здоровью, т.е. осознание его как индивидуальной, личностной и социальной ценности и на основе этого – ответственного отношения к нему, которое выражается в признании, что здоровье человека – это его долг перед собой и обществом;

✓ актуализация деятельностного здоровьесозидания, обуславливающая необходимость формирования в процессе образования систематизированных представлений о практических способах здоровьесозидания и готовности к их регулярному использованию в целях формирования здоровьесозидающей личностной позиции;

✓ единство образования и самодиагностики здоровья, в соответствии с которым образование ориентирует обучающегося на саморегуляцию здоровьесозидательной деятельности;

✓ резонансный подход к организации здоровьесозидающей образовательной деятельности, ориентированный на то, что стимулы, релевантные потребностям или ценностям личности, воспринимаются правильнее и быстрее, чем не соответствующие им;

✓ здоровьесозидающее мышление, определяющее конструктивно-позитивное отношение человека к миру, обеспечение здоровьесозидающей личностной позиции (принципы самодеятельности, последовательности, взаимозависимости, автономности,

взаимообусловленности, постепенности и систематичности);

✓ здоровьесозидающее поведение, дающее возможность человеку чувствовать себя комфортно в реальности, живя в гармонии и согласии с разными людьми и миром в целом (принципы взаимообозрения, одобрения, согласия, позитивной речевой установки, личностного обращения, взаиморазвития, безусловной любви) [8].

Самая большая проблема связана со способами воспитания культуры здоровья, поскольку ценности человека – это то, что труднее всего поддается простой трансляции, передаче от их носителей воспитанникам. Педагоги создают условия, а воспитанник принимает или отвергает.

Формирование инновационной здоровьесберегающей образовательной среды МБОУ «Каменногорский ЦО» невозможно без комплекса мер, вносящих изменения в различные аспекты организации образовательного процесса.

Современная образовательная среда требует обязательного применения здоровьесозидающих (здоровьесберегающих) технологий в учебно-воспитательном процессе.

Каменногорский ЦО является участником РИП «Формирование здоровьесозидающей среды современной школы как способ достижения новых образовательных результатов». Свою работу в рамках инновационной площадки организуем на основе полученных положительных результатов проведенного исследования «Обучение в движении» (с 2008 по 2012 годы). Нами была разработана система здоровьесозидающей деятельности, затрагивающая цикл дня обучающегося от порога школы до сна. Система включает в себя учебную, внеурочную и досуговую деятельность всех участников образовательного процесса. В исследовании участвовало три класса начальной школы.

Познакомились с теорией «Сенсорной свободы и психомоторного раскрепощения» доктора медицинских наук В.Ф. Базарного.

В НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН под руководством В.Ф. Базарного был проведен всесторонний анализ причин, подрывающих здоровье детей. По мнению доктора Базарного, вся концептуальная основа современной школы направлена против

природы ребёнка. Многолетние исследования убедительно доказали, что наиболее разрушительными для здоровья школьников являются два фактора.

Первый из них – закрепощённая сидячая поза. Установлено, что 90–95% детей во время занятий находятся в состоянии хронического моторного, психогенного и нейровегетативного закрепощающего напряжения. Внешне такая внутренняя напряжённость проявляется синдромом общего мышечно-судорожного напряжения и низким склонением детей над тетрадь во время письма. Именно с данного закрепощающего напряжения и начинаются школьные формы нездоровья.

В исследованиях, посвящённых анализу причин возникновения многих болезней цивилизации (зрения, сердца, психики, опорно-двигательной и иммунной систем и др.), фактор сидения отнесён к базовым факторам риска. Развитие ребёнка и познание им окружающего мира происходит в движении, сидеть для него противоестественно.

Вторым по значимости негативным фактором является работа детей в режиме близорукоем узкоформатного зрения. Большую часть времени в школе и дома дети работают с книгой и тетрадью на близком от глаз расстоянии, тогда как для интенсивно развивающегося органа зрения ребёнка наиболее физиологичным является рассматривание удалённых предметов, так как зрительная система в ходе эволюции формировалась как система, работающая в основном в режиме дальнего зрения для более полного восприятия картины окружающего мира.

В условиях закрытых помещений и ограниченных пространств такие зрительные нагрузки становятся непосильными для глаз ребёнка, возникает близорукость [3].

Не меняя программ, доктор Базарный предлагает новые способы и методы организации учебного процесса. Многолетние исследования показали, что 95% детей, обучавшихся по методике В.Ф. Базарного, не только сохранили, но и укрепили здоровье.

Его методика применяется более чем в 1000 образовательных учреждениях в различных регионах страны и в ближнем зарубежье. Такая высокая эффективность применения методики многими российскими школами, убедительная теоретическая база,

разработка целостной системы здоровьеразвивающих педтехнологий, направленных в первую очередь на снижение риска заболеваний опорно-двигательного аппарата и органа зрения (основных видов школьной патологии), побудили нас выбрать именно методику В.Ф. Базарного для реорганизации учебно-познавательного процесса в начальной школе с целью сохранения и укрепления здоровья младших школьников.

В своей работе мы собираемся продолжить внедрение следующих здоровьеразвивающих принципов конструирования учебно-познавательной деятельности:

1. Проведение занятий в режиме динамических поз. Первым средством профилактики и оздоровления школьников доктор Базарный рекомендует укоренение телесной вертикали за счёт использования в учебном процессе специальной ростомерной мебели.

Конторки и одноместные парты стоят попарно в традиционных трёх рядах, но около каждой парты мы оставляем свободное пространство для удовлетворения естественной потребности ребёнка в произвольной двигательной активности.

Дети занимаются тоже парами, разница в росте у них не превышает 1 см. Высота парты и конторки устанавливается строго в соответствии с ростом ученика. Столешница парт и конторок имеет оптимальный для чтения и письма угол наклона 15–17°, для ручного труда она приводится в горизонтальное положение.

Работая за конторкой, ученик стоит в носочках на массажном коврике из естественных материалов, у нас – из натурального бука. Ребёнок, находящийся за партой, сидит на накладном подвижном сиденье, предназначенном для профилактики искривления позвоночника и формирования здоровой осанки. Конструкция накладного сиденья не позволяет ему найти устойчивое положение при неправильной посадке. Смена динамических поз происходит по сигналу учителя каждые 10–15 минут. При этом главным является не столько продолжительность стояния, сколько сам факт смены позы. Тем самым укрепляется позвоночник – основа энергетики человека и прочность связочного аппарата стопы, что крайне важно для эффективного развития и функционирования внутренних органов [2].

2. Обучение детей в режиме подвижных объектов и «зрительных горизонтов». Основной объём информации дети воспринимают через зрительное восприятие. Его эффективность повышается в условиях широкого пространственного обзора и подвижности объектов относительно наблюдателя. Занятия должны проводиться в режиме максимального удаления дидактического материала от глаз ребёнка, т.е. в системе «зрительных горизонтов».

Он размещается в разных точках класса и на четырёх подвижных сенсорных крестах, прикреплённых к потолку. Во время уроков учитель привлекает к ним внимание детей, тренируя их произвольное внимание. Расположение объекта выше средней линии зрачка и его вращение облегчают доступ к зрительной памяти и способствуют лучшему запоминанию материала. В остальное время вращающийся дидактический материал, привлекая взгляд ребёнка, способствует произвольному его запоминанию.

В условиях закрытых помещений и ограниченных пространств у детей угасает свойственное им образно-чувственное восприятие мира. Для расширения «зрительных горизонтов» мы поместили экологическое панно на одну из стен классной комнаты, освободили окна от занавесок. Произвольные взгляды детей в окно и специальные упражнения в режиме дальнего зрения очень полезны для глаз ребёнка. Необходимо помнить, что наш глаз – сканер, через 7 секунд ребёнок перестаёт воспринимать неподвижный образ. Он хорошо запоминается только в сочетании с движением.

3. Использование в учебном процессе сенсорных тренажеров. Длительные нагрузки в режиме ближнего зрения в условиях закрытых помещений и ограниченных пространств оказывают негативное воздействие на психическое самочувствие и активность детей. Эффективным способом снятия напряжения является выполнение упражнений, включающих сочетание движений глазами, головой и туловищем.

Для снятия психического напряжения и профилактики нарушений зрения один раз за урок учитель включает зрительно-вестибулярный тренажёр «Зевс». Это полностью автоматизированная система из четырёх сиг-

нальных светильников с комплектом сюжетно-образных кодотранспарантов. Яркие просвечивающиеся картинки, составляющие единый сюжет, активизируют психоэмоциональную активность ребёнка. Светильники крепятся под потолком в четырех углах класса и создают эффект «бегущего огонька». Дети стоя следят за ним, сочетая движения глазами, головой и туловищем сначала по часовой, потом против часовой стрелки, затем в виде восьмёрки. Продолжительность упражнения 1,5–2 минуты. Тренажёр помогает активизировать чувство общей координации и равновесия.

Зная о том, что в настоящее время двигательная активность детей в три раза ниже физиологической нормы, стараемся наполнить время пребывания ребёнка в школе максимумом движений. Помимо обычных уроков физкультуры, каждое утро начинается со специального музыкального комплекса утренней зарядки. На второй перемене в кабинете ЛФК проводим релаксационные упражнения, здесь ребята могут и полежать. Третья – 20-минутная перемена обязательно проводится на улице в подвижных играх.

Формирование у детей мотивации здорового образа жизни невозможно без тесного сотрудничества школы и родителей, так как именно образ жизни семьи чаще всего перенимает ребёнок. Для совместной работы по воспитанию детей в наших классах организованы семейные клубы, основным направлением работы которых является формирование здорового образа жизни семьи. Разработана **досуговая программа классного семейного клуба** («Роль семьи в создании единого учебно-воспитательного пространства обучающихся младших классов»). Такая форма воспитательной работы признана наиболее эффективной во взаимодействии с родителями.

Разработана форма ведения «Дневника здоровья класса».

Единое учебно-воспитательное пространство помогает сохранить физическое, психическое и социальное здоровье младших школьников, воспитывает их познавательную активность, формирует разнообразные интересы. Ребёнок занят физически и духовно.

Успешная учебная деятельность и состояние здоровья обучающихся тесно взаимосвязаны. Хорошее здоровье способствует безболезненной адаптации к новой для младшего школьника учебной деятельности, связанной с напряжённой умственной нагрузкой. Одно из важнейших условий рациональной организации обучения – это обеспечение оптимального двигательного режима, который удовлетворяет физиологическую потребность ребёнка в движении и поддерживает его высокую работоспособность.

Укрепление здоровья младших школьников будет способствовать повышению успеваемости, эффективности учебного процесса, повысит психологический комфорт в образовательном учреждении. Использование целостной системы здоровьесозидательной деятельности в нашем центре позволило педагогам реорганизовать учебно-познавательный процесс с целью сохранения и укрепления здоровья школьников, формирует у обучающихся, учителей и родителей готовность к здоровьесозидательной деятельности, которая является качеством личности, обуславливающим здоровый образ жизни и обеспечивающим благодаря этому становление (то есть сохранение, поддержание, укрепление и наращивание) их здоровья, что, в конечном итоге, способствует полноценному решению образовательных задач.

Список литературы

1. *Абаскалова Н.П.* Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса «школа – вуз»: монография. – Новосибирск, 2001. – 316 с.
2. *Базарный В.* Здоровье и развитие ребёнка: экспресс контроль в школе и дома. – М.: Аркти, 2005.
3. *Базарный В.* Основание внедрения в учебный процесс образовательных учреждений всех типов здоровьеразвивающей технологии д.м.н. Базарного В.Ф. «Обучение и воспитание детей в активной сенсорно-развивающей среде» и приобретения специализированного учебного оборудования для ее реализации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.hrono.ru/statii/2006/bzrn_osnovy.php

4. Васильева О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – М.: Академия, 2001. – 352 с.
5. Гейнц К.О., Скурихина Н.В. Здоровьесозидающая деятельность в условиях современного информационного общества // Студенческий научный форум : материалы VII Междунар. студенческой науч. конф. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://scienceforum.ru/2015/article/2015015970>
6. Казин Э.М. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика / Э.М. Казин [и др.]. – Кемерово, 2009. – 347 с.
7. Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 № 1662-р.
8. Краевский В.В. Методология педагогики: новый этап / В.В. Краевский, Е.В. Бережнова. – М.: Академия, 2008. – 400 с.
9. Кучма В.Р. Концепция, проблемы и направления работы школ, содействующих укреплению здоровья / В.Р. Кучма // Здоровьесберегающее образование: Научно-практический журнал. – 2010. – № 1 (5). – С. 33–39.
10. Маджуга А.Г. Здоровьесозидающая педагогика: новая научная парадигма в современном образовании : монография / А.Г. Маджуга, И.А. Синицина. – Sterlitamak: Башкирский гос. ун-т; СПб.: СПб гос. ун-т, 2013. – 394 с.
11. Мазурова Е.А. Здоровьесберегающие технологии в работе педагогов образовательных учреждений. – Барнаул, 2007.
12. Малярчук Н.Н. Культура здоровья педагога : монография. – Тюмень: Изд-во Тюменск. гос. ун-та, 2008. – 192 с.

Н. А. Самченко, Н. Г. Совалёва

ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩАЯ СРЕДА СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЫ КАК СПОСОБ ДОСТИЖЕНИЯ НОВЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

В данной статье представлен международный опыт деятельности школы по созданию собственной корпоративной модели здоровьесозидающей образовательной среды.

Проблема сохранения и улучшения здоровья населения является стратегической для любого государства, так как именно от того, насколько здоровым будет народ, зависит, во-первых, его собственное благополучие, устойчивость, степень экономического и социального развития, а во-вторых, его положение в мировом сообществе, отношение к нему других стран. В постоянно меняющихся условиях окружающей среды, социально-экономической ситуации в современном обществе проблема здоровьесозидания является одной из главных. Следует отметить, что моделирование процесса формирования готовности будущего педагога к здоровьесозидающей деятельности в образовательном пространстве современной школы не нашло отражения в психолого-педагогической теории и практике, что не создало условий для

реализации здоровьесозидающей деятельности в образовательном процессе.

Все вышесказанное подтверждает необходимость обоснования теоретико-методологических подходов, конкретизации и уточнения основополагающего понятия с целью создания модели формирования готовности будущего педагога к здоровьесозидающей деятельности в образовательной организации. Своеобразным фоном для готовности выступают психофизиологические процессы (ощущение, восприятие, мышление, эмоции, внимание и др.) как элементы формирования динамического стереотипа, что позволяет целенаправленно отбирать специфические требования к способностям человека (в нашем случае здоровьесозидающим) и оценивать их. В зависимости от особенностей здоровьесозидающей деятельности

ключевыми могут быть функции анализаторов, аналитико-синтетические функции центральной нервной системы, а также функции, составляющие основу мотивации, внимания, памяти, двигательных действий. Поэтому готовность к здоровьесозидающей деятельности возможно определить, как субъективное состояние личности, означающее желание и способность заниматься ею, как состояние мобилизации психофизиологических систем человека, позволяющее обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению, укреплению и развитию здоровья при вооружении его соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий и наличии у него решимости совершать их. Следовательно, формирование готовности должно быть связано с развитием способностей, интересов и склонностей личности, с ее непосредственными жизненными планами и ценностными ориентациями в отношении здоровья. В созданной нами системе формирования готовности будущего педагога к здоровьесозидающей деятельности в образовательном пространстве современной школы используем многолетний опыт нашей работы.

С 2011 года в МБОУ «КСОШ № 6» реализуется программа инновационной деятельности по внедрению здоровьесозидающих направлений.

Целью инновационной деятельности является обеспечение в школе условий для физического, психического, эмоционального, социального и духовного развития личности, способствующих сохранению и укреплению здоровья субъектов образовательного процесса, их продуктивной учебно-познавательной и практической, воспитательной деятельности, основанной на научной организации труда и культуре здорового и безопасного образа жизни. В 2018 году нашей школе присвоен статус «Региональная инновационная площадка для реализации региональной инновационной программы "Здоровьесозидающая среда современной школы как фактор достижения новых образовательных результатов"». Накопленный опыт инновационной здоровьесозидающей деятельности педагогический коллектив активно презентует на различных уровнях: муниципальном, региональном, всероссийском. Сотрудниче-

ство с Солдинской гимназией г. Нарвы Эстонской Республики, проведение областных семинаров и научно-практических конференций с международным участием по внедрению инновационных форм работы по формированию мотивации ведения здорового образа жизни у субъектов образования способствуют как достижению планируемых результатов освоения основной образовательной программы основного общего образования, так и привлечению большего внимания общественности к проблеме здоровья.

Инновационная направленность проекта заключается в создании собственной корпоративной модели здоровьесозидающей образовательной среды, в которой происходит развитие творческой, стремящейся к сохранению физического, психического и нравственного здоровья личности обучающегося, которая позволяет решить проблему низкого уровня побуждения детей к ведению здорового образа жизни посредством повышения компетенций в области здоровьесбережения, повышения уровня побуждения к ведению безопасного образа жизни.

Для успешной реализации проекта в школе функционируют исследовательские лаборатории: лаборатория безопасного образа жизни и лаборатория эмоционально-нравственного здоровья. Деятельность лабораторий структурирована и направлена на формирование мировоззрения обучающихся на принятие здорового и безопасного образа жизни за счет использования альтернативных форм и методов совместной деятельности педагогов, обучающихся и их родителей. При этом использование современных образовательных программ и разработка авторских программ обучения – дзюдо, самбо, шахматы, гимнастика, шейпинг – также ориентированы на формирование мотивации ведения здорового и безопасного образа жизни обучающихся.

Проект охватывает ряд направлений деятельности школы на основе здоровьесозидающего подхода в образовании по совершенствованию содержания основного и дополнительного образования, образовательной среды, системы образовательных услуг, обеспечивающих доступность качественного образования при максимальном использовании имеющихся ресурсов, участия во вне-

урочной деятельности всех категорий обучающихся на основе их свободного выбора, кооперации и творчества; развитие школьников независимо от их социального положения, состояния здоровья; сохранение и развитие здоровья всех субъектов образования; успешную социализацию школьников.

Особо важно создание здоровьесозидающей среды, способствующей развитию личности обучающегося, стремящейся к сохранению физического, психического, нравственного, эмоционального, экологического, социального, интеллектуального, здоровья посредством формирования условий, способствующих саморазвитию и самовыражению.

При этом задачами работы являются:

- обеспечение безопасной и здоровой среды в образовательной организации;
- формирование здоровьесберегающего образовательного пространства с обязательным использованием всеми педагогами здоровьесберегающих технологий;
- реализация просветительско-воспитательной работы с обучающимися, педагогами, специалистами и родителями, направленной на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни;
- организация здорового питания;
- осуществление медико-психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса и всех его участников;
- установление тесной взаимосвязи с медицинскими, спортивными и дополнительными образовательными учреждениями;
- разработка и внедрение мини-проектов по вопросам здоровьесозидания: «Пришкольная территория – цветущий сад», «Аптека на подоконнике», «Ученик года», акция «Брось сигарету», «Чемпион года», «Будь активным!», «Будь спортивным!», «Безопасный Интернет».

Прогнозируемые результаты:

- внедрение в образовательную деятельность нового содержания образования, методик и технологий обучения, способов оценки образовательных результатов, обеспечивающих успешное освоение обучающимися ООП в рамках реализации ФГОС ОО в соответствии с модернизацией образования в РФ;
- внедрение в образовательный процесс инклюзивного обучения в рамках реализации ФГОС ОО обучающихся с ОВЗ;

- повышение качества образования за счет эффективного использования в педагогической практике современных образовательных технологий, в том числе здоровьесберегающих;

- повышение уровня духовно-нравственной, гражданско-патриотической, правовой, коммуникативной культуры обучающихся и, как следствие, уменьшение количества межличностных конфликтов, правонарушений, совершаемых обучающимися;

- обеспечение здоровьесозидающей организации образовательной деятельности, расширение функциональности здоровьесозидающей образовательной среды и, как следствие, отсутствие отрицательной динамики в состоянии здоровья обучающихся и педагогов как субъектов образовательной деятельности;

- повышение устойчивой сознательной мотивации к ведению здорового и безопасного, экологически безопасного образа жизни у всех участников образовательных отношений (педагогов, обучающихся и их родителей) в ходе совместной реализации программы;

- на основе мониторинговых исследований разработка рекомендаций для участников образовательных отношений, позволяющих систематизировать и интегрировать работу по проблеме здоровьесозидания в рамках урочной и внеурочной деятельности, дополнительного образования;

- включенность родительской ответственности в процесс управления и реализации проекта.

Реализация проекта осуществляется через урочную, внеурочную и внеклассную деятельность. Внеурочная деятельность организуется по направлениям развития личности (спортивно-оздоровительное, духовно-нравственное, социальное, общеинтеллектуальное, общекультурное), в том числе через такие формы, как экскурсии, кружки, секции, «круглые столы», конференции, диспуты, школьные научные общества, олимпиады, соревнования, поисковые и научные исследования, общественно полезные практики на добровольной основе в соответствии с выбором участников образовательной деятельности.

Программа проектируется на основе системно-деятельностного и культурно-исторического подходов, с учетом природно-территориальных и социокультурных особенностей региона. Педагогическая целесообразность программы заключается в выборе тактики использования традиционных и нетрадиционных форм, методов и технологий формирования мотивации здорового и безопасного образа жизни. Направления деятельности педагогов по формированию мотивации: диагностическое; поисковое; развитие безопасной здоровьесберегающей среды; обучение обучающихся по проблемам сохранения здоровья; совершенствование жизнеспособности через систему физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятий; просветительская работа с родителями; работа с одаренными детьми и детьми с ограниченными возможностями здоровья; проектная деятельность; исследовательская деятельность; ГТО. Использование этих технологий создает ситуацию успеха, что является обязательным условием в формировании мотивации к здоровому и безопасному образу жизни, обучению, формированию исследовательских умений, навыков и успешной социализации.

Для достижения планируемых результатов в рамках деятельности лабораторий предусмотрено проведение и участие обучающихся, родителей и педагогов в спортивных мероприятиях, таких как: ежедневная зарядка с музыкальным сопровождением в фойе школы для обучающихся начальной школы; реализация проектов «Здоровое питание», «Фиточай», «Школьное молоко»; реализация авторской программы учителя физической культуры «Шейпинг» для девушек 10–11 классов; спортивная акция «Спорт – альтернатива пагубным привычкам»; Всероссийский конкурс «Всё о здоровье»; занятия дзюдо, самбо, скалолазанием в рамках внеурочной деятельности, участие в ежегодном молодежном велопробеге «Молодежь – мир без границ», межрегиональном спортивном фестивале «Леди Совершенство».

В школе создан благоприятный психологический климат, выстроены взаимоотношения между детьми, педагогами, родителями. Школьные психолог и социальный педагог помогают обучающимся укрепить психиче-

ское и социальное здоровье детей. Создана система профилактики вредных привычек, многочисленные воспитательные мероприятия позволяют развивать у обучающихся навыки здорового образа жизни, по профилактике зависимостей и социальных заболеваний, формированию культуры здоровья и безопасности:

- проведение родительских лекториев позволяет формировать у родителей представление о влиянии здоровья ребёнка на успешность его обучения, физическое и личностное развитие, активное участие родителей в организации экскурсий, туристических походов;
- ежегодное участие в экологических акциях города и района;
- использование «экологической тропы» на территории пришкольного участка и микрорайона для проведения уроков и внеклассных мероприятий;
- ежегодные субботники по благоустройству пришкольной территории;
- реализация проекта «Зимний сад»;
- освоение научно-познавательной деятельности, экологических исследований, создание «экологической тропы», дальнейшая реализация существующих проектов «Зимний сад», «Аптекарский огород», «Пришкольная территория», «Спасем дерево!», «Пернатая столовая», «Осторожно, клещи!»;
- активное участие обучающихся во всероссийских, региональных акциях, конкурсах по естествознанию «Человек и природа», «Нашим рекам чистые берега», «Птицы в огороде», «Рука дружбы природы», «Подрост», «Природа – дом твой. Береги его!»;
- открытие новых направлений в профориентации обучающихся;
- распространение опыта работы экологического волонтерского отряда «Спасибо!», приобщение населения к пониманию экологических проблем и участие жителей микрорайона в природоохранной деятельности.

Целью деятельности лаборатории эмоционально-нравственного здоровья является повышение уровня эмоционально-нравственного здоровья обучающихся и педагогов через формирование основных принципов

здорового образа жизни в ходе реализации образовательно-воспитательных программ и проектов «Лаборатории эмоционально-нравственного здоровья».

В рамках данных направлений реализуются следующие мероприятия: участие обучающихся в интеллектуальных конкурсах и олимпиадах (стационарных, дистанционных); интеллектуальных марафонах; участие школы в реализации совместного проекта комитета общего и профессионального образования Ленинградской области и Русского музея по апробации в образовательном процессе предметной области «Основы духовно-нравственной культуры народов России»; участие обучающихся в театральных студиях, в проекте «Танцы народов мира»; занятия обучающихся по программе «Робототехни-

ка» в рамках сетевого взаимодействия с МБУ ДО «Центр информационных технологий»; реализация проектов различной творческой направленности в рамках сотрудничества педагогов школы и организаций дополнительного образования для обеспечения ситуации успеха обучающихся.

Формирование культуры здорового и безопасного образа жизни обучающихся в соответствии с ФГОС ОО – комплексная программа формирования знаний, установок, личностных ориентиров и норм поведения, обеспечивающих сохранение и укрепление физического и психического здоровья как одной из ценностных составляющих, способствующих познавательному и эмоциональному развитию ребенка.

Список литературы

1. Безруких М.М. Здоровьесберегающая школа : учеб.-метод. пособие / М.М. Безруких. – М.: Рос. акад. образования. – М.: Моск. психол.-соц. ин-т, 2004.
2. Тараканова В.В., Соловьева Н.Г. Здоровье современных подростков // Муниципальное образование: инновации и эксперимент. – 2011. – № 4. – С. 66–71.
3. Третьякова Н.В., Федоров В.А. Качество здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений: понятийный аспект // Образование и наука. – 2013. – № 4.

П. Р. Дутчак

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ДИДАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Статья посвящена рассмотрению направлений деятельности по формированию здоровьесберегающей среды в образовательных организациях, ориентированной на потребности человека.

Устав Всемирной Организации Здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов [1]. Жизнь и здоровье человека относится к категории нематериальных благ и охраняется законодательством Российской Федерации [2]. Государством предпринимается комплекс мер по улучшению демографической ситуации, повышению качества и до-

ступности медицинской помощи населению. В рамках реализации Национального проекта «Здравоохранение» планируется повышение к 2024 году ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет, прилагаются усилия по снижению показателей смертности населения трудоспособного возраста, обеспечению охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год, предоставлению оптимальной доступности для населения медицинских организа-

ций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь [3].

Несмотря на то, что показатели здоровья являются важным фактором, влияющим на экономическую, общественную и духовную сферу деятельности общества и личности, его значимость для человека, семьи, профессиональных сообществ далеко не всегда и не всеми оценивается адекватно [4]. Особенно часто игнорируются мероприятия по профилактике заболеваний, недооценивается роль двигательной активности в жизни человека, режим труда и отдыха, проведение досуга не сочетаются с понятием «здоровый образ жизни». Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук отмечает: за последние годы заболеваемость детей до 14 лет возросла на 16%, подростков – на 18%; до 70% детей страдают от гиподинамии; у 50% школьников наблюдаются отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата; около 30% школьников имеют нарушения в сердечно-сосудистой системе [5, 6]. Дефицит двигательной активности в младших классах составляет 35–40%, а среди старшекласников – 75–85% [7].

В соответствии со статьей 28 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» создание безопасных условий, обеспечивающих жизнь и здоровье обучающихся и работников, одна из важнейших обязанностей каждой образовательной организации.

Формирование здоровьесберегающей среды в образовательных организациях общего и профессионального образования – это деятельность, имеющая комплексный характер, затрагивающая и вопросы материально-технического обеспечения, и различные аспекты комплексной безопасности, а также проблемы обучения и воспитания учащихся. При этом повысить эффективность деятельности по формированию здоровьесберегающей среды возможно за счет более точной и адресной формулировки организационного и дидактического компонентов. Указанные компоненты будут способствовать:

– систематичному и методически грамотному проведению мероприятий по здоровьесбережению;

– определению оптимального содержания обучения, направленного на овладение здоровьесберегающими технологиями;

– уменьшению негативного влияния образовательной среды на здоровье и двигательную активность обучающихся и педагогических работников.

Организационный компонент деятельности по здоровьесбережению предполагает организацию и проведение комплекса мероприятий, направленных на профилактику заболеваемости, предупреждение травматизма, формирование комфортной образовательной среды, всестороннее физическое развитие и укрепление здоровья как обучающихся, так и педагогических работников. Дидактический компонент предполагает освоение знаний, формирование навыков и умений, способствующих сохранению и укреплению здоровья, развитие мотивации к ведению здорового образа жизни.

При организации деятельности по здоровьесбережению в образовательном учреждении целесообразно ориентироваться не на отдельные направления (урочная, внеурочная, воспитательная, административно-хозяйственная деятельность), а на биосоциальные потребности человека. Для определения организационного и дидактического компонентов в соответствии с потребностями нами была использована иерархия потребностей А. Маслоу, в которой выделены семь основных уровней [6].

1. Физиологические потребности (нижний уровень) предполагают утоление голода и жажды, регулярный сон, беспрепятственное дыхание, двигательную активность и мышечные усилия в процессе жизнедеятельности, отправление естественных надобностей. Организационный аспект деятельности по обеспечению физиологических потребностей учащихся и педагогов направлен на соблюдение требований к организации питания, содержанию мест приготовления и приема пищи, мест общего пользования, рационального планирования труда и отдыха, обеспечение санитарно-гигиенической безопасности образовательной организации. Дидактический аспект предполагает ознакомление с правилами личной и общей гигиены, принципами активного отдыха (смены видов деятельности), формирование культуры питания.

2. Потребность в безопасности предполагает защищенность человека от реальных и

потенциальных угроз, избавление от необоснованных страхов, чувство уверенности в своих силах, отсутствие болезней. Организационный аспект деятельности по данному направлению предполагает выполнение требований по всем направлениям охраны труда и обеспечения комплексной безопасности образовательной организации, обеспечение эргономичности образовательного пространства. Дидактический аспект заключается в ознакомлении с правилами организации рабочего места, выбора рабочей позы, формировании навыков действий в экстремальных ситуациях, в том числе навыков оказания первой помощи.

3. Потребность в принадлежности и любви предполагает общение, внимание, дружбу, принадлежность к тем или иным сообществам как в образовательной организации в целом, так и в отдельных ее подразделениях (группах, классах). Организационный аспект будет направлен на выстраивание системы воспитательных мероприятий с помощью различных форм двигательной активности (спортивные состязания, слеты, походы и т.д.), способствующих формированию комфортной среды общения, дружбы и взаимовыручки. Дидактический аспект в воспитательной деятельности трудно измерим, но тем не менее очень важен и для педагогов, и для учащихся. Он предполагает умение давать нравственную оценку своим поступкам и поступкам товарищей, соотносить личные цели с целями коллектива (группы), быть ответственным за результаты своей деятельности.

4. Потребность в уважении предполагает признание важности и одобрение деятельности по здоровьесбережению. Организационный аспект, направленный на удовлетворение данной потребности, заключается в грамотном планировании и деятельности, и отдельно взятых мероприятий по здоровьесбережению, вовлечение в них максимально широкого числа участников и поощрение их достижений. Дидактический аспект предполагает, в первую очередь, систематическую разъяснительную работу, раскрывающую важность физкультурно-оздоровительной деятельности и здорового образа жизни, их влияние на формирование успешной и разносторонне развитой личности.

5. Познавательные потребности человека определяются необходимостью познания и исследования окружающего мира. В реализации данной потребности дидактический аспект играет ведущую роль. Он предполагает изучение основ физического воспитания, обогащение своего двигательного опыта, овладение навыками самоорганизации индивидуальной двигательной активности.

6. Эстетические потребности человека связаны с такими понятиями, как гармония, порядок, красота. Организационный аспект, направленный на удовлетворение данной потребности, предполагает создание положительного эмоционального фона здоровьесберегающей деятельности и отдельных мероприятий по здоровьесбережению, использование средств наглядной агитации для пропаганды здорового образа жизни и различных форм двигательной активности. Дидактический аспект направлен на разъяснение роли физического развития в формировании гармонично развитой личности, демонстрацию красоты движения, красоты человеческого тела и, как противоположность, пояснение пагубного влияния на человека табакокурения, употребления алкоголя, наркотиков и других вредных привычек.

7. Потребность в самоактуализации рассматривается А. Маслоу как высший уровень человеческих потребностей. Она проявляется в степени удовлетворенности человека качеством развития собственной личности, реализации своих целей, способностей. Организационный аспект, направленный на удовлетворение данной потребности, предполагает создание условий для безопасного физического развития обучающихся, прежде всего, организацию в образовательном учреждении спортивных секций, туристических и военно-патриотических клубов и т.д. Не менее важным направлением является обеспечение безопасности спортивных объектов, спортивного оборудования и инвентаря, используемых в урочной и внеурочной деятельности. Дидактический аспект направлен на формирование убеждений о ценности здоровья, о физическом развитии как неотъемлемом компоненте личностного и профессионального роста человека.

Таким образом, учет потребностей человека в процессе здоровьесберегающей дея-

тельности в образовательной организации будет положительно влиять на эффективность проводимых мероприятий и способ-

ствовать более широкому охвату обучающихся и педагогических работников здоровьесберегающими технологиями.

Список литературы

1. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения (Нью-Йорк, 22 июля 1946 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/2540328/> (дата обращения 07.02.2019).
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 03.08.2018) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_5142/ (дата обращения 06.02.2019).
3. Национальный проект «Здравоохранение» [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://roszdravnadzor.ru/i/upload/images/2018/7/25/1532512237.26174-1-15781.pdf> (дата обращения 06.02.2019).
4. Гун Г.Е. Здоровье учащихся образовательной организации и отрицательно влияющие на него факторы. Создание здоровьесберегающей среды образовательной организации // Образование: ресурсы развития. Вестник ЛОИРО. – 2018. – № 1. – С. 28–33.
5. Маркова А.И. Школы здоровья и здоровье школьников (аналитический обзор) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/shkoly-zdorovya-i-zdorovie-shkolnikov-analiticheskiy-obzor> (дата обращения 12.02.2019).
6. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Питер, 2008. – 352 с.
7. Мусина Д.У. Состояние физического здоровья российских школьников [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nsportal.ru/shkola/fizkultura-i-sport/library/2013/10/15/sostoyanie-fizicheskogo-zdorovya-rossiyskikh-shkolnikov>

Б. М. Шаваринский, И. В. Зотов

КОМПЛЕКС «ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» (ГТО) КАК ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК ОБУЧАЮЩИХСЯ

В данной статье раскрыто значение комплекса ГТО для формирования здорового образа жизни и профилактики вредных привычек и зависимостей. Основная цель и задача комплекса – укрепление и сохранение здоровья. Охарактеризованы требования к оценке уровня знаний и умений в области физической культуры и спорта, обеспечение видов поддержки: информационная, нормативная, организационно-методическая, материально-техническая и профессионального развития. Даны рекомендации к недельному двигательному режиму.

ГТО – «Готов к труду и обороне» – это программа физической подготовки, которая существовала в СССР. Комплекс ГТО был направлен на физическое развитие и укрепление здоровья граждан, являлся основой системы физического воспитания и был призван способствовать развитию массового физкультурного движения в Советском Союзе.

В программе участвовали граждане страны в возрасте от 10 до 60 лет. Для каждой возрастной группы были установлены соответствующие требования и нормативы физической подготовки. Данную программу полностью финансировало и поддерживало государство, так как она способствовала и патриотическому воспитанию. Данные нор-

мативы использовались на протяжении 60 лет и были неотъемлемой частью жизни многих поколений наших соотечественников.

Президент России Владимир Путин подписал Указ от 24 марта 2014 года № 172 «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО). В Постановлении Правительства РФ от 11 июня 2014 года № 540 «Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО) определены его цели и задачи. Целями комплекса являются повышение эффективности использования возможностей физической культуры и спорта в укреплении здоровья, гармоничное и всестороннее развитие личности, воспитание патриотизма и обеспечение преемственности в осуществлении физического воспитания населения. Задачи: увеличение числа граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом в РФ; повышение уровня физической подготовленности и продолжительности жизни граждан РФ; формирование у населения осознанных потребностей в систематических занятиях физической культурой и спортом, физическом самосовершенствовании и ведении здорового образа жизни; повышение общего уровня знаний населения о средствах, методах и формах организации самостоятельных занятий, в том числе с использованием современных информационных технологий; модернизация системы физического воспитания и системы развития массового, детско-юношеского, школьного и студенческого спорта в образовательных организациях, в том числе путём увеличения количества спортивных клубов.

Предложено воссоздать систему ГТО в новом формате с современными нормативами, которые будут соответствовать уровню физического развития ребёнка. При этом решено сохранить старое название – «Готов к труду и обороне!» – как дань традициям нашей национальной истории.

Для того, чтобы успешно внедрять комплекс ГТО, необходимо учитывать положительный опыт пропаганды здорового образа жизни, физической культуры и спорта, реализуемые в стране до 90-х годов программы

сдачи норм комплекса «Готов к труду и обороне».

Система ГТО является хорошим ориентиром для человека, решившего заняться своим здоровьем. Главным результатом занятий выступает не сама сдача нормативов, а те положительные изменения в образе жизни и улучшение здоровья, которые произойдут у обучающегося за время подготовки, что является инструментом профилактики вредных привычек и зависимостей. Эти вопросы необходимо также решать через требования к оценке уровня знаний и умений в области физической культуры и спорта и через рекомендации к недельному двигательному режиму.

Требования к оценке уровня знаний и умений в области физической культуры и спорта должны включать следующие вопросы:

- влияние занятий физической культурой на состояние здоровья, повышение умственной и физической работоспособности;
- гигиена занятий физической культурой;
- основные методы контроля физического состояния при занятиях различными физкультурно-оздоровительными системами и видами спорта;
- основы методики самостоятельных занятий;
- основы истории развития физической культуры и спорта;
- овладение практическими умениями и навыками физкультурно-оздоровительной и прикладной направленности, овладение умениями и навыками в различных видах физкультурно-спортивной деятельности.

Рекомендации к недельному двигательному режиму предусматривают минимальный объем различных видов двигательной деятельности, необходимый для самостоятельной подготовки к выполнению видов испытаний (тестов) и нормативов, развития физических качеств, сохранения и укрепления здоровья.

Для успешной реализации внедрения комплекса ГТО необходимо обеспечить следующие виды поддержки: информационная, нормативная, организационно-методическая,

материально-техническая и профессионального развития.

Информационная поддержка: информировать специалистов физической культуры и спорта, детских и молодёжных общественных организаций (объединений), обучающихся, граждан посредством создания соответствующей образовательной и информационной среды; использовать информационно-коммуникационные технологии с целью формирования информационной культуры, связанной с внедрением комплекса ГТО, и положительного имиджа комплекса ГТО; создавать условия для получения своевременной информации о мероприятиях, связанных с внедрением комплекса ГТО (государственные целевые программы, конкурсы, гранты, научно-практические конференции, фестивали, курсы повышения квалификации, семинары, видеоконференции и др.); информировать о порядке и условиях проведения тестирования по выполнению нормативов и требований комплекса ГТО, включая размещение соответствующей информации на портале физкультурно-спортивной организации, образовательной организации; включать в ежегодный публичный отчёт руководителя о деятельности образовательной организации результаты работы по внедрению комплекса ГТО; информировать о мероприятиях, информационно-пропагандистских акциях комплекса ГТО, включая размещение соответствующей информации в сети Интернет; способствовать поддержке деятельности организаций (объединений) как информационный ресурс центров, позволяющий вовлечь сверстников, родителей (законных представителей) в широкую информационную кампанию по популяризации комплекса ГТО; распространять информацию о мероприятиях волонтерских организаций, детских и молодёжных организаций (объединений), связанных с популяризацией комплекса ГТО, в целях вовлечения населения в волонтерскую деятельность.

Нормативная поддержка: разработать и утвердить план мероприятий по внедрению комплекса ГТО в каждой образовательной организации в соответствии с региональным и муниципальными планами поэтапного вне-

рения комплекса ГТО; обновить локальные нормативные акты образовательной организации (должностные инструкции, штатное расписание, положение об оплате труда, положение о распределении стимулирующего фонда оплаты труда, трудовой договор, эффективный контракт и др.) с учётом деятельности, направленной на подготовку обучающихся к выполнению нормативов комплекса ГТО и организацию недельного двигательного режима, а также осуществление тестирования физической подготовленности населения; разработать локальные нормативные акты образовательной организации, регламентирующие деятельность обучающихся по подготовке, включая самостоятельную подготовку, к выполнению нормативов комплекса ГТО, а также порядок и условия их привлечения к организации и проведению информационно-пропагандистских мероприятий, направленных на продвижение комплекса ГТО; утвердить виды и порядок материального и нематериального поощрения педагогических работников (стимулирующие выплаты, премии, награждение благодарственными письмами, почётными грамотами и др.), а также критерии поощряемой деятельности, связанной с подготовкой обучающихся к выполнению нормативов комплекса ГТО, организацией и проведением тестирования физической подготовленности обучающихся образовательных организаций; разработать и утвердить Положение о мерах поощрения обучающихся образовательной организации, выполнивших нормативы и требования золотого, серебряного и бронзового знаков отличия комплекса ГТО, в соответствии с региональными, муниципальными нормативными актами; учитывать сведения об индивидуальных достижениях в области физической культуры и спорта, наличии знака отличия (серебряного и (или) золотого) комплекса ГТО поступающих на обучение высшего образования; утвердить виды и порядок нематериального поощрения волонтеров.

Организационно-методическая поддержка: назначить ответственного за внедрение комплекса ГТО, выполняющего функции по планированию, координации и конт-

ролю деятельности в образовательной организации; проводить регулярные педагогические советы, методические семинары, совещания и иные организационные мероприятия по вопросам внедрения комплекса ГТО образовательной организации; разработать и включить в оценку деятельности образовательной организации критерии и показатели по эффективному внедрению комплекса ГТО; включить в программу учебного предмета «Физическая культура», программы внеучебных курсов деятельность обучающихся, направленную на развитие физических качеств и формирование прикладных навыков, необходимых для выполнения испытаний (тестов) комплекса ГТО, подготовку к тестированию по нормативам комплекса ГТО; включить в учебный план, план внеучебной деятельности, программу воспитания и социализации образовательной организации, детских и молодёжных общественных организации (объединений) меры, направленные на повышение степени информированности и уровня знаний обучающихся по вопросам внедрения комплекса ГТО через физическое, духовно-нравственное, патриотическое воспитание и туристско-краеведческую деятельность; разработать программы, план и график проведения спортивно-массовых, физкультурно-оздоровительных и информационно-пропагандистских мероприятий, направленных на подготовку, включая самостоятельную подготовку, обучающихся к выполнению нормативов комплекса ГТО; создать условия для обеспечения педагогических работников научными и учебно-методическими материалами для реализации деятельности, связанной с внедрением комплекса ГТО, в том числе методическими рекомендациями Минобрнауки России, Минспорта России и Минздрава России, разработанные в соответствии с Планом мероприятий по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО); организовать сетевое взаимодействие между физкультурно-спортивными организациями, образовательными организациями, организациями здравоохранения, детскими и молодёжными об-

щественными организациями (объединениями) и др. с использованием интернет-портала комплекса ГТО и информационного интернет-ресурса в целях подготовки, включая самостоятельную подготовку, обучающихся к выполнению нормативов комплекса ГТО, а также для интеграции усилий и обмена опытом в области внедрения и популяризации комплекса ГТО; предусмотреть в целях, задачах и планах работы школьного и студенческого спортивных клубов образовательных организаций деятельность, направленную на подготовку, включая самостоятельную подготовку, обучающихся к выполнению нормативов комплекса ГТО; обеспечить обучающихся образовательной организации необходимыми учебно-методическими материалами для подготовки, включая самостоятельную подготовку, к выполнению нормативов комплекса ГТО, рекомендациями к недельному двигательному режиму с использованием современных информационных технологий; руководителям волонтерских центров, детских и молодёжных общественных организаций (объединений) разработать план мероприятий по популяризации комплекса ГТО среди различных групп населения через физическое, духовно-нравственное, патриотическое воспитание и туристско-краеведческую деятельность; использовать имеющийся опыт разработки и реализации социальных образовательных проектов детскими и молодёжными общественными объединениями при проведении мероприятий, направленных на популяризацию комплекса ГТО; организовать обучение волонтеров, привлекая участников детских и молодёжных общественных организаций (объединений), на краткосрочных курсах повышения квалификации для их дальнейшего привлечения к подготовке и проведению тестирования населения по нормативам комплекса ГТО.

Материально-техническая поддержка: организовать оснащение физкультурно-спортивной организации, образовательной организации необходимой материально-технической базой, спортивным инвентарём и оборудованием в соответствии с нормативными актами, регламентирующими внедре-

ние комплекса ГТО; при необходимости обеспечить возможность использования материально-технической базы, ресурсов физкультурно-спортивных организаций по договорам совместного пользования, сетевого взаимодействия, безвозмездного пользования и др.; обеспечить волонтеров, участников детских и молодежных общественных организаций (объединений) необходимыми материально-техническими условиями для организации и проведения мероприятий, связанных с внедрением и популяризацией комплекса ГТО среди различных групп населения.

Поддержка профессионального развития: направлять работников физической культуры, педагогических работников на курсы повышения квалификации по внедрению комплекса ГТО в очной, очно-заочной и дистанционной формах обучения; организовать участие работников физической культуры, педагогических работников в межрегиональных вебинарах, научно-практических конференциях по вопросам практики внедрения комплекса ГТО; организовать участие

работников физической культуры, педагогических работников в муниципальных, региональных, всероссийских и международных мероприятиях, конференциях, семинарах, конкурсах в области физической культуры, спорта, здорового образа жизни, связанных с практикой внедрения комплекса ГТО; провести подготовку (обучение, инструктаж) волонтеров с участием работников физкультурно-спортивных организаций, образовательных организаций, тьюторов по внедрению комплекса ГТО; инициировать участие волонтеров в муниципальных, региональных, всероссийских и международных мероприятиях, конференциях, конкурсах в области физической культуры, спорта и здорового образа жизни.

Только комплексно выполняя методические рекомендации по поддержке деятельности работников физической культуры и спорта, педагогических работников в образовательных организациях и волонтеров, можно решать цели и задачи внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО).

Список литературы

1. Указ президента РФ № 172 от 24 марта 2014 года «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе "Готов к труду и обороне" (ГТО)».
2. Федеральный закон № 274 от 5 октября 2015 года «О внесении изменений в Федеральный закон "О физической культуре и спорте в Российской Федерации и отдельные законодательные акты РФ"».
3. Постановление Правительства РФ № 540 от 11 июня 2014 года «Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе "Готов к труду и обороне" (ГТО)».
4. Приказ Министерства спорта России от 19.06.2017 года № 542 «Об утверждении государственных требований Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО на 2018–2021 годы)».
5. Письмо Министерства образования и науки РФ от 31 октября 2014 года. В.Ш. Каганов «Методические рекомендации по поддержке деятельности работников физической культуры, педагогических работников, студентов образовательных организаций высшего образования и волонтеров, связанной с поэтапным внедрением Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО) в субъектах РФ».

О. И. Янушанец

ВЛИЯНИЕ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ С УГЛУБЛЕННЫМ ИЗУЧЕНИЕМ РЯДА ПРЕДМЕТОВ

В данной статье представлен опыт исследования, которое проводилось в одном из лицеев города Санкт-Петербурга, влияния занятий спортом учащихся на образ жизни.

Занятия спортом являются необходимым условием сохранения здоровья, особенно в подростковом возрасте. В то же время при обучении в школах с углубленным изучением ряда предметов подростки постоянно испытывают дефицит времени, и занятия спортом могут значительно увеличить общую дневную нагрузку, деформировать режим дня, вызывать развитие переутомления и снижать качество жизни. Влияние занятий спортом на качество жизни старшеклассников школ с углубленным изучением ряда предметов представляет особый интерес и позволит разработать предложения по направленным на повышение качества жизни данной категории учащихся.

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [1]. Исследование качества жизни, его структуры в отношении подростков приобретает особую актуальность в связи с необходимостью укрепления здоровья, повышения качества образования, удовлетворения социальных и духовных потребностей молодого поколения. К наиболее важным компонентам качества жизни относятся: характер духовных ценностей; нормы поведения и формы общения; содержание и творческие моменты труда и свободного времени; качественная сторона условий труда, быта, транспорта, услуг социальных институтов; свобода и демократия; социальная эффективность; эстетические наслаждения; здоровье; спортивные интересы, т. е. то, что не имеет количественных показателей и единиц измерения [2].

Известно, что оптимальный уровень двигательной активности является необходимым условием гармоничного развития подростков, укрепления их иммунитета и

социальной адаптации, повышения устойчивости к инфекционным заболеваниям. Занятие физическими упражнениями также вызывает положительные эмоции, бодрость, создаёт хорошее настроение, повышается умственная работоспособность, и тем самым повышает его качество жизни [3, 4, 5]. К сожалению, современному старшекласснику соблюдать оптимальный режим умственного и физического труда и отдыха становится все сложнее, так как нагрузка в образовательных учреждениях с каждым днем растет, вместе с этим растет и проблема гиподинамии у подростков [6]. Многие родители и дети обеспокоены данным вопросом, поэтому стремятся решить его, отправляясь в разного рода спортивные секции, чтобы разгрузиться и сменить вид деятельности.

В результате анкетирования подростков было установлено, что число занимающихся утренней гимнастикой и спортом среди 10 классов составляет 10–12,5%, среди 5, 6 классов – 32–36%. При опросе школьников старших классов выяснено, что причинами такого негативного отношения к утренней гимнастике и спорту являются: отсутствие времени – 20% случаев, условий – 20% случаев, наличие хронических заболеваний – 10% случаев, и в 50% случаев школьники не считают это нужным [5]. Исследование школьников 15–17 лет, их двигательной активности и ее влияния на сердечно-сосудистую систему выявило, что для старшеклассников, имеющих повышенную учебную нагрузку, дополнительная двигательная активность способствует улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Регулярные тренировки позволяют повысить производительность сердца в покое [6, 7].

Особого внимания удостоены учащиеся школ с углубленным изучением ряда предметов, обучение в которых характеризуется

высокой интеллектуальной нагрузкой. Занятия спортом во внеурочное время могут приводить к дефициту времени и деформации режима дня. Влияние занятий спортом на качество жизни старшеклассников до сих пор не были объектом самостоятельного изучения, что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Исследование проводилось в одном из лицеев с помощью методики "SF-36 Health Status Survey". SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ), адаптирован для России в НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков. В опросе приняли участие 211 учащихся лица с 8 по 11 классы. 36 вопросов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, 60 – в пределах нормы, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Количественно оцениваются следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning – PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP) – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Интенсивность боли (Bodily Pain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль

значительно ограничивает активность учащихся.

4. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка учащихся своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении учащихся, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role Emotional – RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (Mental Health – MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Результаты проведенного исследования позволили установить, что среди учащихся 8–10 классов 63% подростков занимаются спортом, помимо занятий физической культурой в школе, и 37% имеют физическую нагрузку в виде занятий физической культурой только на уроках физкультуры. Анализ влияния занятий спортом на самочувствие в конце дня показал, что доля учащихся, не испытывающих выраженного утомления к концу дня, в 2 раза выше, среди подростков,

занимающихся спортом (39,8 и 65,4% соответственно), так же как и число очень уставших: в группе занимающихся спортом их больше, чем среди тех, кто ведет малоподвижный образ жизни (23,3 и 16,7% соответственно). Установлено, что занятия спортом не оказывают значимого влияния на режим питания данной категории подростков. Изучение влияния занятий спортом на количество часов сна в день показал, что доля учащихся, которые спят 6 часов и менее, в 2,5 раза выше среди подростков, занимающихся спортом, чем среди тех, кто не занимается спортом во внеурочное время (53,4 и 21,8% соответственно).

КЖ по показателю ролевого функционирования, обусловленное физическим состоянием (RP), оказалось ниже средних величин у 42,3% подростков, которые не занимаются спортом, что почти в 2 раза больше, чем у тех, кто посещает спортивные секции (24,1%).

Схожие значения показателя КЖ по критерию общего состояния здоровья (GH), характеризующего состояние здоровья в настоящий момент. Среди подростков, которые не занимаются спортом, низкие значения критерия общего состояния здоровья (GH) почти в 2 раза выше, чем у тех, кто посещает спортивные секции (48,7 и 25,6% соответственно), тогда как показатели в пределах воз-

растной «нормы» выше в 1,5 раза у спортивных учащихся, чем у подростков с малоподвижным образом жизни (74,4 и 51,3% соответственно).

Результаты проведенного исследования позволили установить, что доля подростков, имеющих показатель жизненной активности (VT) в пределах нормы среди тех, кто не занимается спортом, в 1,5 раза ниже, чем среди тех, кто регулярно занимается спортом (26,9 и 42,1% соответственно).

Среди подростков, которые не занимаются спортом, доля лиц, у которых показатель КЖ по критерию RE низкий, в 1,4 раза выше, чем среди тех, кто регулярно занимается спортом (50,0 и 35,3% соответственно).

Различия в числе лиц, имеющих низкие показатели по таким критериям КЖ, как психическое здоровье (MH), физическое функционирование (PF), интенсивность боли (BP), социальное функционирование (SF), оказались статистически не значимыми.

Таким образом, проведенное исследование доказало, что занятия спортом во внеурочное время положительно влияют на качество жизни старшеклассников, занимающихся в школах с углубленным изучением ряда предметов. Особое внимание стоит уделить максимальному развитию спортивных секций на территории таких школы для экономии времени учащихся.

Список литературы

1. Бирюкова А.В. Понятие «качество жизни»: структура показателей для подростковой молодежи [The concept of "Quality of life": the structure of indicators for teenage youth]. Экономика и социология [Economics and Sociology]. – St. Petersburg, Publ. ASTERION, 2008. – С. 67–69.
2. Шутьева Е.Ю., Зайцева Т.В. Влияние спорта на жизнь и здоровье человека // Концепт: научно-методический электронный журнал. – 2017. – № 4 (апрель).
3. Бутуханов В. К вопросу валеологических проблем двигательной активности и здоровья школьников / В.Д. Бутуханов // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии. – 2009. – № 2. – 66 с.
4. Михайлова Л.А. Влияние двигательного режима на гемодинамические показатели у старшеклассников, имеющих повышенную учебную нагрузку / Л.А. Михайлова, С.И. Кимяева. – Красноярск: Вестник Новосибирского гос. пед. ун-та. – 2014. – № 7. – 50 с.
5. Галимов Р.Р. Состояние двигательной активности школьников в современных условиях их обучения и воспитания / Р.Р. Галимов, А.Г. Муталов // Медицинский вестник Башкортостана. – 2012. – 82 с.
6. Ревенко Е.М. Вектор реализации сопряженного двигательного и умственного развития / Е.М. Ревенко, В.А. Сальников // Вестник Томского гос. ун-та. – 2011. – № 343. – 190 с.
7. Баранов А.А. Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. – М.: Династия, 2006. – 312 с.
8. Кучма В.Р. Физическое развитие, состояние здоровья и образ жизни детей Приполярья / В.Р. Кучма, Б.М. Раенгулов, Н.А. Скоблина. – М.: НИЦЗД РАМН, 2001. – 200 с.

Е. В. Шеховцева

К ВОПРОСУ О ЗАКРЕПЛЕНИИ ЗА БЮДЖЕТНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ (ШКОЛОЙ, ДЕТСКИМ САДОМ) СПОРТИВНЫХ ОБЪЕКТОВ

В статье рассмотрены правовые основы закрепления за бюджетными учреждениями (школами, детскими садами) имущества, в том числе объектов спортивной инфраструктуры. Особенности «публичной природы отношений, возникающей в связи с управлением имуществом», связаны с деятельностью уполномоченных органов по контролю за целевым использованием закрепленного имущества и его сохранностью.

Вопрос управления государственной и муниципальной собственностью неразрывно связан с реализацией полномочий публично-собственника. По гражданскому законодательству собственником имущества реализуется весь объем прав по владению, пользованию и распоряжению имуществом.

Так, на основании статьи 209 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее по тексту – ГК РФ) собственник вправе по своему усмотрению совершать в отношении принадлежащего ему имущества любые действия, не противоречащие закону и иным правовым актам и не нарушающие права и охраняемые законом интересы других лиц, в том числе отчуждать свое имущество в собственность другим лицам, передавать им, оставаясь собственником, права владения, пользования и распоряжения имуществом, отдавать имущество в залог и обременять его другими способами, распоряжаться им иным образом.

Собственник участвует в гражданско-правовых отношениях как субъект со специальной правоспособностью, которая в силу публично-правовой природы не совпадает с правоспособностью граждан и юридических лиц¹.

Образовательные организации, созданные в организационно-правовой форме – бюджетные учреждения (школы, детские сады) имеют имущество на праве оперативного управления. Имущество, которое закрепляется за бюджетным учреждением (университетом), является целевым.

Сама сфера образования по своей сути – публичная функция государства, в том числе

субъекта (на примере Санкт-Петербурга) и / или муниципального образования (на примере муниципального образования «Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области), направленная на полноценное развитие общества и его граждан на основе достижений в области знаний, а также обеспечение экономического развития и безопасности государства.

В соответствии с положениями статьи 102 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» (далее – Закон об образовании) образовательные организации должны иметь в собственности или на ином законном основании осуществления имущества, необходимое для образовательной деятельности, а также иной предусмотренной уставами образовательных организаций деятельности².

Формируя состав имущества, которое закрепляется за бюджетным учреждением (школой детским садом), собственнику надлежит определять те объекты, которые обеспечат соответствующую государственную функцию.

При этом имущественный комплекс должен быть достаточным для осуществления соответствующей государственной функции³. Наличие движимого и (или) недвижимого имущества, необходимого для осуществления образовательной деятель-

² Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об образовании в Российской Федерации» // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 30.12.2012.

³ В Постановлении Конституционного Суда РФ от 15 мая 2006 г. № 5-П сказано, что публичное образование «обязано сохранять в достаточном количестве имеющиеся дошкольные образовательные учреждения и при необходимости расширять их сеть» (п. 2.1 мотивировочной части).

¹ Определения Конституционного Суда РФ от 4.12.1994 № 139-О, 1.10.1998 № 168-О, от 2.11.2006 № 540-О.

ности по заявленным к лицензированию образовательным программам, выступает в качестве лицензионного требования к лицензиату и соискателю лицензии⁴.

Создаются бюджетным учреждением (школой и детским садом) условия и для занятий физической культуры как основы нормального физического формирования и развития ребенка.

Статьей 9.2 Федерального закона «О некоммерческих организациях» установлено, что бюджетным учреждением признается некоммерческая организация, созданная публичным образованием для выполнения работ, оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий соответственно органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления в сферах науки, образования.

Бюджетное учреждение осуществляет свою деятельность в соответствии с предметом и целями деятельности, определенными в соответствии с федеральными законами, иными нормативными правовыми актами, муниципальными правовыми актами и уставом⁵.

Имущество бюджетного учреждения закрепляется за ним на праве оперативного управления в соответствии с Гражданским кодексом РФ. Собственником имущества бюджетного учреждения является публичное образование. Земельный участок, необходимый для выполнения бюджетным учреждением своих уставных задач, предоставляется ему на праве постоянного (бессрочного) пользования. Остальным находящимся на праве оперативного управления имуществом бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно, если иное не предусмотрено пунктами 13 и 14 статьи 9.2 или абзацем третьим пункта 3 статьи 27 Федерального закона «О некоммерческих организациях».

В соответствии с положениями статьи 102 Закона об образовании имущество, закрепленное за образовательными организа-

циями на праве оперативного управления или находящиеся в их самостоятельном распоряжении объекты (здания, строения, сооружения) учебной, производственной, социальной инфраструктуры, включая жилые помещения, расположенные в зданиях учебного, производственного, социального, культурного назначения, общежития, а также клинические базы, находящиеся в оперативном управлении образовательных организаций или принадлежащие им на ином праве, приватизации не подлежат.

Сегодня за образовательной школой может быть закреплен на праве оперативного управления стадион, бассейн, теннисный корт и другие объекты спортивной инфраструктуры. Если речь идет о спортивной школе, то объекты спортивной инфраструктуры еще разнообразнее.

В составе имущества детского сада также могут быть объекты спортивной инфраструктуры, но чаще всего собственники закрепляют за детскими садами такие объекты, как бассейны, а спортивные залы оборудуют тренажерами.

Спортивное оборудование и инвентарь в бюджетных учреждениях более разнообразны: стенки гимнастические, лыжи, навесные перекладины, брусья гимнастические, параллельные, брусья гимнастические разновысокие, бревно гимнастическое, мостик гимнастический, баскетбольные фермы и щиты с кольцами, футбольные ворота, стенки гимнастические, маты спортивные, столы для настольного тенниса, кольца для мини-баскетбола.

Основная цель уроков физкультуры – развитие двигательной активности и различных физических качеств у детей, обучение школьников основам здорового образа жизни, а также приобщение учеников к самостоятельным занятиям спортом и физическими упражнениями. Это особенно актуально в современных реалиях, когда многие дети ведут малоподвижный образ жизни, отдавая предпочтение не прогулкам на свежем воздухе, а компьютерным играм.

Обязанность создать условия для занятий спортом и физической культурой лежит на учредителе образовательных организаций, в нашем случае, когда речь идет о бюджетном учреждении – публичного образования (город Санкт-Петербург, муниципальное об-

⁴ Постановление Правительства РФ от 28.10.2013 № 966 «О лицензировании образовательной деятельности» (п. 6).

⁵ Федеральный закон от 12.01.1996 № 7-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «О некоммерческих организациях» // Собрание законодательства РФ. 15.01.1996. № 3. Ст. 145.

разование «Всеволожский муниципальный район» Ленинградской области).

Использование спортивных снарядов и тренажеров на уроках физкультуры в школе помогает удовлетворить потребность детей в движении, справиться с нервными перегрузками, развивает их выносливость, улучшает координацию. Комплексные занятия на тренажерах помогают скорейшему спортивному развитию детей, что идет на пользу не только для физического, но и для умственного их развития.

Однако сегодня среднестатистический спортивный зал в школе по своей оснащенности не соответствует современным требованиям. Большинство школ сталкиваются со следующими проблемами, вызванными недостатком финансирования:

- отсутствие в школах шкафчиков для хранения спортивной формы;
- отсутствие душевых;
- устаревшее оборудование спортзалов;
- нехватка разнообразного спортивного инвентаря.

Отсутствие персональных шкафчиков для хранения спортивной формы очень осложняет жизнь ученикам, поскольку им приходится носить с собой в придачу ко всему объемные пакеты со спортивными костюмами и обувью.

Для многих детей, в особенности подростков, становится проблемой невозможность помыться после интенсивных физических упражнений. Из-за отсутствия душевых ученикам приходится надевать школьную форму на потное тело и отправляться на следующий урок не в лучшем виде. Для многих старшеклассников это является поводом к тому, чтобы уклоняться от посещения уроков физкультуры.

Наличие полноценной спортивной инфраструктуры дает возможность бюджетным учреждениям развивать приносящую доход деятельность. Дополнительно полученные средства также вкладываются в обновление образовательной среды и спортивной инфраструктуры.

Однако в вопросе использования спортивного оборудования, инвентаря необходимо учитывать ограничение самостоятельности бюджетного учреждения назначением имущества. Прежде всего, ограничение связано с согласием собственника, то есть с принятием соответствующим органом решения о допустимости использования имущества. При этом от имени собственника выступают уполномоченные органы.

Например, бюджетное образовательное учреждение вправе, как в силу закона, так и в силу устава, полученное имущество сдавать в аренду (в том числе объекты спортивной инфраструктуры), и это, как показывает судебная практика, не может считаться основанием к изъятию имущества на основании ст. 296 ГК РФ.

Анализ судебной практики показал, что суды, разрешая вопрос о допустимости использования имущества не в соответствии с уставной деятельностью, не признают таковую даже в «исключительных случаях». В конкретном споре – в связи с тем, что такое имущество временно, то есть непродолжительный срок, не может использоваться в соответствии с уставной деятельностью учреждения по объективным причинам.

Для осуществления управления имуществом функционирует система уполномоченных органов, которые в соответствии с их полномочиями осуществляют управление согласно классификации объектов государственной собственности по признакам, определяющим специфику управления; обеспечивают контроль за использованием (с точки зрения целевого назначения) и сохранностью имущества.

Применительно к практике изъятия недвижимого имущества, закрепленного за бюджетным учреждением, отметим, что значительная часть споров связана с проблемой разграничения функций по управлению имуществом, функций по контролю за использованием имущества и полномочий собственника в лице соответствующего административного органа.

Список литературы

1. Винницкий А.В. Публичная собственность. – М.: Статут, 2013.
2. Дмитрикова Е.А. Практика изъятия неиспользуемого недвижимого имущества, закрепленного за бюджетным учреждением (университетом) // Ленинградский юридический журнал. – 2018. – № 4 (54). – С. 186–197



III. ОПЫТ И ПРАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

О. В. Защиринская

ПСИХОТРАВМАТИЗАЦИЯ И КОНЦЕПТЫ РАЗВИТИЯ СТИЛЕЙ ОБЩЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ В СОВРЕМЕННОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОСТРАНСТВЕ

В статье рассматриваются современные тенденции психотравматизации учащихся общеобразовательных школ и их влияние на развитие различных стилей общения со сверстниками. Проводится сравнительный анализ специфики переживаний детей в зависимости от типа психотравмирующего воздействия на их психическое состояние. Показана роль детско-родительских отношений в снижении возможностей детей переносить длительное психоэмоциональное напряжение. Приведена авторская эмпирическая классификация стилей общения школьников.

На психическое состояние школьников влияют различные психосоциальные патогенные факторы. Школьные психологи стали больше обращать внимание на наличие длительного систематического травмирующего психогенного влияния, состоящего из серии мощных повседневных действий, таких как унижение, угроза, психологическое давление, являющихся важными для конкретного человека и вызывающих хронические расстройства. В качестве психогений [6] рассматривается страх ребёнка за жизнь родителей и его собственную жизнь, требования безупречного поведения, ограничение контактов со сверстниками, систематические наказания за проступки, конфликтные отношения между родителями, школьный буллинг. Специфика травматического опыта влияет на особенности переживаний школьников, проявляющихся в деструктивном поведении и нарушении межличностных контактов, специфике восприятия самого себя и сверстников.

При описании жизненных обстоятельств дети связывают негативные переживания с непредвиденными, случайными событиями (9%), но в большинстве случаев сообщают о прерванных дружеских отношениях с одноклассниками, которые обусловлены специ-

фикой их неконструктивных действий или высказываний (рис. 1). При исследовании рассказов о травмирующих событиях нами было выявлено, что большинство респондентов имеют травматический опыт, связанный с межличностными отношениями (76%). Нами был проведен сравнительный анализ особенностей переживаний травматического опыта в зависимости от типа травматического события [4, 5].

В ходе анализа было выявлено, что у детей имеются достоверные различия по определенным критериям оценки психотравмирующего опыта. Школьники, получившие травму межличностных отношений, имеют более высокую потребность уединения, чем сверстники, оказавшиеся участниками травмирующих внешних обстоятельств. В группе респондентов, имеющих психотравмы внешних обстоятельств, выявлены более редкие воспоминания образов, связанных с произошедшим событием, тогда как респонденты, имеющие травмы межличностных отношений, чаще отмечают наличие «пугающих» образов, возникающих в памяти. У них более часто встречаются мысли о самоубийстве, возникают парасуицидальные и самоповреждающие действия, вплоть до попыток самоубийства.

Виды психотравматизации

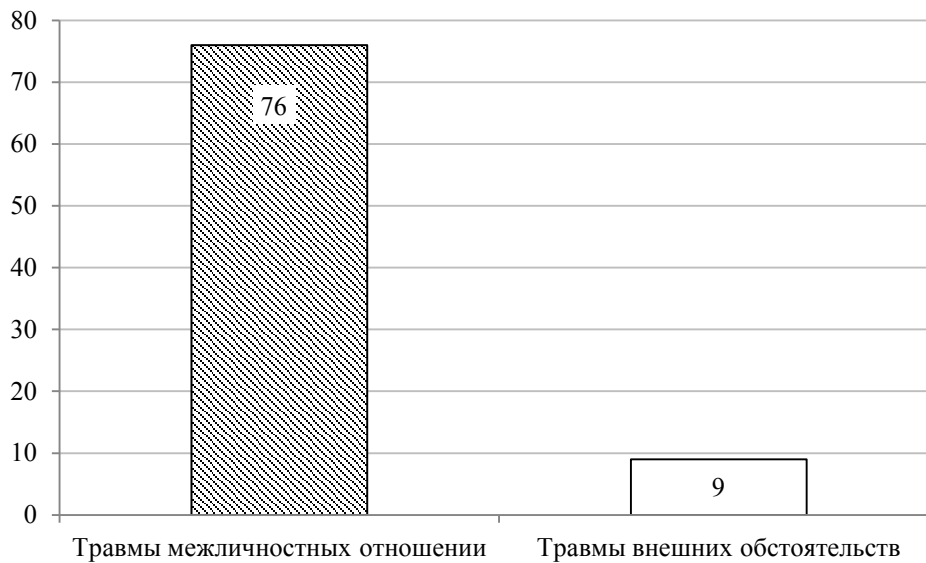


Рис. 1. Виды психотравматизации

Особенности психотравматического опыта, связанного с межличностными отношениями (буллинг, предательство и т. д.), выражаются в стойкой посттравматической стрессовой реакции у школьников, выявляется наличие деструктивных чувств и отрицательные эмоциональные состояния (вина, гнев, раздраженность), нарастание виктимизации и суицидальных наклонностей. В ходе контент-анализа высказываний детей было выявлено, что в группе школьников, имеющих признаки психотравматизации в результате длительных и тяжелых конфликтов с одноклассниками, чаще встречаются эмоциональные и психосоматические расстройства, склонность к психологическому и физическому насилию по отношению к отдельным сверстникам или членам семьи, снижение способности к эмпатии. Они более часто вспоминают инциденты, проявляют гнев и агрессию, могут, наоборот, испытывать чувство вины за свои поступки, у них более выражена склонность к виктимизации в отношениях. Такие школьники чаще оказываются в созависимых отношениях, опасных ситуациях и злоупотребляют доверием близких. Респонденты, пережившие опыт психотравматизации, связанный с предательством и утратой отношений, более часто вспоминают инциденты, связанные

с насилием. Впоследствии они испытывают выраженные проблемы с самоорганизацией, что снижает их школьную успеваемость.

При изучении феноменологии психотравматизации на примере шкальных оценок были проанализированы особенности состояний и реакций школьников в ситуации повышенной психоэмоциональной нагрузки, специфика их переживаний травматического опыта общения с ближайшим социальным окружением. Статистически значимые различия обнаружены по критерию «уединение» (рис. 2).

Респонденты, имеющие травмы межличностных отношений, менее склонны подвергать себя потенциально опасным ситуациям, стараются выдерживать социальную дистанцию с окружающими и даже отказываются от посещения школы. С каждым годом психологи наблюдают неизменный рост числа детей, которые перестают регулярно посещать образовательное учреждение и неделями не выходят из квартиры.

Можно отметить, что респонденты, имеющие травматический опыт межличностных отношений, имеют выраженные признаки социальной дезадаптации, это проявляется в особенностях поведения, нарушении коммуникации, утрате мотивации к школьному обучению и конфликтности при

взаимодействии с членами своей семьи. Такие дети активно ограничивают свое пребывание в школе, не посещают кружки и общественные места. При этом они начинают

приобретать особые навыки нахождения в длительных конфликтных отношениях и постепенно адаптируются к психоэмоциональным нагрузкам.



Рис. 2. Потребность в уединении после повышенной психоэмоциональной нагрузки

Школьники и семья. Чрезвычайно важной и сложной проблемой современных психологических исследований являются детско-родительские отношения. Общение и социальное поведение родителей оказывается ведущим фактором в социализации ребенка. Отношение к детям со стороны близких взрослых впоследствии определяет характер их межличностного взаимодействия со сверстниками. Стиль общения, коммуникативные стратегии зависят от особенностей родительского воспитания, начиная с ранних этапов онтогенеза [12]. Взрослея, подростки начинают принимать в этом процессе активное участие и привносят качественные изменения в условия воспитания.

Возникает своеобразный эффект обратной связи: особенности взаимоотношений между детьми и родителями формируются в процессе их развития и определяют эти возможности развития. Особенности навыков общения определяются взаимоотношениями членов семьи, ее структурой в целом, внешними влияниями на семью и возможностями преодоления жизненных проблем.

Психологическая наука обладает данными о различных психологических параметрах семьи, которые являются детерминантами индивидуального развития детей, обуславливают формирование их личностных качеств и общения (Л.И. Божович, В.В. Столин). Коммуникативный статус ребенка зависит от социально-психологического потенциала семьи (структура, образовательно-культурный уровень родителей, социально-бытовые условия жизни, психологический микроклимат, распределение функциональных обязанностей между членами). Трудности, вызванные воспитанием ребенка в одних семьях, оказывают мобилизирующее, сплывающее воздействие, а в других, наоборот, ослабляют семью, ведут к нарастанию противоречий [2, 7]. Введенное еще в 1980-е гг. Л.С. Выготским понятие «социальная ситуация развития» означает, что воздействие на ребенка окружающей среды определяется не только своеобразием этой среды, но и индивидуальными особенностями ребенка, теми переживаниями, которые у него возникают. В частности, под

влиянием чрезвычайно низких оценок со стороны родителей ребенок начинает осознавать свою малоценность. При этом возникает целый ряд субъективных установок, которые впоследствии способны вызывать внутриличностные и межличностные конфликты в общении.

Дети у «лояльных» родителей открыты и общительны. У них адекватная самооценка, доверительные и дружеские отношения с родителями. К «отстраняющимся» родителям дети проявляют негативные чувства; такие дети враждебно настроены, необщительны, характеризуются повышенной конфликтностью и закрытостью. Но симптомы отчуждения появляются только в присутствии родителей и исчезают с их уходом. Отчуждение определяется как утрата ребенком чувства своей субъектности и значимости в общении с родителями [10]. Чаще всего эмоциональное отвержение возникает, когда ребенок не оправдывает ожиданий родителей. У ребенка это проявляется в повышенном уровне тревожности, в педагогической запущенности, в отставании в психическом развитии [8, 9].

Во многих случаях ошибки в воспитании допускаются родителями неосознанно, вызывая искажения в формировании характера и привычек, закрепляя ограничения в социализации ребенка. Общим результатом нарушений внутрисемейной коммуникации становится недостаток социальной компетентности [12]. Преобладание в действиях родителей воспитательной доминанты при взаимодействии с ребенком предполагает достаточно жесткую стратегию поведения, направленную на формирование ценных, по их мнению, качеств ребенка. Благодаря этому дети лучше усваивают социальные ценности и нормы, проявляют критичность: понимают, что является социально одобряемым либо неприемлемым способом в становлении межличностных отношений со взрослыми и сверстниками [11].

Таким образом, на развитие общения оказывает влияние коммуникативный опыт ребенка в детстве. Взаимоотношения ребенка в группе сверстников опосредованы взаимодействием с людьми, играющими важнейшую роль в ранний период его жизни – родителями. При удачно сложившейся семейной жизни у ребенка формируются положитель-

ные характеристики общения. Однако в современных условиях при воспитании детей распространенным психосоциальным явлением становится двойственность и противоречивость позиции родителей по отношению к собственному ребенку [11].

Стили общения современных школьников. В нашем исследовании [2], в котором приняли участие нормально развивающиеся учащиеся в количестве 546 человек, изучались их стили общения. Они возникают в процессе внутрисемейного воспитания и продолжают формироваться благодаря постоянным контактам со сверстниками. С помощью кластерного анализа было выявлено четыре стиля общения школьников. Первый, *реактивный* стиль характеризуется крайне низким самоконтролем в общении и достаточно высокими когнитивными способностями у школьников. Обращает на себя внимание также некоторое повышение значений изучаемых показателей по факторам «нонконформизм», «комформность в формальных ситуациях общения» и «регуляция личностного доминирования в общении». Несколько ниже оказалась выраженность потребности в «принятии социальной изоляции», что означает повышенное стремление получать внимательное отношение со стороны сверстников. Также характерными оказались сниженные показатели социотризма. Следовательно, по отношению к этому стилю можно увидеть несколько большую приближенность к нормативным показателям социальной адаптации за счет сохранения хороших способностей в регуляции личностного доминирования и умения контролировать себя в формальных ситуациях общения. Данный стиль отличается сформированными навыками регуляции своего поведения и признаками социальной адаптации. Такие дети могут иметь собственное мнение по различным поводам, т. е. отличаться индивидуальными, нонконформистскими тенденциями. Однако при наличии реактивности сохраняются достаточные компенсаторные возможности в социальном развитии за счет способностей в саморегуляции.

При втором, *адаптивном* стиле общения наблюдается характерное снижение регуляции личностного доминирования в общении, отсутствие тенденции в осознании своей

агрессии, необходимости ее контроля. Исследование позволяет отметить достаточно высокий показатель комфортности в формальных ситуациях общения. Однако на уровне эмоционально-потребностного и когнитивного блоков наблюдаются некоторые отличия, во-первых, данный стиль имеет самые высокие когнитивные способности в общении и, даже выше, чем при реактивном стиле, что, видимо, позволяет подросткам адаптироваться в социальной среде. В частности, позволяет иметь достаточно неконформистскую позицию в группе отстаивать свои требования, отличные от группы, при этом сохраняя высокий социоцентризм. В данном случае этот стиль может влиять на структуру группы, еще потребности, цели, при этом используя в основном формальные ситуации общения. В нем отмечается сочетание успешного формального и не формального лидерства. Хорошие психические ресурсы позволяют на уровне формальных ситуаций общения реализовывать социальные задачи группового характера, иметь свое мнение и более четко его отстаивать. Для этого требуются достаточно высокие когнитивные способности.

У подростков с адаптивным стилем общения выявляются низкие показатели социоцентризма – достаточно высокое принятие социальной изоляции, независимость от интересов малой социальной группы. Однако неконформизм у этих учеников незначительно выражен. При этом отмечается наличие низких когнитивных способностей в общении. Ведущей становится социальная установка на адаптивность ради собственного спокойствия и комфорта.

Повышение комфортности в формальных ситуациях общения у подростков достигается существенным снижением неконформизма, т.е. они учитывают мнение других, а не ориентируются только на собственное представление о социуме, личные потребности или эмоции. Это может быть связано с формированием морально-нравственных норм. Ребенок, обладающий таким стилем, регулирует свое поведение, учитывая групповые общепринятые ценности и нормы. Таким ученикам более комфортно вести себя на уровне формальных ситуаций общения, которые просты и конкретны, соответствуют

общепринятым правилам взаимодействия в различных ситуациях и видах деятельности.

При этом стиле у подростков недостаточно выражена регуляция личностного доминирования в общении, т.е. такие дети не всегда осознают и контролируют свою агрессию на фоне несформированности собственного мнения. Подчиняясь сверстникам, они проявляют тревожность и раздражительность, но сдерживаются под влиянием социальных условий обучения и общения.

Третий, *лидерский* стиль общения отличается способностью школьников регулировать личностное доминирование в общении. При данном стиле ребенок не испытывает большого дискомфорта в формальных ситуациях общения. Однако он имеет значительную потребность в аффилиации, т.е. не принимает социальную изоляцию. За счет этого имеет меньший неконформизм. Подросток с этим стилем пытается объединиться с группой сверстников в своих мнениях, желаниях, основных социальных потребностях. Получается, что в группе нормально развивающихся детей лидер зависим от мнения группы. При этом они осознанно используют свое личностное доминирование в общении, чтобы сохранить высокий социальный статус в межличностных отношениях со сверстниками.

Видимо, хорошие адаптивные способности, большой уровень сформированности психических функций позволяет подросткам с лидерским стилем общения достаточно успешно адаптироваться в формальных ситуациях общения, в том числе в рамках педагогического процесса. Лидер проявляет определенную зависимость от обстоятельств, в которых он находится. Он в этом случае сохраняет в основном свою доминирующую, неформальную роль, но с акцентом на мнение малой социальной группы.

Четвертый, *эгоцентрический* стиль общения свойственен подросткам, которые по разным субъективным причинам стремятся к лидерству, но при этом придерживаются своей эгоцентрической позиции. Основной особенностью эмоционально-потребностной сферы у таких учеников является принятие социальной изоляции, т.е. минимально выражено стремление к аффилиации. Они не боятся остаться одни, не тревожны при от-

сутствии невнимания по отношению к себе. Подростки могут даже испытывать желание остаться наедине. При этом сохраняются выраженные признаки социоцентризма: принятие групповых ценностей и норм.

При эгоцентрическом стиле общения школьники ориентированы на социальные нормы с учетом своих собственных потребностей. Самым низким у них является показатель конформности в формальных ситуациях внутригруппового взаимодействия. Эти ученики постоянно пытаются не подчиняться формальным ситуациям, требованиям, нарушая установленные правила. Они предпочитают постоянно изменчивую социальную среду. Подростков с эгоцентрической направленностью тяготит алгоритмизированная формальная обстановка школьного общения. При этом они вполне могут пожертвовать своей групповой принадлежностью и отказаться от участия в различных совместных мероприятиях.

Такие ученики постоянно стремятся к неформальным ситуациям общения. При от-

сутствии подобных ситуаций они предпочитают оставаться одни, поэтому эгоцентрический стиль подразумевает наличие тенденции к избеганию формальных требований в общении. Подростки, которым свойственен данный стиль, будут соблюдать дистантность при взаимодействии с педагогом. Они ищут вариативности и пытаются реализовать себя в неформальных ситуациях, но это не совсем получается, так как не хватает личностных и коммуникативных ресурсов.

У обследованных нормально развивающихся школьников наиболее часто встречается адаптивный стиль общения (35%), а затем в 27% случаев – эгоцентрический, у 24% учеников – реактивный, а лидерский стиль был выявлен у 14% подростков (рис. 3). Дальнейшее изучение выявленных четырех стилей общения позволит осуществлять их своевременную коррекцию с целью повышения уровня социальной компетентности выпускников школ при участии не только специалистов образовательных учреждений, но и родителей.

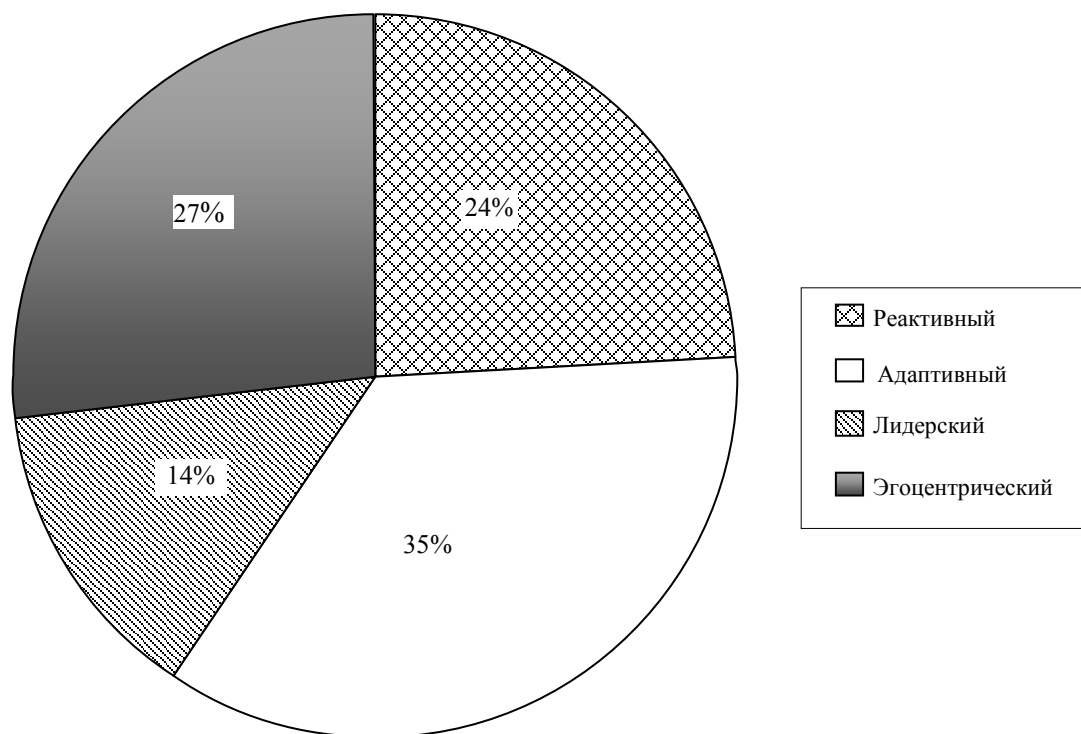


Рис. 3. Типология стилей общения школьников

Основные выводы:

1. В современной образовательной среде распространен опыт психотравматизации школьников в процессе межличностных отношений с одноклассниками.

2. Психотравматизация обуславливает наличие у детей длительного психоэмоционального напряжения, снижение способности к эмпатии и доверию.

3. Типичной реакцией школьников на психотравмирующие обстоятельства становится стремление к уединению, которое создает условия для активизации процесса их психологической инкапсуляции в семье и образовательных учреждениях.

4. Нарушение детско-родительских отношений становится основной причиной предпосылок рисков возникновения психотравматизации школьников.

5. В современной образовательной среде формируются четыре основных стиля общения – адаптивный, эгоцентрический, реактивный и лидерский. Они развиваются у детей, в том числе, под влиянием психотравмирующих жизненных обстоятельств и нарушения межличностных отношений с родителями и сверстниками.

Список литературы

1. *Божович Л.И.* Личность и ее формирование в детском возрасте / Л.И. Божович. – СПб.: Питер, 2009. – 400 с.
2. *Защиринская О.В.* Внутрисемейная коммуникация умственно отсталого ребенка / О.В. Защиринская // Вестник СПбГУ. Сер. 12. – 2008. – Вып. 3. – С. 124–132.
3. *Защиринская О.В.* Нарушение общения у детей и подростков с легкой умственной отсталостью: феноменология, модель, социализация: дис. на соиск. учен. степ. д-ра психол. наук. – СПб., 2013. – 467 с.
4. *Защиринская О.В.* Психическая травма как результат влияния трудных жизненных ситуаций // Социальная работа: теории, методы, практика: мат-лы интернет-конференций и семинаров. Т. 1. – 2016. – № 5. – С. 24–33.
5. *Защиринская О.В.* Социально-коммуникативные последствия психических травм в контексте детско-родительских отношений // Система социальной защиты населения в условиях изменяющегося общества: сохранение и развитие человеческого потенциала: Мат-лы XX окружных научных социальных чтений. – Сургут, 2015. – С. 33–38.
6. *Кривяков В.М.* Психотравматология : монография. – М.: Наука, 2005. – 315 с.
7. *Маневский Ф.С.* Семейные ценности в контексте психического здоровья / Ф.С. Маневский // Вестник СПбГУ. Сер. 12. – 2008. – Вып. 4. – С. 168–173.
8. *Мастюкова Е.М.* Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие для студ. вузов / Е.М. Мастюкова, А.Г. Московкина; под ред. В.И. Селиверстова. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
9. *Петрова В.Г.* Психология умственно отсталых школьников : учеб. пособие для студ. вузов / В.Г. Петрова, И.В. Белякова. – М.: Академия, 2002. – 160 с.
10. *Петровский В.А.* Отчуждение как феномен детско-родительских отношений / А.В. Петровский, М.В. Полевая // Вопр. психологии. – 2001. – № 1. – С. 19–26.
11. *Смирнова Е.О.* Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения / Е.О. Смирнова, М.В. Быкова // Вопр. психологии. – 2000. – № 3. – С. 3–13.
12. *Смирнова Е.О.* Особенности отношения родителей к ребенку с трудностями в общении / Е.О. Смирнова, И.В. Хохлачева // Вопр. психологии. – 2008. – № 4. – С. 24–34.

Л. И. Карпачева, Г. Е. Гун

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ВЕРНЫЙ ВЫБОР

В данной статье авторы попытались раскрыть суть здорового образа жизни, его влияние на организм человека, основные факторы риска и трудности в ведении здорового образа жизни и пути их преодоления.

В последнее время вести здоровый образ жизни становится очень модно. Все большее количество жителей крупных городов стремятся выезжать на природу, покупать свежие продукты на рынках, а не в супермаркетах, заниматься спортом и поменьше времени проводить за компьютером. К сожалению, далеко не каждый имеет возможность следить за своим здоровьем и образом жизни в целом.

Вести здоровый образ жизни – означает дать организму работать сбалансированно, хорошо питаться, высыпаться, двигаться, соблюдать правила личной гигиены, закаляться, любить людей и самого себя, позитивно воспринимать жизнь и отказаться от вредных привычек. Соблюдая здоровый способ жизни, мы будем здоровыми физически, нравственно и психически до самой старости.

Таким образом:

- Поставьте себе за цель вести здоровый образ жизни и придерживайтесь ее.
- Следите за своим здоровьем, будучи молодым; большинство болезней имеют корни с детства.
- Соблюдайте принцип «средней линии».
- Не заставляйте организм полнеть, так ему будет труднее преодолевать преграды на пути.
- Будьте демократичны, избегайте конфликтов и конфронтации, не нервничайте и не будьте раздражительными, проблемы решайте разумно и без суеты, так вы снизите нагрузку на сердечно-сосудистую систему.
- Не обижаетесь на людей, научитесь прощать;
- Ваша семья и близкие друзья – самое ценное и главное в вашей жизни, не забывайте об этом.
- Определите для себя способ зарабатывания денег, чтобы он был любимым для

вас, вызывал материальное и моральное удовлетворение.

- Занимайтесь спортом, физическая нагрузка либо фитнес будут держать ваше тело в тонусе.
- Обеспечьте вентиляцию легким, больше проводите время на воздухе, полезны вечерние прогулки перед сном.
- Проводите отдых активно, в противном случае вы хорошая мишень для множества заболеваний.
- Обеспечьте хороший сон, оптимальное время сна – 7,5–8 часов, отдых восстанавливает силу организма и зачастую лечит куда лучше любых средств.
- Не имейте вредных привычек, самые злостные из которых курение и алкоголь. Не пытайтесь решить жизненные проблемы с помощью алкоголя или наркотиков.
- Найдите себе увлечение, оно поможет вам расслабиться и внесет разнообразие в вашу жизнь.
- Не скучайте и не падайте духом, ни в коем случае не позволяйте упадническому настроению одолевать себя.

С чего начинается здоровье? Здоровье – это следствие правильной жизни. Человек и вся его жизнь – это поток причин и следствий. Причины человеческих поступков – в мыслях. Мир пронизывают тончайшие и мощные энергии, среди которых мысль – одна из наиболее тонких энергий. От неправильных мыслей возникают различные болезни. Ведь мысль создает реакцию, воздействуя на наши эмоции и чувства, и в результате в организме запускается процесс, создающий определенные химические реакции, что и влияет на органы и системы. Причиной болезни может быть дисгармоничная и разрушающая здоровье энергия. Причиной неправильного образа жизни и, как следствие, болезней являются наши неправильные мысли. Если мысли человека были до-

стойны, то он ведет здоровый образ жизни и драгоценным даром его будет крепкое здоровье. «Друзья, держите мысли чистыми, это знаменитое тоническое средство!» – говорит долгожитель-мудрец.

Здоровый образ жизни должен вести к долгожительству. Долгожительство как следствие здорового образа жизни имеет причиной праведную жизнь, сюда входят не только отсутствие вредных привычек и строгая дисциплина к самому себе, но и полезность для общего блага, для людей и любовь к ним. Любовь к ближним, чистота намерений, отсутствие вожделений, ненасилие, сострадание, правильная речь – все это составляющие правильной жизни.

Что важно еще, когда мы говорим о здоровом образе жизни? Это не только отсутствие вредных привычек, как само собой разумеющееся условие, но еще и миролюбивый характер. Отсутствие ссор и бытовых конфликтов способствует здоровью и долголетию. Забота о старших, о родителях, о престарелых, уважение и любовь к ним способствуют долгой жизни. Так, в Японии, где эти качества воспитываются в подрастающем поколении, больше всего долгожителей.

Проблема здоровья детей сегодня стоит настолько остро, что мы вправе поставить вопрос: что для нас важнее – физическое состояние или обучение? Еще известный философ А. Шопенгауэр говорил: «Здоровье до того перевешивает все остальные блага, что здоровый нищий счастливее больного короля». Каждое занятие должно быть приятным для школьника, поэтому при планировании и проведении любого занятия мы должны помнить заповедь здоровьесозидающей педагогики: «Не навреди!».

Итак, целью здоровьесозидающей педагогики является последовательное формирование в учебном процессе образовательного пространства с обязательным использованием всеми нами, педагогами, здоровьесберегающих технологий. В этом случае получение школьниками образования происходит без ущерба для здоровья, отсюда вытекают следующие задачи:

- воспитание грамотности в вопросах здоровья;
- практическое воплощение потребности вести здоровый образ жизни;

– реализация всех позитивных возможностей, которыми располагает каждый из нас.

Огромное значение для поддержания работоспособности обучающихся при формировании культуры здоровья, а следовательно, улучшения освоения знаний и умений, имеют методы преподавания. В работе наших педагогов используются активные методы и приемы. Это мозговой штурм, интеллектуальные игры, групповые обсуждения, диспуты, семинары, обсуждение сообщений, докладов, защита рефератов, исследовательской работы; конференции, викторины, аукцион знаний, брейн-ринги, задания-эстафеты.

Кроме того, в процессе преподавания для формирования культуры здоровья школьников необходимо применять индивидуально-дифференцированный подход. Существование индивидуальных различий между людьми – факт очевидный. Такой подход нацелен в первую очередь на укрепление положительных качеств и устранение недостатков.

Индивидуально-дифференцированный подход к школьникам осуществляется с учетом их возрастных особенностей, а также отклонений в состоянии здоровья (имеется в виду, что к нам в школу приходят обучаться разные школьники с разными группами здоровья).

Педагоги стараются не забывать и о важности гигиенически правильной организации учебно-воспитательной деятельности (освещенность кабинета, воздушно-тепловой режим, проветривание, маркировка мебели и правила посадки школьников), обеспечении отдыха и необходимого объема двигательной активности.

Большое значение для реализации организационно-исполнительской функции преподавателя на занятиях по формированию культуры здоровья имеют средства обучения. Они помогают поддерживать на высоком уровне познавательные интересы учащихся, делают учебный материал более доступным, интенсифицируют самостоятельную работу школьников и позволяют ее вести в индивидуальном темпе. С позиции здоровьесозидающего подхода в обучении важным является то обстоятельство, что при использовании

современных средств у школьников повышается уровень функционирования центральной нервной системы, зрительного и слухового анализаторов, улучшается регуляция основных систем, непосредственно обеспечивающих учебную деятельность.

Заключительным этапом педагогического процесса является контроль знаний обучающихся. В своей практике педагоги применяют и текущий, и периодический, и итоговый контроль, при этом используют различные методы проверки знаний: наблюдение, устный и письменный контроль, тесты, практические, семинарские работы. При оценке знаний, навыков, умений, особого внимания заслуживают меры по воспитанию психологического комфорта. Школьник должен уяснить причины своего состояния и поверить, что его тревожность вполне обратима, поэтому педагоги учат ребят переводить отрицательные эмоции в положительные, не поддаваться страху, преодолевать его.

Вовремя сказанные слова одобрения, справедливая, хотя и строгая, оценка успехов школьников, уважительное отношение к ним формируют благоприятный психологический климат на занятиях, создают положительный эмоциональный фон, который способствует лучшему усвоению знаний учащихся и формированию культуры здоровья.

Применение здоровьесберегающих технологий позволяет создавать на занятиях атмосферу доверия и взаимопонимания, дает возможность для развития личности школьника и, в конечном счете, снижает риск возникновения стрессов, которые отрицательно влияют не только на психологическое, но и физическое здоровье. Задача школы – привить детям навыки здорового и безопасного образа жизни.

Здоровый образ жизни – это образ жизни, который направлен на профилактику заболеваний и укрепление организма человека с помощью простых составляющих – правильного питания, занятий спортом, отказа от вредных привычек и спокойной, не вызывающей нервных потрясений атмосферы.

Задумываться о здоровом образе жизни человека заставляют изменения в окружающей среде, работа, которая вызывает стрессы, новости, которые постоянно вещают о

плохой политической ситуации и военных действиях в разных странах. Все это ухудшает состояние здоровья. Но все это можно решить, если вспомнить о таких моментах, как:

- воспитывать привычку вести здоровый образ жизни необходимо с раннего детства;
- знать о том, что окружающая среда не всегда приносит организму человека пользу;
- помнить о том, что сигареты, алкоголь и наркотики наносят непоправимый ущерб здоровью человека;
- правильное питание улучшает состояние здоровья, уменьшает риск заболеваний сердечно-сосудистой системы, улучшает состояние кожи, волос и ногтей, а также способствует лучшему пищеварению;
- занятия спортом дают возможность чувствовать себя бодрым на протяжении всей жизни;
- важны эмоциональное, психологическое и духовное самочувствие.

Рассмотрим, каким образом каждый элемент здорового образа жизни влияет на человека и что необходимо делать для этого.

Человек, который ведет здоровый образ жизни, выделяется в толпе. Но почему каждый человек не может постоянно заниматься улучшением своего самочувствия? Все связано с людьми, которые окружают человека. Например, если в семье не любят заниматься спортом, то ребенок будет отказываться от бега или зарядки по утрам. Если вся нация любит питаться в кафе быстрого питания, которые расположены на каждом углу, то и один человек не будет противостоять этому. Такая ситуация складывается в Америке, когда людей, проживающих в стране, стали называть «нацией фастфудов». А что будет, если беременные женщины перестанут следить за своим здоровьем? Такая ситуация может привести к рождению целого поколения нездоровых малышей. Кроме того, стоит помнить о генетической наследственности. Ученые Маастрихтского университета (Нидерланды) доказали, что вредные привычки по отцовской линии передаются не только детям, но и внукам и правнукам. Это означает, что в семье будет расти поколение людей с вредными привычками и, следовательно, плохим состоянием здоровья.

Ко всему этому добавляется малоопытная работа в офисе, которая к определенному возрасту дает о себе знать в виде ожирения, нарушения опорно-двигательного аппарата и других болезней. Стрессы, которыми сопровождается рабочий день, приводят к нарушению работы нервной и сердечно-сосудистой системы.

С этими факторами можно бороться самостоятельно, если найти место в своей жизни для ведения здорового образа жизни. Но есть моменты, на которые человек не может влиять, а они оказывают негативное воздействие на организм человека. К таким моментам можно отнести экологическое состояние окружающей среды. Загрязненные водоемы, выхлопные газы, повышенный радиационный фон и многое другое укорачивают жизнь человека на десятки лет.

Только человек способен изменить это или хотя бы снизить воздействия негативных факторов окружающей среды на свой организм. Для этого достаточно вести здоровый образ жизни.

Здоровый образ жизни – это активное движение. Многих людей к занятиям спортом двигает сидячий образ жизни. Если при подъеме по лестнице начинает появляться одышка, значит, пора заняться спортом. Спорт позволяет улучшить состояние организма, как внутри, так и снаружи. Активный образ жизни улучшает кровообращение, укрепляет сердечно-сосудистую систему, улучшает обмен веществ, укрепляет иммунную систему, позволяет сбросить лишние килограммы и многое другое.

Заняться спортом очень легко. В первую очередь, можно обратиться в фитнес-центры, записаться на занятия гимнастикой или танцами. Все это позволит укрепить организм и заниматься под присмотром тренеров, которые знают, какие нагрузки давать конкретному человеку. Конечно, этот вариант может подойти не всем, так как требует определенных материальных затрат. Второй вариант подойдет людям, которые ограничены с финансовой стороны.

Сегодня есть много спортивных площадок, которые позволяют заниматься спортом, достаточно определиться с его видом. Бег – самый популярный вид спорта. Лучше всего использовать разминочный или бег трусцой.

Этот вид спорта позволяет укрепить организм, особенно игры ног и ягодицы, снять напряжение после трудового дня, сделать дыхание ровным и улучшить кровообращение. За один час занятий можно потратить 800–1000 калорий.

Езда на велосипеде – прекрасная возможность улучшить самочувствие. Помогает улучшить кровообращение и обмен веществ, укрепить мышцы ног. Один час занятий позволяет потратить 300–600 калорий.

В каждой семье есть простой спортивный инвентарь – скакалка. Прыжки через скакалку могут заменить бег трусцой, особенно если за окном дождь. Чтобы укрепить свой организм, достаточно каждый день уделять 5 минут своего времени для прыжков через скакалку.

Снежной зимой катание на лыжах улучшает кровообращение и делает все мышцы упругими. Летом катание на лыжах заменяют плаванием, которое имеет такое же воздействие на организм.

Не стоит забывать о таких спортивных играх, как волейбол, баскетбол, теннис, футбол. В этом случае к активным занятиям спортом можно привлечь всю семью или друзей. В этом случае будет не только полезно, но и весело.

Здоровый образ жизни – это правильное питание, которое совмещается с занятиями спортом. Многие думают, что полезная и здоровая пища не вкусная. Но сегодня пищевая промышленность позволяет сделать любое блюдо вкусным. Поэтому если хочешь жить долго и выглядеть молодо, начинай питаться правильно.

Чтобы сделать питание здоровым, необходимо, прежде всего, забыть о еде с усилителями вкуса, ароматизаторами и консервантами, а главное – забыть дорогу в кафе быстрого питания. Именно они превращают еду в яд для человеческого организма. Они не дают организму необходимые витамины, минералы и другие вещества, которые помогают работать всем органам как один слаженный механизм.

Многие думают, что здоровое питание – это употребление только овощей и фруктов. Но это совсем не так. Овощи и фрукты тоже могут нанести вред организму. Сейчас во время выращивания овощей и фруктов ис-

пользуют химические вещества, которые потом попадают в организм человека, отравляя его. Чтобы не отравиться и не навредить себе, стоит запомнить одно правило: употреблять фрукты и овощи по сезону. Если помидоры и огурцы в нашей стране поспевают в июне – августе, то и есть мы должны их в этот период, а не зимой.

Здоровый образ жизни – это «стоп вредным привычкам». Нельзя вести здоровый образ жизни и при этом курить, употреблять алкоголь или наркотики. Все это перечеркивает старания сделать организм крепким и продлить годы жизни. Здоровый образ жизни и вредные привычки – это антонимы в жизни человека. Они не могут вместе ужиться и пересекаться в человеческой жизни.

Список литературы

1. *Алексеев С.В.* Теория и методика эколого-педагогической подготовки учителя в системе постдипломного образования: монография / С.В. Алексеев, М.Г. Колесникова. – СПб.: Спец Лит, 2011.
2. *Гун Г.Е.* Здоровье школьников в современном образовательном процессе: учеб.-метод. пособие / Г.Е. Гун, О.В. Ковальчук, Б.М. Шаваринский; отв. ред. Г.Е. Гун. – СПб.: ЛОИРО, 2011. – 508 с.
3. *Гун Г.Е.* Модели здоровьесберегающей деятельности в образовательной организации: методические рекомендации / методические рекомендации / Г.Е. Гун, Б.М. Шаваринский, И.В. Зотов. – СПб., 2015. – 203 с.
4. *Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения: методические рекомендации / под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина.* – М., 2002.
5. *Корпоративная модель здоровьесбережения в образовательной организации: сб. науч. ст. / отв. ред. Г.Е. Гун.* – СПб.: ЛОИРО, 2017. – 171 с.

А. И. Смирнова

ШКОЛА-ИНТЕРНАТ «КРАСНЫЕ ЗОРИ» – ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ

В данной статье описан опыт работы школы-интернат и некоторые формы работы, позволившие стать школе победителями как регионального, так и Всероссийского конкурса «Школа – территория здоровья в 2018 году».

Здоровье человека – самая главная ценность. Именно здоровье может обеспечить долгую творческую жизнь и благополучие, поэтому привитие навыков здорового образа жизни должно начинаться с самого раннего детства.

Семья, детский сад и школа в настоящее время должны быть главными трансляторами культуры здоровья, здоровьесберегающего поведения и мышления.

ГКОУ ЛО «Школа-интернат "Красные Зори"» – это единственное образовательное учреждение Ленинградской области, в котором воспитываются и обучаются дети с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Ведущей деятельностью образовательного учреждения является создание условий для сохранения физического, психического и социального здоровья всех участников образовательного процесса. Под качеством жизни участники образовательного процесса понимают совокупность показателей, включающих в себя уровень потребления материальных благ и услуг, степень удовлетворения духовных потребностей, динамику укрепления здоровья, улучшения условий среды, создания благоприятного морально-психологического климата, душевного комфорта, личностного развития. Здоровье рассматривается с позиции трех составляющих: физи-

ческое, психологическое и социальное здоровье.

Целью организации здоровьесберегающей деятельности является повышение качества жизни участников образовательного процесса (физического, социального и психологического здоровья).

Достижение цели возможно через выполнение следующих задач:

- организовать в образовательной организации здоровьесберегающую деятельность через использование проектной технологии;

- повысить уровень вовлеченности и активности родителей (законных представителей) в процессе здоровьесберегающей деятельности;

- повысить мотивацию участников образовательных отношений к улучшению здоровья психического, физического и социального.

В 2018 году школа-интернат приняла участие во Всероссийском конкурсе «Школа – территория здоровья» и стала победителем регионального и всероссийского этапов. Участие в конкурсе предшествовали разработка и реализация общешкольных проектов, направленных на корректировку негармоничных стилей воспитания в семьях, воспитывающих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата; создание комфортных психологических и материально-технических условий обучения и проживания воспитанников, формирование устойчивой положительной мотивации воспитанников к личной физической культуре и здоровому образу жизни; сохранение и предупреждение вторичных заболеваний.

Одним из главных проектов образовательного учреждения являлся проект «Семья и школа под солнцем». В ходе разработки и реализации плана действий педагогические работники серьезно изучали современные подходы к рассмотрению детско-родительских отношений. Было выяснено, что пути социализации и включенности во взрослую жизнь обычных детей и ребенка с ограниченными возможностями здоровья, имеющего недостатки физического и психического характера, существенно различаются.

Такому «другому» ребенку необходимо не только освоить общеобразовательную программу, но, в первую очередь, пройти реабилитацию и абилитацию личных жиз-

ненных компетенций, включающих в себя ориентировку в пространстве, самообслуживание и социально-бытовую ориентацию.

Для развития жизненных компетенций и личности детей с особыми образовательными потребностями необходима консолидация усилий различных социальных институтов. Среди них ведущее место занимает институт семьи. Именно в семье происходит первичная социализация ребенка, развитие его характера и интеллекта, формирование его идентичности [2].

Феномен воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья в семье является одним из важнейших, а нередко единственным ресурсом становления их личности, социализации и самореализации [1].

Особое место в процессе воспитания занимают дети с проблемами опорно-двигательного аппарата (НОДА). Семьи, воспитывающие детей с физическими нарушениями, оказываются в трудной жизненной ситуации. Родители испытывают сильный психоэмоциональный стресс, обусловленный рождением у них ребенка с нарушениями развития, что нередко приводит к аномальным стилям воспитания (гипо/гиперопека, потворствование, отвержение и т.д.). Это вызывает длительные депрессивные переживания, которые глубоко травмируют психику всех членов семьи.

Пересмотр семейных ролей, финансовые проблемы часто приводят к личному кризису у родителей вплоть до распада отношений [3]. Ребенок, оказавшийся в эпицентре событий, переживает негативные эмоции, при которых его психофизическое состояние может значительно ухудшаться.

Практический опыт показывает, что дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, проживающие в школе-интернате на 5-дневной рабочей неделе, находясь в депривации от семьи, особо остро нуждаются в эмоциональной, психологической поддержке. Достаточно часто родители ребенка и педагогические работники образовательных организаций по-разному видят процесс воспитания и не объединяют свои усилия. Взаимодействие между семьями воспитанников и школой не всегда осуществляется гармонично и регулярно, несмотря на значительные усилия специалистов.

Однако нахождение единых стилей воспитания семьи и школы, корректировка негармоничных взаимоотношений «родитель – ребенок» необходимы и возможны. Для этого требуется активное участие членов семьи ребенка в коррекционно-развивающем процессе образовательного учреждения.

С целью определения особенностей стилей воспитания в семьях, имеющих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и нахождения эффективных направлений медико-психолого-педагогического сопровождения ребенка в школе-интернате, ведущего к гармонизации детско-родительского взаимодействия на базе государственного казенного общеобразовательного учреждения «Школа-интернат, реализующая адаптированные образовательные программы, "Красные Зори"», было проведено обследование 73 семей. Также было обследовано 60 семей, имеющих здоровых детей, обучающихся муниципального общеобразовательного учреждения «Кипенская общеобразовательная школа» Ломоносовского района Ленинградской области.

Для определения типа воспитания нами использовался опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) в двух его вариантах – детский и подростковый. Методика позволила выявить параметры нарушения процесса воспитания в семье, такие как: уровень протекции (гиперпротекция и гипопротекция), степень удовлетворения потребностей ребенка (потворствование или игнорирование потребностей), количество и качество требований к ребенку, неустойчивость стиля воспитания.

Также использовался опросник для родителей «Уровень взаимоотношений в семье». Данная методика разработана А.М. Алексеевой на основе опросника социализации для школьников «Моя семья». Структура опросника представлена 8 составляющими:

1. Строгость (гибкость) воспитательных установок.
2. Воспитание самостоятельности, инициативы.
3. Преобладающее влияние матери, отца или других родственников в процессе воспитания.
4. Отношение к педагогам, процессу обучения.

5. Жёсткость (гибкость) методов воспитания.

6. Взаимоотношения в семье: холодные, формальные или дружеские.

7. Взаимопомощь в семье, наличие или отсутствие общих дел.

8. Общность интересов.

Сравнительный анализ показателей взаимоотношений в семьях с детьми с НОДА и с детьми контрольной группы выявил достоверные различия по нескольким характеристикам. В семьях детей с НОДА достоверно преобладало влияние матери на процесс воспитания по сравнению с семьями здоровых детей, проявлялась большая лояльность и забота к ребенку. В этих семьях также отмечалось повышенное внимание к потребностям и интересам ребенка. В то же время отмечалось меньшее взаимодействие между родителями по сравнению с обычными семьями.

При изучении стилей воспитания в семьях детей с НОДА выявлен стиль воспитания потворствующая гиперпротекция, что было ожидаемо, так как больным детям уделяется много внимания, сил и родители максимально удовлетворяют их потребности.

При сравнительном анализе параметров и стилей воспитания больных и здоровых детей выявились следующие тенденции: гиперпротекция как параметр и стиль воспитания достоверно выше в семьях детей с проблемами опорно-двигательного аппарата. Кроме того, значимые различия выявились по шкале «потворствование». Этот тип детско-родительских отношений в семьях с проблемами опорно-двигательного аппарата встречался значительно чаще, чем в семьях со здоровыми детьми. Также в семьях с проблемами опорно-двигательного аппарата достоверно ниже был такой параметр, как гипопротекция, и отмечен высокий показатель по шкале «недостаточность требований-запретов».

С целью коррекции негармоничных стилей воспитания была разработана программа «Семья и школа под солнцем». Программа включала в себя конкретные мероприятия в рамках деятельности родительского клуба, массовых общешкольных дел и собственно коррекционно-развивающих занятий. В реализации программы вместе с детьми и их родителями принимали участие сотрудники,

администрация школы-интерната, классные руководители, педагоги-психологи, медицинские работники, воспитатели.

В рамках массовых общешкольных мероприятий использовалась методика коллективных творческих дел (И.П. Иванова). Применялся метод проектов, и проводились социально значимые акции.

В школе-интернате были проведены туристический поход, мастер-классы родителей для школьников, соревнования между командами педагогов / родителей / детей по бадминтону, волейболу, футболу; организована театральная постановка, посадка деревьев на территории школы.

Комплексное психолого-педагогическое сопровождение проводилось на основании результатов психодиагностики и с учетом

мнения службы ПМПк и службы сопровождения, включало в себя занятия как в индивидуальной форме (консультации специалистов), так и групповой – «Родительский клуб».

С целью определения динамики в детско-родительских отношениях в семьях было проведено заключительное контрольное обследование.

Достоверно выявлено, что гиперпротекция и потворствование в семьях детей с НОДА снизились. Также возросли требования к ребенку, у детей появилось больше обязанностей, повысилась воспитательная уверенность родителей. Стиль воспитания стал более устойчивым и последовательным.

Список литературы

1. Санникова А.И. Характеристика современной семьи как среды развития ребенка с особыми образовательными потребностями: электрон. учеб. пособие / А.И. Санникова, О.Н. Тверская. – Пермь, 2011. 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
2. Селевко Г.К. Энциклопедия образовательных технологий : в 2 т. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.klex.ru/mnw> (дата обращения 20.11.2018).
3. Шац И.К. Больной ребенок и его семья: формы и возможности психологической помощи: учеб. пособие. – СПб.: Спец. Лит, 2016. – 303 с.
4. Шац И.К. Психологическая поддержка тяжелобольного ребенка. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
5. Шац И.К., Коваленко В.В. Социально-психологические детерминанты негармоничного воспитания в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник ЛГУ имени А.С. Пушкина. – 2014. – № 3. – Т. 3. Педагогика. – С. 93–102.
6. Шац И.К., Коваленко В.В. Эмоциональные детерминанты негармоничного воспитания в семьях детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник ЛГУ имени А.С. Пушкина. – СПб., 2015. – Т. 3. Педагогика. – № 3. – С. 15–26.

Г. Г. Голубева

К ВОПРОСУ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С РЕЧЕВЫМ ДЕФЕКТОМ

В статье описываются основные проявления заикания в зависимости от степени фиксированности обучающихся на речевом дефекте. Раскрывается сущность метода использования зрительно-моторного контроля за речью при коррекции заикания у детей и подростков.

В современном обществе понимание здоровья человека многоаспектно, оно рассматривается как целостное структурное образование, включающее в себя различные компоненты. В трудах отечественных уче-

ных подчеркивается, что здоровье является динамичным образованием, которое тесно связано не только с биологическими, но и с социальными факторами. Проблема взаимоотношений личности заикающегося и рече-

вого дефекта рассматривалась в работах М.И. Буянова (1989), В.А. Калягина (2006), В.С. Кочергиной (1958) и других авторов. Сложность и вариативность этих отношений по-разному отражаются на психическом здоровье заикающегося и, в ряде случаев, требует неотложных мер со стороны многих специалистов. В связи с этим проблема преодоления заикания является актуальной и значимой не только в социальном аспекте, но и в аспекте сохранения психического здоровья людей, страдающих данным речевым расстройством.

Заикание относится к нарушениям темпо-ритмической организации высказывания, а структура речевого дефекта характеризуется наличием как физиологических, так и психологических симптомов. К последним относят логофобии, сопутствующие произвольные движения (моторные уловки), речевые уловки (эмболы), доминирующие мысли о речевом нарушении, которые в ряде случаев приводят к значительным изменениям в структуре личности заикающегося.

Выделенные В.И. Селиверстовым (1989) степени фиксированности на речевом дефекте отображают взаимосвязь биологических и социальных факторов здоровья, влияние первичного дефекта на проявления вторичного и наоборот. Так, при нулевой степени фиксированности на дефекте заикающиеся не испытывают ущемления от сознания неполноценности своей речи, и ее недостатки ими не замечаются. Они легко вступают в общение с людьми, как со знакомыми, так и незнакомыми. Заикающиеся с умеренной степенью фиксированности на переживаниях по поводу имеющегося у них речевого дефекта стараются маскировать его с помощью уловок, тем самым меняя манеру речевого общения; осознание речевого недостатка приводит к возникновению чувства собственной неполноценности. Выраженная степень болезненной фиксации заикающегося на своем дефекте проявляется в еще более глубоких переживаниях своего речевого дефекта, неудачи в любом виде деятельности связываются с наличием заикания. Характерными особенностями заикающихся с выраженной степенью болезненной фиксации являются мнительность, навязчивые мысли, логофобии.

Людей, страдающих заиканием, в процентном отношении к населению страны не очень много. Так, среди юношей и девушек выпускных классов школ, по нашим наблюдениям, лишь около 1,5–2%. Однако в абсолютных числах по стране это сотни тысяч людей, для которых данное речевое расстройство нередко является причиной тяжелых переживаний, нарушений жизненных планов. Многие заикающиеся долгое время посещают занятия логопеда, но и после успешного преодоления заикания бывают случаи рецидивов, в основе которых может лежать недостаточная уверенность в способности говорить без запинок в усложненной обстановке (определенная ситуация, речевой материал), а также непрочность навыков, полученных на логопедических занятиях.

Мы хотели бы остановиться на одном из примеров, позволяющих относительно быстро устранить заикание. В случае, когда данное расстройство речи является функциональным, преодоление заикания проходит, как правило, успешно. Сущность метода состоит в том, что заикание всегда можно преодолеть, если во время речи контролировать движения артикуляторных органов (в частности, губ) с помощью зеркала. В нашей практике не было ни одного примера, когда бы пациент, применяя данный метод, не мог бы произнести любые самые трудные для него слова, фразы. Мы обычно проводили пять-шесть десятиминутных тренировок с проговариванием набора слов, начинающихся с нескольких согласных и сложных фраз. Например, «стройка», «произведение», «третирование», «Клара украла у Карла кораллы, Карл у Клары украл кларнет» и т.д. Во время тренировок пациент обязательно использовал зрительный контроль за движением органов артикуляции. Данный прием позволяет заикающемуся убедиться в своей способности говорить без запинок, способствует появлению соответствующего чувства уверенности в свободном общении. Так, в одном из случаев обучающемуся данный прием был предложен непосредственно перед госэкзаменом, и он сумел относительно спокойно и без проявлений заикания изложить материал по своему вопросу, хотя ранее в существенной мере страдал от данного расстройства речи.

Психофизиологическое объяснение данного феномена заключается, надо полагать, в общности механизмов заикания в условиях воздействия психогенных стресс-факторов с состоянием эмоциональной напряженности, в переключении внимания от состояния спазма, эмоций страха на зрительно-моторную координацию движения. Это приводит, по-видимому, к погашению или ослаблению очага возбуждения в коре головного мозга, стимулирующего временный спазм мышц, участвующих в процессе речеобразования. В дальнейшем этому способствует также все возрастающее у пациента чувство уверенности в способности нормально говорить. Имея в виду, что заикание связано с непроизвольным напряжением дыхательной, голосовой и артикуляторной мускулатуры, эффективность метода существенно повышается благодаря работе по формированию прочных навыков мышечной релаксации (в частности, произвольного расслабления мышц шеи, лица, артикуляторных органов) и выработке координации между

дыхательной, голосовой, артикуляторной функциями. В начале работы рекомендуется произносить слова тихим, мягким голосом, а в некоторых случаях применять так называемые «связки» между трудно воспроизводимыми словами в виде гласных звуков, произносимых мысленно или беззвучным артикулированием, с тем, чтобы смысл речи не был искажен.

К настоящему времени данный прием апробирован на большом количестве заикающихся, которые успешно применили его в коррекции собственной речи, и во всех случаях, пользуясь зеркалом, наши пациенты могли произносить любые трудные слова и фразы уже с первого предъявления. Таким образом, метод использования зрительно-моторного контроля за речью может органично дополнить традиционный комплекс методов преодоления заикания, и есть все основания для продолжения исследовательской работы по данному направлению, как в теоретическом, так и практическом аспектах.

Список литературы

1. Буянов М.И. Заикание у подростков: кн. для логопеда / Е.В. Богданова, М.И. Буянов, Т.В. Калошина и др.; сост. М.И. Буянов. – М.: Просвещение, 1989. – 175 с.
2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – М.: Академия, 2006. – 320 с.
3. Кочергина В.С. Некоторые клинические особенности заикающихся детей дошкольного возраста // Журнал невропатологии и психиатрии. – М., 1958. – Вып. 7. – С. 278–282.
4. Селиверстов В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия: учеб. пособие для студ. высш. и средн. пед. учеб. заведений. – 4-е изд., доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.

В. В. Поздняк

ВЛИЯНИЕ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА

В статье рассматривается влияние цифровых технологий на развитие и психическое здоровье детей и подростков. Приведены данные исследований об особенностях речевого развития, моторики, социального взаимодействия, эмоционального состояния современных детей и подростков.

За свое развитие человечество пережило ряд информационных революций. А.И. Ракитов пишет о пяти информационных революциях [6]. Первая революция заключалась в

появлении и распространении устной речи. Следующая неразрывно связана с возникновением письма. Как результат второй революции возникает третья, связанная с книго-

издательством и массовым распространением книг, что сделало любую информацию, а также научные знания доступными для массового потребления. Четвертая информационная революция состояла в применении основанных на электричестве аппаратов и приборов (телеграфа, телефона, телевидения), что способствовало не только массовому, но и высокоскоростному распространению всех видов информации и знаний. Пятая революция включает в себя создание сверхскоростных вычислительных устройств – компьютеров; создание, постоянное наполнение и расширение гигантских автоматизированных баз данных и знаний; создание и быстрый рост трансконтинентальных коммуникационных сетей. В.А. Плешаков подчеркивает значимость влияния нескольких информационных революций на развитие общества:

Первая информационная революция, связанная с изобретением и развитием письменности (ок. 3500 лет до н.э.), обеспечила качественно новые возможности к накоплению и распространению знаний.

Вторая информационная революция (середина XVI в.), в результате которой было изобретено книгопечатание, обеспечила новую скорость распространения знания.

Третья информационная революция (конец XIX в.) вызвана изобретением электричества. Начали активно использоваться новые средства связи – телефон, телеграф, радио, – позволившие осуществлять коммуникационные процессы между людьми на больших расстояниях [4]. В.А. Плешаков отмечает, что указанные процессы положили начало эпохе киберкоммуникации.

Четвертая информационная (ее называют также собственно информационно-технологической) революция произошла уже в середине XX века, связана с появлением микропроцессорной техники, компьютеров и дальнейшим развитием электронных, компьютерных, цифровых и интернет-технологий, с помощью которых стало возможным накопление, хранение и передача информации практически в любом объеме.

Обращает на себя внимание увеличение скорости изменений: раньше на появление новых технологий уходило несколько поколений. За последние 30 лет мы перешли в эру

цифровых технологий, а это значит, что информация доступна, мы и наши дети находимся в постоянном информационном потоке.

Изменился и способ получения информации, теперь от активного и сознательного ее поиска, инициации контактов отмечается переход к пассивному потреблению информации, или, как теперь говорят, «контента». Современные люди все время находятся на связи, телефон – это неограниченные возможности в поиске и предоставлении информации. С телефоном человек просыпается и ложится, зачастую наши дети первое, что видят после пробуждения, это экран смартфона, а засыпая, именно смартфон – это последнее, с чем прощается ребенок.

В Великобритании и США проводилось масштабное исследование использования смартфонов населением: 81% пользователей отметили, что они берут телефон в руки, даже когда он не звонил и не было уведомлений о доставке сообщений: это происходит неосознанно, когда стоят в очереди в супермаркете, останавливаются на светофоре, попадают в пробку, находятся в общественном транспорте, обедают и т. д. Люди используют телефоны даже в ситуациях, когда заняты другой деятельностью: на уроках, деловых встречах, в театре. Среди активных пользователей достаточно большое количество берут с собой телефоны в душ, уборную. 70% американцев утверждают, что не могут заснуть, если рядом нет смартфона [9].

Телефон становится постоянной и безотказной игрушкой для ребенка. Родители дают ребенку телефон в разных ситуациях: когда он плачет, когда необходимо, чтобы он сидел тихо и спокойно (поликлиника, очередь), когда необходимо его накормить, уложить спать. По нашим данным средний возраст первого появления телефона в руках у ребенка 1,5 года. Это период, когда речь только формируется, развиваются навыки общения, социального взаимодействия.

По данным исследования, в котором приняли участие 130 семей с маленькими детьми, было установлено, что малолетние пользователи электронных игрушек быстро становятся самодостаточными, у них в сравнении с остальными сверстниками менее выражены нормативные потребности в контактах с родителями и другими детьми [2].

Таким образом, наблюдается изменение в формировании коммуникативной составляющей речи, для общения становится не нужен язык как средство перекодирования информации из образов, интуитивно понятных символов в слова, понятные окружающим, так как есть устройство, с которым не надо разговаривать, оно всегда под рукой, оно всегда понимает и не требует усилий ни речедвигательного центра Брокка, ни центра понимания речи Верникке.

Возможно, именно этот фактор и приводит к неизменному росту темповых задержек речи. По нашим данным за последние 10 лет темповые задержки диагностируются в 3 раза чаще [5]. К симптомам темповой задержки речи относят следующие проявления: ребенок не произносит отдельные слоги к 10 месяцам, не использует жесты к 18 месяцам (не показывает на предметы указательным пальцем), к двум годам знает менее 50 слов, не составляет комбинации из двух слов, не понимает слова или просьбы, пока родитель не использует жесты для разъяснения своих слов к 12 месяцам.

Также отмечается увеличение числа языковых расстройств с экспрессивным компонентом, трудности в построении предложения, дети долго думают перед тем, как сказать что-либо, их предложения могут быть простыми или с нарушенным порядком слов; трудности в подборе подходящих слов в разговоре, использование «слов-паразитов» («мм», «ээ», «и т.д.»); более ограниченный словарный запас, чем у типично развивающихся сверстников; эхолалия (повторение одного и того же слова, фразы, всего или части заданного им вопроса); нарушенная грамматическая структура предложений, неправильное использование временных конструкций и т.д. Данные расстройства можно рассматривать в широком синдроме нарушений общения, рост этих нарушений обусловлен, в том числе, влиянием гаджетов.

В Калифорнии в 2014 году провели эксперимент, показывающий влияние смартфонов на общение детей. Сформировали две группы детей, в одну группу было включено 54 ребёнка, во вторую – 51. Первой группе раздали телефоны и попросили пользоваться постоянно в течение 5 дней. Вторая группа в течение 5 дней проводила время в детском лагере на свежем воздухе, без телефонов.

После окончания эксперимента учёные сделали следующие выводы: дети, которые провели всё время с мобильными устройствами, намного хуже проявляли свои эмоции, иногда даже не понимали, что чувствует собеседник. Способность правильно определять эмоции людей была значительно выше у детей, которые провели 5 дней в лагере. Общение вживую, без мобильных устройств, посредством жестов и мимики, языкового общения и эмоций улучшало навыки коммуникации.

Британская ассоциация учителей и преподавателей отмечает, что использование планшетов и смартфонов в дошкольном возрасте приводит к нарушениям у детей моторных способностей [3]. Мелкая моторика влияет на развитие познавательных способностей, является основой для формирования графомоторного навыка у ребенка, как следствие – нарушение мелкой моторики может приводить к специфическим расстройствам школьных навыков.

По данным некоторых исследователей использование цифровых технологий приводит к трансформации процесса поиска и усвоения информации. В исследовании Betsy Spagow показано, что человек гораздо хуже запоминает те или иные сведения, когда знает, что они хранятся на компьютере [8]. При этом испытуемые гораздо лучше помнят путь к информации, чем ее содержание. Alain Dagher, также говоря о подобном факте, объясняет это тем, что человек не запоминает информацию, которая легко доступна в любой момент времени, и это своеобразный способ сэкономить энергию [1].

Подобные изменения можно наблюдать и в подростковом возрасте. Прежде всего, меняются способы общения и социального взаимодействия. Традиционно считается, что для подросткового возраста характерна реакция группирования, т.е. подростки склонны собираться в группы, близкие по интересам, встречаться вместе, чувствовать себя взрослыми и самостоятельными. Современные подростки не стремятся покидать дом для общения, для этого теперь достаточно социальных сетей. С 2000 по 2015 год количество подростков, которые каждый день встречаются с друзьями, сократилось более чем на 40%. С одной стороны, это положительное влияние, так как они менее подвержены

опасностям, меньше употребляют алкогольные напитки и наркотики, менее склонны к рискованному поведению. Но, с другой стороны, отмечается и негативное влияние: современные подростки более уязвимы в психологическом плане. По результатам масштабного исследования, проведенного Национальным институтом по наркотической зависимости Monitoring the Future: дети, которые проводят время со смартфоном, менее счастливы, чем те, кто не смотрит в экран. Восьмиклассники, которые проводили в Интернете десять часов в неделю, на 56% несчастнее, чем те, кто этого не делал. И наоборот: те, кто проводил в среднем больше времени, лично встречаясь с друзьями, на 20% счастливее. У восьмиклассников, которые много времени проводят в соцсетях, риск депрессии повышается на 27%.

Считается, что норма сна для подростка 9 часов. Смартфоны негативно влияют на сон подростков – многие из них спят менее 7 часов. Только за 2012–2015 гг. количество детей, спящих меньше 7 часов, повысилось на 22%. Спят меньше те подростки, кто просматривает ленту перед сном. Британские учёные из Королевского колледжа в Лондоне провели многоуровневое исследование, состоящее из 20 этапов, в которых приняли участие в общей сложности 125 тысяч детей в возрасте от 6 до 19 лет. Было установлено, что при использовании гаджетов перед сном дети и подростки вдвое чаще страдают от расстройства сна в сравнении с контрольной группой. По мнению исследователей, даже само наличие смартфона в комнате может негативно сказываться на качестве сна ребёнка, так как дети и подростки намного чаще взрослых ждут сообщений в различных мессенджерах и социальных сетях и готовы ответить на поступающие сообщения в любое время суток [7].

В психопатологии также появляются новые синдромы, связанные с новыми технологиями [7]. *Номофобия* (от англ. по mobile phone phobia) – новый вид фобии – страх остаться без мобильного телефона даже на несколько минут (боязнь забыть свой телефон дома или на работе, выраженный страх перед разряжающейся батареей и др.). *Синдром фантомного звонка* – состояние, при котором человеку ошибочно кажется, что его

телефон звонит или вибрирует в кармане. Синдром фантомного звонка характерен для тех, кто постоянно по много часов в день использует смартфон. *Киберхондрия* – новая разновидность ипохондрического синдрома, при котором люди начинают искать и находить у себя различные заболевания по Интернету, убеждаясь в том, что они серьёзно или вообще неизлечимо больны. Другой стороной киберхондрии является самолечение, которое по обнаруженным у себя симптомам активный пользователь сети начинает находить на интернет-ресурсах. Зависимость от социальных сетей особенно типична для подростков и молодёжи, это зависимость от необходимости находиться на связи с друзьями в социальной сети.

Facebook-депрессия – депрессия, возникающая от контактов в социальной сети или, напротив, от их отсутствия. В исследовании, проведенном в 2014 г. [10], было доказано, что чем больше времени молодые люди проводили в Facebook, тем хуже было их настроение и отношение к своей жизни. При сравнении себя с окружающими у них создаётся впечатление, что у друзей жизнь лучше, ярче и насыщеннее.

«Эффект поисковой строки» – этот синдром наиболее типичен для школьников и студентов и заключается в отсутствии мотивации к запоминанию информации, так как её в любой момент времени можно найти в Интернете за несколько секунд.

Постоянное выкладывание селфи («селфизм»), непрерывное повествование в социальных сетях о своих мимолетных мыслях, текущих планах, местонахождении (любому подростку известен термин «чекиниться» – от англ. check in, что означает «отметиться») зачастую создаёт абсолютное центрирование на себе и дистанцирует человека от отношений с близкими в реальной жизни.

Невозможно остановить влияние прогресса, встать на пути эволюции. Мир избрал путь информации, ее количество растет, ее получение становится более легким и доступным. Задача родителей, педагогов и врачей – сделать эти изменения менее травматичными для детей, разумно относиться к новым технологиям и обучать детей осторожному использованию их новых возможностей.

Список литературы

1. *Сивителла Анабель Коссетт*. Интернет и хитросплетения человеческой памяти [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://inosmi.ru/world/20131023/214138040.html>
2. *Белоусова М.В., Карнов А.М., Уткузова М.А.* Влияние гаджетов на развитие коммуникации, социализации и речи у детей раннего и дошкольного возраста // Практическая медицина. – 2014. – № 9 (14).
3. *Лосевич Д.* Юные безграмотные [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sovet-8.ru/en/education/207-junye-bezgramotnye>
4. *Плешиаков В.А.* Теория киберсоциализации человека : моногр. – М.: МПГУ, «Homo Cyberus», 2011.
5. *Поздняк В.В.* Применение методов сенсорно-интегративной коррекции в комплексной терапии речевых расстройств // Личность. Общество. Образование. Непрерывное образование как фактор развития личности в современном обществе : сб. ст. XXI Междунар. науч.-практ. конференции. – СПб.: ЛОИРО, 2018. – С. 146–153.
6. *Ракитов А.И.* Философия компьютерной революции. – М.: Политиздат, 1991. – 287 с.
7. *Титова В.В.* Киберпатология: результаты исследования и пути профилактики // Вестник Моск. гос. обл. ун-та. – 2017. – № 4. – С. 12.
8. *Sparrow B., et al.* Google Effects on Memory: Cognitive Consequences of Having Information at Our Fingertips. / *Science* 333, 776 (2011).
9. *Turkle, Sh.* Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other. Exp., Rev. ed. – New York: Basic Books, 2017. – 400 p.
10. *Young, K.S.* Internet addiction: The emergence of a new clinical disorders // *CyberPsychology and Behavior*. – 1998. – Vol. 1. – P. 237–244.

Е. И. Белоусова

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА А. Н. СТРЕЛЬНИКОВОЙ КАК СПОСОБ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В данной статье автор предлагает оздоровительную методику как способ укрепления здоровья детей дошкольного возраста, использующуюся для профилактики простудных заболеваний, поднятия общего жизненного тонуса и укрепления психофизического здоровья дошкольников.

Одной из актуальных на дошкольном этапе образования является задача сохранения и укрепления здоровья детей. Для её достижения используются различные здоровьесберегающие технологии, методики и приёмы, в том числе различные виды гимнастик, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей. Одной из таких общеоздоравливающих профилактических гимнастик является **дыхательная гимнастика**, которая обладает мощным общим и местным воздействием на организм. Общеукрепляющая роль правильного и полноценного дыхания доказана давно: обменные процессы в организме, насыщенном кислородом, протекают динамичнее, человек меньше болеет,

а ребёнок лучше растёт и развивается. Дыхательная гимнастика – отличный способ профилактики простудных заболеваний, поднятия общего жизненного тонуса и укрепления психофизического здоровья дошкольников. Поэтому проведение такой гимнастики в дошкольных учреждениях просто необходимо. Она может проводиться во время утренней гимнастики, на занятиях в режиме физкультминуток, при проведении бодрящей гимнастики после сна, на прогулке и пр.

Существует множество дыхательных упражнений и комплексов для занятий с детьми, которые уже давно применяются педагогами и специалистами ДОУ в своей работе. Это и закаляющее попеременное ды-

хание «Подышим одной ноздрей», и разнообразные игровые дыхательные упражнения с элементами звуковой гимнастики на продолжительном выдохе типа «Каша кипит», «Ворона», «Гуси», «Насос» и т. п. Это и используемые логопедами речевые дыхательные упражнения с применением различных стимульных предметов: «Подуй на бабочку (снежинку, облачко)», «Кто быстрее задует ватный мяч в ворота», пускание мыльных пузырей и пр.

Среди всех существующих дыхательных методик и комплексов особо выделяется **дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой**. Эта уникальная методика дыхательных упражнений – детище нашей страны, разработанная педагогом-вокалистом несколько десятилетий назад и зарегистрированная Государственным институтом патентной экспертизы. На сегодняшний день эта гимнастика уже получила мировую известность, за рубежом её именуют русской национальной гимнастикой. Медики констатируют, что после двух или трех месяцев занятий у детей и взрослых меняется тип дыхания, оно становится насыщенным, глубоким, активизируются все обменные процессы, укрепляется иммунитет. Именно это и делает человека здоровым. Результаты дыхательной гимнастики А.Н. Стрельниковой действительно впечатляют:

- в кратчайшие сроки восстанавливается нарушенное носовое дыхание;
- улучшается дренажная функция легких;
- улучшаются обменные процессы, укрепляется весь аппарат кровообращения;
- нормализуется давление и температура, помогает в лечении гипертонии;
- избавляет от сутулости;
- эффективно используется при лечении заикания;
- даёт хороший эффект при прогрессирующей близорукости: приостанавливает ухудшение зрения, улучшает его на 2–3 диоптрии;
- повышается общая сопротивляемость организма, его тонус, улучшается нервнопсихическое состояние.

Вдох – это самый главный элемент дыхательной гимнастики Стрельниковой, на котором стоит весь комплекс упражнений.

Для ее выполнения нужно научиться коротко и шумно вдыхать исключительно через нос. Внимание на выдохе не фиксируется, он должен происходить самопроизвольно, незаметно. А.Н. Стрельникова утверждала: «Люди плохо дышат, говорят, кричат и поют потому, что болеют, а болеют потому, что не умеют правильно дышать. Научите их этому – и болезнь отступит». Гимнастику Стрельниковой нередко называют парадоксальной, неоднократно повторяла: «Да, наша гимнастика парадоксальна, потому что вдох мы делаем в момент движений, сжимающих грудную клетку!» (дыхательные упражнения активно включают в работу все части тела: руки, ноги, голову, брюшной пресс, плечевой пояс и т. д.).

Дыхательная гимнастика по методу А.Н. Стрельниковой показана как метод лечения и как метод профилактики абсолютно всем, без исключения. Детям она доступна с 3–4 лет. Выполняя эту гимнастику, а) проводим общую физическую тренировку тела, увеличивая кровоснабжение всех внутренних органов (т. е. осуществляем так называемый «массаж» внутренних органов) и б) делаем мощную собственно дыхательную гимнастику. Вот чем объясняется такой широкий диапазон воздействия этой гимнастики. Кроме того, она снимает усталость, бодрит, улучшает настроение, память. В школе учителям в середине урока рекомендуется «пошмыгать» с учениками по-стрельниковски в течение 5 минут – сразу повышается работоспособность и легче усваивается материал.

Общие рекомендации и базовые правила дыхательной гимнастики Стрельниковой:

- делать гимнастику лучше до еды или через 1 час после приема пищи;
- не стоит делать гимнастику детям перед сном, так как она бодрит, и уложить ребенка после ее выполнения будет проблематично;
- проводя гимнастику с группой детей, необходимо учитывать состояние каждого ребенка: при необходимости делать паузы, менять темп выполнения на более медленный, уменьшать дозировку в упражнении;
- выполнять упражнения следует в хорошем, бодром настроении;

• делать её необходимо в одежде, не стесняющей движение, и в проветренной комнате.

Правило 1. Вдох должен быть максимально активным, коротким, как укол или хлопок, и резким, вдыхаем только носом! Самая грубая ошибка – тянуть вдох, чтобы взять воздуха побольше. Плечи не поднимаются и в акте дыхания не участвуют. В момент вдоха крылья носа должны стремиться соединиться, а не расширяться. А.Н. Стрельникова советовала вспомнить, как люди принохиваются, когда в воздухе пахнет гарью: резко, коротко. Не стесняйтесь шумных звуков, получающихся при таком энергичном дыхании.

Правило 2. Вдох следует делать в момент выполнения движения. Выдох – просто результат вдоха. Не мешайте выдоху уходить после каждого вдоха как угодно, сколько угодно – но лучше ртом, чем носом. Не помогайте ему. Думайте только о вдохе и следите за тем, чтобы вдох шел одновременно с движением. Выдох уйдет самопроизвольно. Во время гимнастики рот должен быть слегка приоткрыт. Активен только вдох, выдох пассивен!

Правило 3. Выполняйте упражнения (вдохи) под счет: счёт ведём на каждый вдох. Взрослый, проводящий гимнастику с детьми, может сопровождать вдохи хлопками (вдох – по хлопку), это позволит держать ритм. Делайте вдохи сериями: по два, четыре, восемь и т. д. раз подряд, при этом держите темп дыхания – примерно 1 вдох в секунду. Пауза между сериями вдохов составляет 3–5 секунд. Количество повторений упражнений и число серий вдохов должно быть кратно 4, поскольку при выполнении упражнений на 3, 5 счетов тратятся значительные физические усилия. Следите за тем, чтобы вдох был громче выдоха.

Правило 4. Какое количество вдохов рекомендуется делать подряд (сколько их должно быть в одной серии)? Этот вопрос решается индивидуально – следует делать столько вдохов, сколько даётся без труда – свободно, комфортно и легко. Хорошо, если после достаточной тренировки при выполнении каждого упражнения дети смогут сделать «подходы» (серии) по 8–16 вдохов, а для взрослых это 2 «подхода» по 96 вдохов.

Правило 5. Не стоит выполнять упражнения «мимоходом». Детей необходимо заинтересовать, превратить это в игру, предложить представить какой-либо образ.

Если все правила освоены и соблюдены, можно приступить к выполнению дыхательной гимнастики. Сначала небольшая разминка – начинайте «принохиваться», делать короткие вдохи, громко шмыгая носом. Можно сопровождать стихотворением:

*Мы сегодня так играем –
Нюхать воздух начинаем.
Чем же пахнет? Не понять –
Нужно носиком вдыхать.
Вдох-вдох-вдох-вдох.
Гарью пахнет – ох-ох!*

Далее, чтобы понять гимнастику, делайте шаг на месте и одновременно с каждым шагом делайте вдох. «Правой-левой, правой-левой, вдох-вдох, вдох-вдох». Выдох происходит автоматически. Шаги-вдохи по Стрельниковой можно делать при ходьбе и маршируя на месте. Главное, чтобы ваши движения были ритмичными и частыми. Научить детей выполнять это тренировочное упражнение можно с помощью следующего стихотворения:

*Аты-баты, аты-баты,
А сегодня мы солдаты.
Левой-правой мы шагаем,
Быстро воздух мы вдыхаем.*

После тренировки со вдохом и ритмом можно приступить к упражнениям. Весь комплекс состоит из 14 упражнений, для детей обычно используют 8 основных.

8 основных упражнений дыхательной гимнастики Стрельниковой для детей

«Ладони»

Исходное положение (и.п.): встать прямо, ноги чуть уже ширины плеч; руки согнуть в локтях и показать ладони «зрителю», при этом локти держать около туловища – «поза экстрасенса».

Делаем короткий, шумный, активный вдох носом и одновременно резко сжимаем ладони в кулачки (хватательное движение). Руки неподвижны, сжимаются только ладони. Сразу же после активного вдоха выдох уходит свободно и легко через нос или рот, в

это время кулачки разжимаем. Опять «шмыгнуть» носом и одновременно сжать ладони в кулачки. И снова после шумного вдоха и сжатия ладоней в кулаки выдох уходит свободно, пальцы рук разжимаем, кисти рук на мгновение расслабляем.

После серии из 4 коротких шумных вдохов носом (и, соответственно, 4 пассивных выдохов) сделать паузу 3–5 секунд. Сначала повторять серию 1 или 2 раза, затем с каждым днём увеличивайте число «подходов». Дети могут поиграть в игру «Кошка ловит мышку».

*Подражать мы будем кошке –
В кулачки сожмем ладошки.
Запах мышки мы узнаем –
Делать вдох не забываем.
Коготки мы выпускаем –
Мышку быстро мы поймаем!*

«Погончики»

И.п.: ноги чуть уже ширины плеч; кисти сжаты в кулаки и прижаты к животу на уровне пояса.

В момент вдоха кулаки разжимаем и, растопыривая пальцы, с силой толкаем к полу, как бы сбрасывая с рук что-то; руки при этом вытягиваются в струну. На выдохе возвращаемся в исходное положение, кисти рук снова к животу, пальцы сжаты в кулаки – выдох ушел. Делая следующий короткий вдох, снова резко, с силой толкаем кулаки к полу и в исходное положение – выдох уходит самостоятельно. Для детей упражнение можно выполнять в сопровождении стихотворения:

*Руки в кулачки сжимаем –
Теперь руки вниз толкаем.
Кулачки тут разжимаем –
Воздух носиком вдыхаем.*

«Насос»

И.п.: ноги чуть уже ширины плеч; руки опущены, но не по швам, а немного перед собой; голова наклонена, шея не напряжена.

У нас авария – спустила шина! Нужно взять в руки «рукоятку насоса», её можно представить, или ею может быть свернутая трубочкой газета или палочка. Нужно быстрее накачать шину и ехать дальше. Начинайте частые и ритмичные наклоны туловища вперед на каждый вдох. Наклоняемся вперед,

делая круглую спину, при наклоне кисти опущенных рук едва достают уровня колен. Не затягивайте вдох. Он максимально шумный и короткий! Вдыхайте носом в конечной фазе наклона: закончился наклон туловища – закончился вдох! Соблюдайте одновременность наклонов и вдохов и не думайте о выдохе. Выдох пассивный – ртом. Возвращаясь в исходное положение, нужно не разгибаться до конца и не поднимать голову вверх. Можно представлять и смотреть на воображаемую спущенную шину, лежащую на полу.

*Едем, едем мы домой
На машине легковой.
Въехали на горку – стоп!
Колесо спустило – хлоп!*

*Из багажника насос достанем –
Шину быстро накачаем!
Воздух мы внизу вдыхаем,
Голову не поднимаем!*

«Повороты»

И.п.: ноги чуть уже ширины плеч, спина прямая, подбородок слегка приподнят, руки внизу.

«Справа чем-то запахло» – поворачиваем голову вправо и делаем короткий шумный вдох носом. «Слева чем-то запахло» – поворачиваем голову влево и также делаем короткий и максимально шумный вдох. Вдох и одновременный небольшой и не резкий поворот головой (около 45 градусов) выполняются в маршевом темпе. Мышцы шеи расслаблены, влево и вправо поворачивается только голова, но не плечи. Начните с 4 движений-вдохов подряд, постепенно увеличивая норму до 8, 16 и т.д. Обучать этому упражнению можно, играя в «Любопытную Варвару»:

*Любопытная Варвара
Смотрит влево, смотрит вправо.
Чем же пахнет – не понять,
Нужно носиком вдыхать.*

«Ушки»

И.п.: ноги чуть уже ширины плеч, спина прямая, руки опущены, глаза смотрят вперед.

Смотрим прямо перед собой. Слегка наклонить голову вправо, правое ухо идет к правому плечу – короткий шумный вдох носом. Затем слегка наклоните голову влево, левое ухо идет к левому плечу – тоже вдох.

Плечи при этом не дергаются, удерживаются в абсолютно неподвижном состоянии. Выдох уходит пассивно между вдохами. Не останавливайте голову посередине движения, не стремитесь максимально приблизить ухо к плечам.

«Малый маятник головой»

И.п.: ноги чуть уже ширины плеч, спина прямая, подбородок слегка приподнят, руки внизу.

Слегка наклоняем голову вниз и делаем короткий шумный вдох носом. Плавно слегка поднимаем голову вверх и также делаем короткий и шумный вдох. Мышцы шеи расслаблены, вверх-вниз поднимается и опускается только голова, но не плечи. Не следует сильно опускать и запрокидывать голову. Для детей это можно представить игрой «Сад-огород»:

*Собирайся народ,
Поиграем в «Сад-огород»!
Вверх мы голову поднимем –
Фрукты спелые увидим.*

*Пахнет грушей очень вкусно,
А внизу растет капуста.
Апельсин на ветке близко,
А внизу растет редиска.*

*Африканский фрукт – банан,
Овощ синий – баклажан,
От лимона – аромат,
А нюхать лук не каждый рад.*

«Кошка» (приседание с поворотом)

И.п.: ноги чуть уже ширины плеч, спина прямая, руки опущены.

Всем знакомы крадущиеся движения кошки, охотящейся на воробья. Похожее и в этом упражнении. Добыча справа! Слегка пружиня и приседая, с согнутыми в локтях руками и расслабленными кистями поворачиваемся вправо и делаем хватательные движения обеими кистями на уровне пояса – ловим воробья! Одновременно с движением коротко и шумно вдыхаем носом. Голова поворачивается вместе с туловищем. Добыча слева! Точно так же поворачиваемся влево и ловим еще одного воробья! Не думайте о выдохе! Он происходит произвольно между вдохами – без вашего «участия»! Следите за тем, чтобы приседание было легким, пружинистым и неглубоким. Спина абсолютно

прямая, повороты выполняются только в талии. При любых травмах позвоночника обязательно стоит проконсультироваться у хирурга! Дети выполняют упражнение, играя в «кошку и воробья»:

*Вышла кошка на охоту –
Воробьев поймать охота.
Справа, слева видит их
И хватает в тот же миг.*

*Подражая этой кошке,
В кулачки сожмем ладошки,
Влево-вправо приседаем –
Запах «воробья» вдыхаем.*

«Обними плечи» (вдох на сжатии грудной клетки)

И.п.: ноги на ширине плеч, руки согнуты в локтях и подняты на уровень плеч. Разверните кисти обеих рук ладонями к себе и зафиксируйте их перед грудью, немного ниже шеи.

Начинаем движение руками, как будто хотим обнять себя за плечи. Важно, чтобы руки двигались параллельно, а не крестнакрест. При этом одна рука окажется над другой, причем какая над какой – все равно. Главное – помнить, что в течение всего упражнения положение рук менять не следует. Сразу же после короткого вдоха-объятия руки слегка расходятся в стороны (но не до исходного положения). В момент вдоха локти сошлись друг над другом на уровне груди – образовался как бы треугольник, затем руки слегка расходятся – получается квадрат. В этот момент на выдохе абсолютно пассивно уходит воздух. Вдыхайте носом в тот момент, когда руки максимально «обнялись», закончилось «объятие» – закончился вдох. Не отводите руки далеко от туловища и не прогибайтесь назад. Для детей вступлением может быть стихотворение:

*Ой, ребята, замерзаем –
Плечи дружно обнимаем!
Зиму радостно встречаем –
Свежий воздух мы вдыхаем.*

Освоение комплекса гимнастики Стрельниковой необходимо начинать с трех первых упражнений: «Ладонки», «Погончики», «Насос». Каждый последующий день можно осваивать по одному новому упражнению. Нагрузка постепенно увеличивается

за счет увеличения числа вдохов в серии, числа выполняемых серий каждого упражнения и присоединения новых упражнений. Гимнастикой можно заниматься как индивидуально, так и с группой детей. Продолжительность занятия – от 10 до 20 минут. Все упражнения можно выполнять под ритмичную музыку.

Чтобы научить детей делать упражнения, педагогу предварительно необходимо самому освоить технику их выполнения. Если заинтересовал этот метод, то советуем обратиться к публикациям и видеоматериалам М.Н. Щетинина – ученика и последователя А.Н. Стрельниковой.

Список литературы

1. *Кочеткова И.Н.* Парадоксальная гимнастика Стрельниковой. – М.: Советский спорт, 1989.
2. *Щетинин М.Н.* Дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой. – М.: Метафора, 2010.

ИНФОРМАЦИЯ

Сведения об авторах

Белюсова Елена Ивановна, врач-педиатр, заведующая отделом образовательного маркетинга ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Богданова Александра Александровна, кандидат педагогических наук, доцент, заведующая кафедрой специальной педагогики ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Бостан Марина Юрьевна, учитель 3 класса, МБОУ «Каменногорский ЦО», Ленинградская обл.

Воспитанник Ирина Владимировна, кандидат психологических наук, кафедра педагогики и психологии ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Вылегжанин Сергей Валентинович, председатель Комитета по здравоохранению Ленинградской области, Санкт-Петербург.

Голубева Галина Геннадиевна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры специальной педагогики ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Грядкина Татьяна Сергеевна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры дошкольного образования ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Гун Григорий Ефимович, доктор медицинских наук, профессор, академик Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы, кафедра безопасности жизнедеятельности и охраны здоровья ГАОУ ДПО «ЛОИРО», заслуженный врач РФ, Санкт-Петербург.

Дутчак Павел Романович, кандидат педагогических наук, доцент, заведующий учебно-информационным отделом ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Ерёмина Ольга Петровна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры специальной педагогики ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Защиринская Оксана Владимировна, доктор психологических наук, доцент кафедры педагогики и педагогической психологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург.

Зотов Игорь Владимирович, старший преподаватель кафедры безопасности жизнедеятельности и охраны здоровья ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Зырянова Любовь Леонидовна, директор МБОУ «Каменногорский ЦО», Ленинградская обл.

Карпачева Людмила Ивановна, МБОУ «КСОШ № 6» г. Кингисеппа, Ленинградская обл.

Ковальчук Ольга Владимировна, доктор педагогических наук, профессор, ректор ГАОУ ДПО «ЛОИРО», заслуженный учитель РФ, Санкт-Петербург.

Лободин Владимир Тихонович, кандидат педагогических наук, доцент кафедры безопасности жизнедеятельности и охраны здоровья ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.



Мартынова Алла Владимировна, кандидат психологических наук, кафедра педагогики и психологии ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Самченко Наталья Анатольевна, заместитель директора по УВР МБОУ «КСОШ № 6», г. Кингисепп, Ленинградская обл.

Семеновна Марина Петровна, учитель 3 класса, МБОУ «Каменногорский ЦО», Ленинградская обл.

Смирнова Анна Игоревна, директор ГКОУ «Школа-интернат, реализующая адаптированные образовательные программы, "Красные Зори"», Ленинградская обл.

Совалёва Наталья Геннадьевна, учитель математики МБОУ «КСОШ № 6», г. Кингисепп, Ленинградская обл.

Поздняк Вера Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры специальной педагогики ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Реброва Вероника Ивановна, кандидат педагогических наук, доцент кафедры дошкольного образования ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Тарасова Людмила Борисовна, заместитель директора по УВР МБОУ «Каменногорский ЦО», Ленинградская обл.

Тюлькина Ольга Сергеевна, кандидат медицинских наук, и.о. директора ГКУЗ ЛО «Центр медицинской профилактики Ленинградской области».

Шаваринский Богдан Миронович, кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой безопасности жизнедеятельности и охраны здоровья ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Шангин Андрей Борисович, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры медико-валеологических дисциплин факультета безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург.

Шеховцева Екатерина Валерьевна, кандидат юридических наук, доцент кафедры управления ГАОУ ДПО «ЛОИРО», Санкт-Петербург.

Янушанец Ольга Ивановна, доктор медицинских наук, профессор кафедры гигиены условий воспитания, обучения, труда и радиационной гигиены Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург.