

**АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МОНИТОРИНГА
ГОРОДСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА
«АПРОБАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ
СЛУЖБЫ ЗДОРОВЬЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА (ПО ДАННЫМ ЗА 2005 – 2007 ГГ.)**

Содержание

Введение.....	с. 3
Раздел 1. Состояние здоровья и функциональной напряженности учащихся	с. 4
Раздел 2. Характеристика образовательной среды школы	с. 9
Раздел 3. Образ жизни учащихся	с. 17
Раздел 4. Служба здоровья как коллективный субъект труда	с. 21
Общие выводы.....	с. 23

ВВЕДЕНИЕ

В программе городского эксперимента для изучения его результативности были определены две группы критериев:

- 1) результативность обеспечения здоровья учащихся и педагогов;
- 2) результативность деятельности службы здоровья ОУ как коллективного субъекта труда.

Для изучения результатов эксперимента *по первой группе критериев* использовался инструментарий на основе мониторинга широкомасштабного федерального эксперимента по модернизации общего образования (ШФЭР), который в течение ряда лет адаптируется и применяется в образовательной системе Санкт-Петербурга¹.

Для анализа использовалась разработанная структура информационных блоков, отражающих как индивидуальные адаптивные возможности ученика, так и влияющие на него факторы (рис. 1).

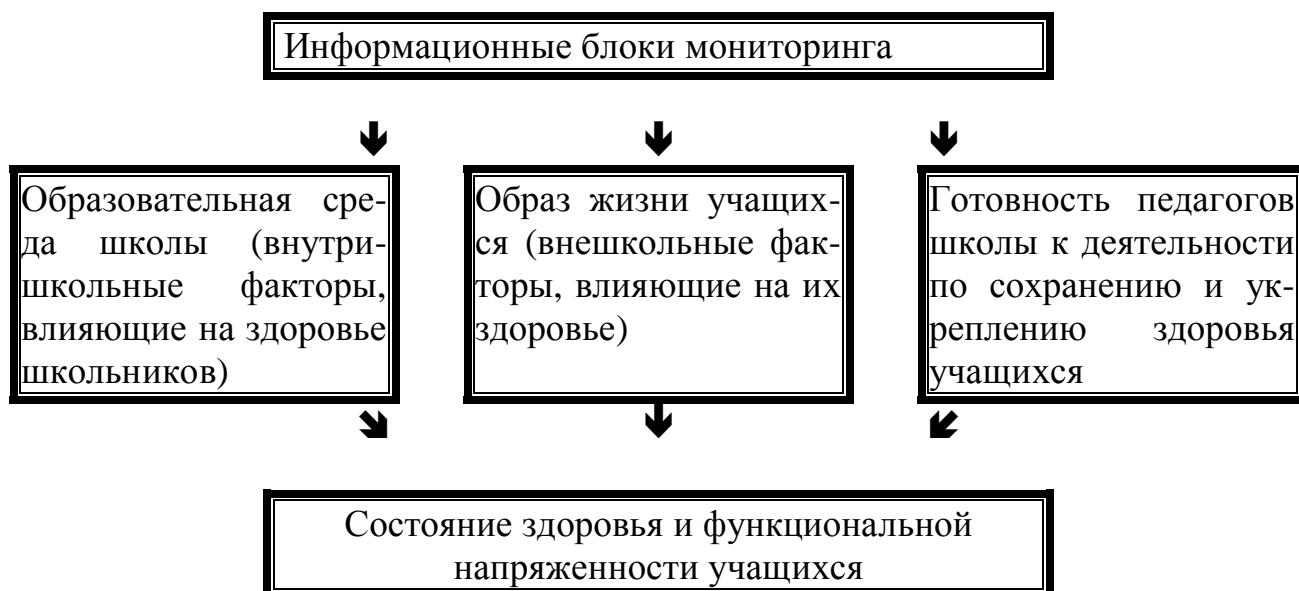


Рис. 1. Информационные блоки мониторинга

В экспериментальных школах проведены констатирующий срез (декабрь 2005 - январь 2006 года) и контрольный срез данных (декабрь 2006г. - март 2007 г.).

¹ Методика комплексной оценки здоровьесберегающего образовательного процесса в учреждениях общего образования: Методические рекомендации / Сост. под рук. М.М. Безруких. – М.: ИВФ РАО, 2002.

Выполнение государственных образовательных стандартов в учреждениях общего образования Санкт-Петербурга: Аналитический отчет. СПб.: СПбАППО, 2005. Ч.3, раздел 3.1. С. 291-319

Реализация федерального эксперимента по совершенствованию структуры и содержания образования в Санкт-Петербурге / Науч. ред. В.Г. Воронцова; Под общей ред. С.В. Алексеева. СПб.: СПбАППО, 2007. С. 276-314

Служба здоровья образовательного учреждения: мониторинг здоровьесозидательной образовательной среды: Учебно-методическое пособие / Под ред. М.Г. Колесниковой. –СПб.: СПб АППО, 2006. – 68 с.

С учетом имеющихся данных в настоящем отчете результаты экспериментальных школ частично сопоставлены:

- в динамике констатирующего и контрольного среза эксперимента (далее по тексту «ПРОЕКТ 2005 г.», «ПРОЕКТ 2006 г.»);
- с данными двенадцати Санкт-Петербургских школ, участвовавших в 2001-2005 уч. гг. в ШФЭР. Одно из направлений экспериментальной деятельности ШФЭР – «Здоровьесберегающая деятельность ОУ»; поэтому школы ШФЭР могут быть определены как модель или образец опыта здоровьесозидающей деятельности ОУ (далее по тексту «ШФЭР»);
- с данными Санкт-Петербургского исследования 2004 г., в котором был использован инструментарий ШФЭР и участвовали 48 школ города (далее по тексту «СПб»);
- с данными школ других городов Российской Федерации, участвовавших в ШФЭР, по отчету ИВФ РАО (далее по тексту «РФ»);
- с гигиеническими нормативами (далее по тексту «НОРМА»).

Анализ результатов эксперимента по первой группе критериев представлен в разделах 1-3 настоящего отчета.

Формирование команды службы здоровья происходило в два этапа: в процессе курсовой подготовки по образовательной программе «Подготовка кадровой, функциональной и организационной структуры службы здоровья образовательного учреждения» в процессе реализации целевых школьных программ. Поэтому для изучения результатов эксперимента *по второй группе критериев* были разработаны две анкеты, предназначенные для специалистов служб здоровья экспериментальных школ. Первая из них применялась в процессе курсовой подготовки школьных команд: анкета и анализ результатов экспериментальной апробации образовательной программы опубликованы в соответствующем учебно-методическом пособии². Вторая анкета была разработана для анализа сформированности школьной команды (анкета в приложении). Анкетирование специалистов службы здоровья экспериментальных школ проведено на семинаре «Деятельность службы здоровья в экспериментальных школах» (СПбАППО, 20.06.2007г.), на котором подводились итоги второго этапа эксперимента. Анализ результатов эксперимента по второй группе критериев представлен в разделе 4 настоящего отчета далее по тексту «СЗОУ»). Кроме того, специалисты службы здоровья участвовали в общем анкетировании педагогов экспериментальных школ, но их данные представлены отдельно (раздел 2).

Количественный состав участников мониторинга приведен в табл. 1.

² Служба здоровья образовательного учреждения: образовательная программа подготовки команды специалистов: Учебно-методическое пособие / Под ред. М.Г. Колесниковой. Вып. 1 – СПб.: СПбАППО, 2006. – 45с.

Таблица 1

Количественный состав участников мониторинга				
Участники мониторинга	ПРОЕКТ	ШФЭР	СПб	РФ
Всего ОУ	6	12	48	2000
Всего классов, из них:	30	24	48	4000
• 1-е классы	9	12	н/д ³	2000
• 5-е классы	10	н/д	н/д	н/д
• 10-е классы	11	12	48	2000
Всего учащихся, из них:	727	620	1058	48000
• 1-е (2-е) классы	211	295	н/д	21000
• 5-е (6-е) классы	240	н/д	н/д	н/д
• 10-е (11-е) классы	276	325	1058	27000
Всего педагогов	226	185	534	н/д
Всего специалистов службы здоровья, из них:	42			
руководители службы (зам. директора школы)	6			
педагоги-психологи	6		нет данных	
социальные педагоги	6			
учителя физической культуры	6			
педагоги-валеологи	6			
медицинские работники	6			
учителя информатики	6			

Раздел 1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ УЧАЩИХСЯ

Состояние здоровья учащихся определяется с помощью анализа медицинских данных:

- распределение по группам здоровья;
- рейтинговое распределение хронических болезней;
- динамика острой заболеваемости;
- уровень физического развития;
- физическая подготовленность.

Функциональное состояние учащихся определяется в результате изучения:

- уровня психоэмоционального напряжения;
- уровня школьной мотивации.

Во всех исследуемых возрастных группах ПРОЕКТА меньше учащихся с первой *группой здоровья* (ГЗ) и больше с третьей группой по сравнению с другими данными (табл. 1.1). Стоит отметить, что исходное состояние здоровья учащихся Санкт-Петербурга ниже общероссийских данных; сопоставление данных ШФЭР и ПРОЕКТА показывает, что за последние четыре года продолжается его снижение. 14% учащихся экспериментальных школ находятся на диспансерном учете. За период городского эксперимента наблюдается некоторое повышение уровня здоровья его участников, которое проявляется в увеличении количества учащихся с 1-й ГЗ во всех возрастных груп-

³ Нет данных.

пах. В то же время сохраняется негативная тенденция увеличения количества учащихся с 3-ей и 4-й ГЗ, особенно в старших классах.

Таблица 1.1

Группы	Распределение учащихся по группам здоровья, %									
	РФ		ШФЭР		ПРОЕКТ (1-й год)			ПРОЕКТ (2-й год)		
	1-й ⁴	10-й	1-й	10-й	1-й	5-й	10-й	2-й	6-й	11-й
1-я	28,0	31,0	23,0	21,0	8,1	14,2	9,5	12,1	15,8	14,2
2-я	58,3	47,0	68,0	50,0	84,8	69,6	73,5	79,2	66,8	61,6
3-я и 4-я	13,7	21,0	9,0	29,0	7,1	16,2	17,1	8,7	17,4	23,1

У учащихся ПРОЕКТА наблюдается типичное для Санкт-Петербурга *рейтинговое распределение частоты хронических нарушений* и ее динамики: костно-мышечной системы, органов зрения, нервной и сердечно-сосудистой систем; за период эксперимента произошло снижение частоты проявлений большинства хронических нарушений во всех возрастных группах учащихся (табл. 1.2). Особенно значительные позитивные изменения отмечены среди нарушений, которые относятся к т.наз. «школьнозависимым болезням»: опорно-двигательного аппарата, нервной системы, в старших классах – органов зрения.

Таблица 1.2

Группы нозологий	Распределение учащихся по группам нозологий, %								
	ШФЭР		ПРОЕКТ (1-й год)			ПРОЕКТ (2-й год)			
	1-й	10-й	1-й	5-й	10-й	2-й	6-й	11-й	
Костно-мышечная система	23	27	63	41	55	48	37	42	
Орган зрения	18	23	19	25	40	18	25	28	
Органы слуха, ЛОР-заболевания	10	7	17	19	18	14	16	15	
Нервная система	10	6	13	11	10	6	2	5	
Пищеварительная система	5	10	2	6	9	3	5	6	
Органы дыхания	6	4	6	7	5	4	5	4	
Сердечно-сосудистая система	5	11	3	8	5	2	7	7	
Полость рта, стоматология	6	12	1	3	3	1	2	4	
Кожа	12	7	4	3	2	2	2	1	
Мочеполовая система	4	6	2	6	2	1	6	2	
Дефекты речи	8	1	3	1	-	-	-	-	

Непосредственно влияние внутришкольных факторов отражается на *острой заболеваемости* детей, которая связана с общей сопротивляемостью организма (табл. 1.3).

Таблица 1.3

Показатель	Пропуски учебных занятий по болезни, среднее (дней/уч-ся)						
	1-й год эксперимента			2-й год эксперимента			
	1-й	5-й	10-й	2-й	6-й	11-й	
ПРОЕКТ	1,65	5,28	4,64	3,81	2,74	2,89	
ШФЭР	10,5	н/д	9,91	6,50	н/д	6,33	
СПб	н/д	н/д	8,46	-	-	-	

За время городского эксперимента в целом наблюдается снижение количества пропусков по болезни (с 4,0 до 3,1 пропущенных дней/уч-ся); наибо-

⁴ Соответствующая параллель учащихся (в данном случае – первые классы).

лее позитивные изменения произошли в основной и средней школе; в начальной школе изменения скорее негативны. В то же время необходимо указать, что количество пропусков по болезни во всех экспериментальных классах значительно ниже данных ШФЭР, а в старших классах также ниже данных по СПб. При этом наибольшие позитивные изменения произошли за счет снижения количества простудных заболеваний (в средней на 10-11%), что может быть связано с изменениями образовательной среды школы.

Изучение ежемесячной динамики заболеваемости в течение учебного года позволяет выявить периоды, нуждающиеся в повышенной профилактической работе. Для ПРОЕКТА в целом это начало учебного года (сентябрь-октябрь): возможно, это связано с адаптацией к школе (рис. 1.1). Важно, что «адаптационный всплеск» уменьшился на второй год эксперимента. Кроме того, не наблюдалось повышения заболеваемости в феврале-марте, что также может быть связано со снижением неблагоприятного влияния образовательной среды школы.

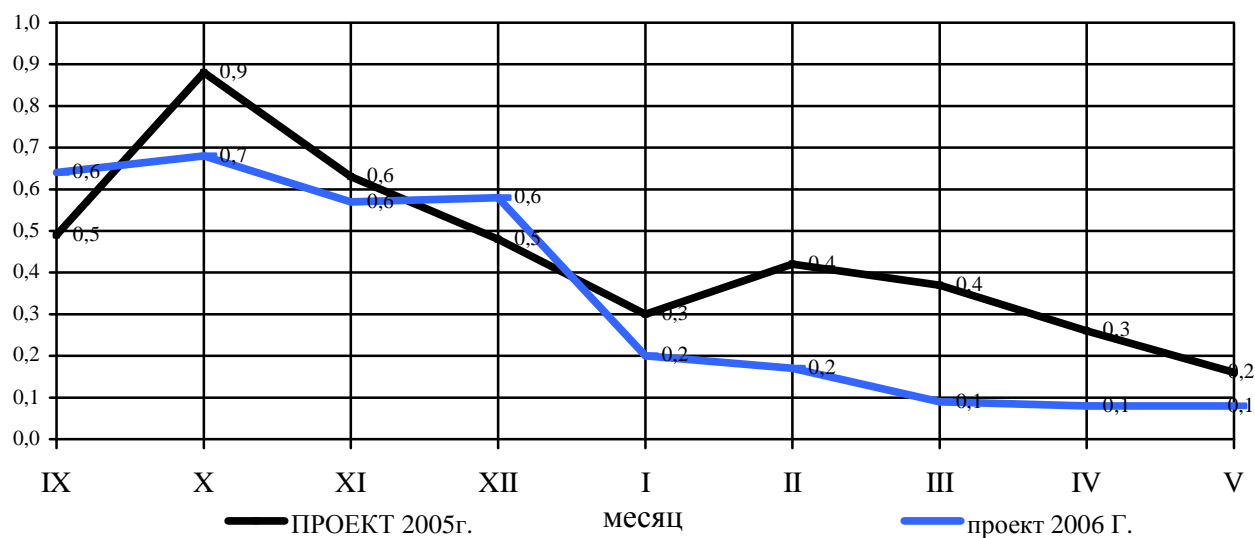


Рис. 1.1. Пропуски учебных занятий по болезни, %

Неспецифическим показателем состояния здоровья ребенка является уровень его *физического развития*: на него влияют психические и физические перегрузки, характер питания и другие факторы образа жизни. Поэтому отставание физического развития учащихся от средневозрастных величин (микросоматический тип), несовпадение отдельных антропометрических данных (дисгармоничное развитие) требует коррекционных мер. Среди учащихся экспериментальных школ более трети имеют нарушения физического развития. Данный показатель является устойчивым, и значимых изменений за время городского эксперимента не наблюдалось, что подтверждает необходимость разработки и реализации индивидуальных и групповых оздоровительных программ (табл. 1.4).

Таблица 1.4

Показатель	Физическое развитие учащихся, %					
	ПРОЕКТ (1-й год)			ПРОЕКТ (2-й год)		
	1-й	5-й	10-й	2-й	6-й	11-й
Микросоматотип	34	34	30	50	29	32
Макросоматотип	12	18	15	9	35	10
Дисгармоничное	26	32	31	24	24	33
Резко дисгармоничное	20	15	22	15	15	23

Физическая подготовленность (ФП) учащихся является результирующей характеристикой их двигательной активности. В ПРОЕКТЕ произошли определенные позитивные сдвиги ФП учащихся: уменьшилось количество учащихся с низким уровнем ФП в начальной школе и увеличилось число учащихся с высоким уровнем ФП в основной школе (табл. 1.5).

Таблица 1.5

Уровень	Физическая подготовленность учащихся, %						ШФЭР	
	ПРОЕКТ (1-й год)			ПРОЕКТ (2-й год)			1-й	10-й
	1-й	5-й	10-й	2-й	6-й	11-й	1-й	10-й
Низкий	22	21	17	16	20	18	31	25
Средний	48	55	60	56	58	64	50	51
Высокий	30	24	23	28	28	18	18	24

Стоит отметить, что уровень ФП в экспериментальных школах изначально был выше уровня ШФЭР.

Состояние *психического напряжения* также является индикатором влияния школьных факторов риска нарушения здоровья учащихся. Психоэмоциональная напряженность старшеклассников ПРОЕКТА совпадает с общими данными и за период городского эксперимента наблюдается ее значимое снижение (табл. 1.6).

Таблица 1.6

Уровень	Психоэмоциональное напряжение старшеклассников, %					
	ПРОЕКТ		ШФЭР		СПб	РФ
	10-й	11-й	10-й	11-й	11-й	10-й
Низкий и ниже среднего	62,6	71,5	64,0	65,0	60,0	58,0
Средний	20,5	15,0	17,0	20,0	21,0	22,0
Выше среднего и высокий	17,0	13,5	18,0	19,0	18,0	20,0

Аналогичная тенденция характерна и для уровня психоэмоционального напряжения младших школьников (измеряется по другой методике): количество учащихся, имеющих низкий уровень напряжения, в эксперименте увеличивается с 32,6% до 41,0%.

Характеристики *школьной мотивации* учащихся ПРОЕКТА повышаются в эксперименте. По сравнению с данными ШФЭР не наблюдается резкого снижения мотивации во втором классе (табл. 1.7).

Таблица 1.7

Уровень	Школьная мотивация учащихся в начальной школе, %			
	ПРОЕКТ		ШФЭР	
	класс 1-й	класс 2-й	класс 1-й	класс 2-й
Высокая и хорошая	51,5	56,1	72,0	29,0
Положительное отношение	28,9	30,1	17,0	55,0
Низкая и негативная	19,4	18,9	10,0	16,0

Таким образом, оценивая результативность деятельности школ ПРОЕКТА, можно сделать следующие выводы:

1. Исходное состояние здоровья учащихся школ, участвующих в городском эксперименте, ниже общероссийских данных и данных ШФЭР:
 - среди них больше учащихся с третьей и четвертой группами здоровья и меньше – с первой группой;
 - среди групп хронических болезней наиболее распространены нарушения костно-мышечной системы, органов зрения, ЛОР-заболевания, нервной и сердечно-сосудистой системы;
 - больше учащихся имеют сниженное и дисгармоничное физическое развитие.
2. За время эксперимента произошли позитивные изменения в здоровье учащихся всех исследуемых возрастных групп, которые позволяют предположить положительное влияние изменения образовательной среды школы.
 - А). Повысилось общее состояние здоровья учащихся:
 - увеличилось количество учащихся с первой группой здоровья во всех возрастных группах (при сохранении негативной тенденции увеличения третьей и четвертой группы);
 - наиболее значительные позитивные изменения отмечены среди нарушений, которые относятся к т.наз. «школьнозависимым болезням»: опорно-двигательного аппарата, нервной системы, в старших классах – органов зрения;
 - снизилось количество пропусков по болезни (в основной и средней школе), в основном, за счет снижения количества простудных заболеваний.
 - Б). Произошли позитивные сдвиги физической подготовленности учащихся на основе изначально более высокого ее уровня по сравнению с данными ШФЭР.
 - В). Наблюдаются позитивные сдвиги функционального состояния учащихся:
 - значимое снижение психоэмоциональной напряженности старшеклассников и младших школьников;
 - повышение школьной мотивации младших школьников.

Раздел 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ШКОЛЫ

Характеристика инфраструктуры

Инфраструктура школ ПРОЕКТА характерна для школ Санкт-Петербурга (рис.2.1, табл. 2.1).



Рис. 2.1. Характеристика и состояние зданий школ ПРОЕКТА

Таблица 2.1

Показатель	Наличие элементов общей инфраструктуры, %			
	ПРОЕКТ	ШФЭР	СПб	РФ
Есть столовая	83,3	80,0	90,0	95,0
Холодильник	83,3	98,0	93,0	93,0
Плита	100,0	94,0	98,0	93,0
Готовят в школе	83,3	85,0	92,0	93,0

Как правило, школы расположены в одном здании (кроме школы 455 Колпинского района, которая расположена в трех зданиях), в школах производится регулярный ремонт; в них есть водопровод, канализация, туалеты, центральное отопление; оборудование, которое позволяет готовить горячую еду (кроме школы 280 Адмиралтейского района, к столовой которой разогревают готовую привезенную еду).

В экспериментальных школах есть также *оздоровительная инфраструктура* (табл. 2.2).

Таблица 2.2

Показатель	Наличие элементов оздоровительной инфраструктуры, %				
	ПРОЕКТ (1-й год)	ПРОЕКТ (2-й год)	ШФЭР	СПб	РФ
Медицинский кабинет	100,0	100,0	100,0	100,0	97,0
Спортивные залы	100,0	100,0	100,0	98,0	96,0
Больше одного спортивного зала	33,3	33,3	40,0	33,3	н/д
Школьный стадион	66,7	83,3	69,0	69,0	70,0
Тренажерный комплекс	16,7	33,3	31,0	31,0	21,0
Бассейн	–	16,7	–	–	8,0
Ингаляторий, физиотерапия	16,7	16,7	23,0	2,0	13,0
Зубоврачебный кабинет	–	–	–	6,0	42,0
Фитобар, кислородные коктейли	16,7	16,7	–	6,0	16,0
Кабинет массажа	16,7	16,7	8,0	6,0	–
Солярий	–	–	–	–	6,0
Кабинет релаксации	–	–	33,0	29,0	29,0
Кабинет БОС	100,0	100,0	16,7	н/д	н/д

Наибольшие отличия от общих данных наблюдаются в физкультурно-оздоровительной инфраструктуре: в 2-х школах три спортивных зала и тре-

нажерный комплекс (школа 455 Колпинского района и школа 667 Невского района). Школа 280 Адмиралтейского района имеет дополнительное оздоровительное оборудование (ингаляторий, фитобар, кабинет массажа). За время эксперимента заключен договор с бассейном, оборудован тренажерный комплекс и школьный стадион в школе 503 Кировского района. В рамках эксперимента каждая школа заключила договор с ЗАО «Биосвязь» и получила во временное пользование аппаратуру по технологии «БОС-Дыхание».

Характеристика учебного процесса

На состояние учащихся оказывают влияние следующие характеристики учебного процесса:

- режим учебных занятий;
- объем и структура учебной нагрузки;
- степень инновационности содержания и технологии обучения.

Сменность занятий в школах ПРОЕКТА соответствует общим данным: все классы учатся в первую смену (табл. 2.3).

Таблица 2.3

Наличие инновационных изменений учебного процесса, %

	ПРОЕКТ	ШФЭР	СПб
Профильное обучение в старших классах	50,0	100,0	44,0
Инновационные УМК в начальной школе	44,0	75,0	36,0

Содержание учебного процесса в экспериментальных школах также в целом соответствует большинству школ в Санкт-Петербурге: в половине школ реализуются инновационные УМК в начальной школе (36% школ города), профильное обучение в старших классах (56% школ города).

Общий объем учебной нагрузки в школах ПРОЕКТА соответствует нормативам и данным ШФЭР (табл. 2.4).

Таблица 2.4

Средний объем учебной нагрузки учащихся, часов/нед.

Показатель	Класс					
	1-й	2-й	5-й	6-й	10-й	11-й
ПРОЕКТ	20,0	24,4	29,5	30,9	34,6	34,8
ШФЭР	20,0	23,0	н/д	н/д	30,0	34,6
НОРМА	22 (20) ⁵	25(22)	31 (28)	32(29)	36 (33)	

Оптимальность распределения недельной учебной нагрузки можно определить, анализируя *балльную оценку расписания уроков* по шкале С.Г. Сивкова (рис. 2.2).

⁵ Пятидневная учебная неделя.

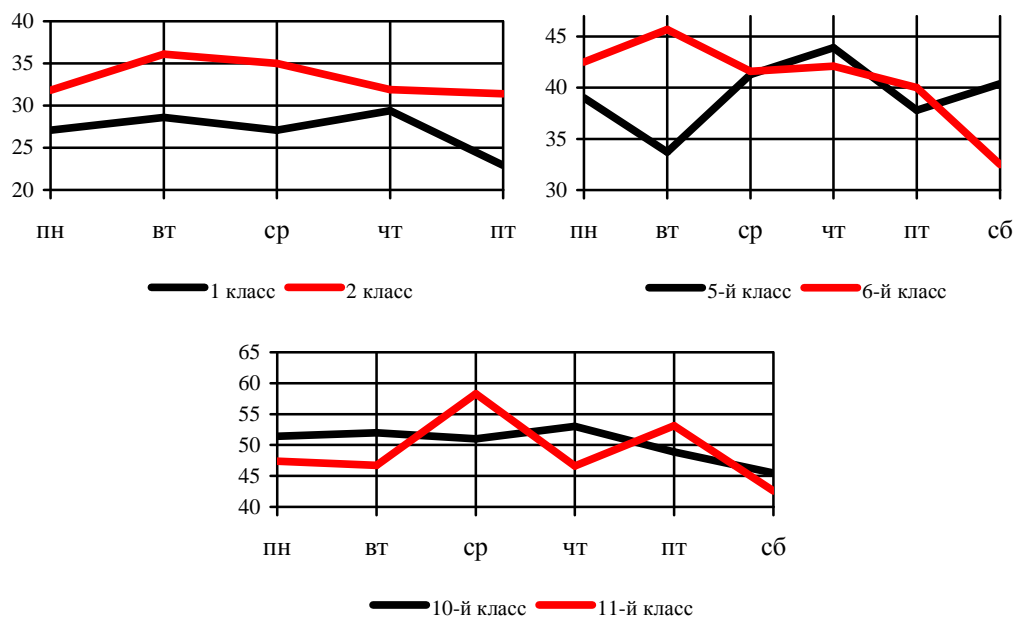


Рис. 2.2. Балльная оценка расписания уроков, средняя (баллы)

По сравнению с первым годом эксперимента оптимизировано расписание уроков во всех экспериментальных классах: наибольшая нагрузка приходится на вторник и среду, наименьшая – на начало и конец недели; в старших классах введен разгрузочный день (четверг).

Кадровый потенциал

Кадровый потенциал образовательного учреждения может оказать влияние на построение здоровьесозидающей образовательной среды следующим образом:

- наличие в ОУ и достаточное количество в зависимости от контингента учащихся соответствующих специалистов – потенциальных сотрудников Службы здоровья;
- личностная и профессиональная готовность педагогического коллектива ОУ к здоровьесозидающей деятельности (анкетирование педагогов экспериментальных школ проводилось на второй год эксперимента).

Социальные характеристики педагогического коллектива школ ПРОЕКТА в целом соответствуют общим данным (табл. 2.5).

Таблица 2.5

Показатель	Характеристика педколлектива			
	ПРОЕКТ (1-й год)	ПРОЕКТ (2-й год)	ШФЭР	СПб
Средняя численность педагогов, в том числе:	58	56	58	54
с высшим специальным образованием, %	83,4	85,9	88,0	85,0
Средний возраст педагогов, лет	40,8	40,7	39,0	42,3
Средний педагогический стаж, лет	17,2	17,3	18,4	18,0
Текучесть кадров за год, %	6,8	6,0	4,2	6,7
Пропущено дней по болезни, среднее за год	4,6	5,2	7,7	6,4

За время эксперимента произошли некоторые позитивные изменения: педагоги экспериментальных школ имеют меньше пропусков рабочих дней

по болезни, несколько уменьшилась текучесть кадров (табл. 2.5). Наиболее позитивные изменения отметили школы 503 и 539 Кировского района.

К потенциальным работникам Службы здоровья относятся медицинские работники; специалисты сопровождения образовательного процесса (психологи, валеологи, социальные педагоги и т.п.); педагоги, решающие здоровьесозидающие задачи в рамках своей предметной области (учителя физической культуры, ОБЖ, технологии), а также обеспечивающие досуговую деятельность учащихся во второй половине дня (руководители спортивных секций, кружков и т.п.).

Анализ *кадрового обеспечения здоровьесозидающей деятельности школ ПРОЕКТА* показывает, что участие в эксперименте способствует сохранению и увеличению кадрового потенциала школ по сравнению с общими данными. За время эксперимента удалось сохранить кадры медицинских работников, увеличить количество специалистов сопровождения, специалистов физкультурно-оздоровительной направленности и педагогов дополнительного образования (табл. 2.6). Наиболее благополучные данные указали школы 667 Невского района, 280 Адмиралтейского района, 503 Кировского района.

Таблица 2.6

Кадровая обеспеченность школы
(количество учащихся на одного специалиста)

Показатели	ПРОЕКТ	ПРОЕКТ	ШФЭР	СПб	РФ
	(1-й год)	(2-й год)			
Медработники, в том числе:	335	293	381	390	534
• врач	737	585	596	811	н/д
• медсестра	615	702	851	869	н/д
Специалисты сопровождения, в том числе:	217	195	210	253	109
• социальный педагог	615	585	490	647	н/д
• педагог-психолог	527	585	460	822	н/д
• педагог-валеолог	527	585	1568	3801	н/д
Учитель физкультуры	230	219	262	272	278
Руководитель спортивной секций	335	185	233	196	н/д
Учитель трудового обучения	369	390	322	338	н/д
Руководитель кружка	127	60	158	208	н/д

Личностная готовность педагога к здоровьесозидающей деятельности связана с пониманием им необходимости здорового образа жизни, осознанием его сущности и наличием деятельности по его осуществлению.

Анкетирование показало, что педагоги школ ПРОЕКТА ниже оценивают состояние своего здоровья по сравнению с общими данными: больше из них считают свое здоровье удовлетворительным или плохим. В то же время меньшая часть педагогов осознают зависимость своего здоровья от образа жизни. Для специалистов службы характерно более глубокое понимание проблем своего здоровья и его зависимость от образа жизни, сопоставимое в результатами ШФЭР (табл. 2.7).

Таблица 2.7

Самооценка здоровья педагогов, %				
Вариант ответа	ПРОЕКТ	СЗОУ	ШФЭР	СПб
Считают свое здоровье удовлетворительным и плохим	75,8	73,3	73,2	67,1
Имеют хронические болезни	57,1	79,2	59,7	60,6
Часто болели в течение учебного года	19,0	17,0	16,9	23,0
Наиболее влияющий на здоровье фактор – образ жизни	54,1	76,5	77,0	56,2

Анализ показателей элементов образа жизни педагогов экспериментальных школ не выявил позитивных отличий по сравнению с общими данными; специалисты службы позитивно отличаются и их данные сопоставимы с данными ШФЭР (рис. 2.3).

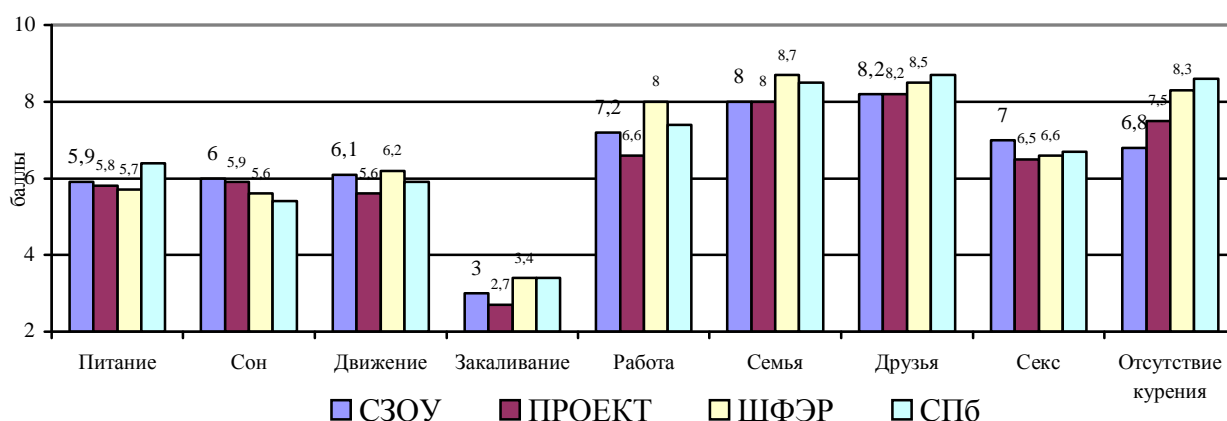


Рис. 2.3. Самоанализ элементов образа жизни педагогов (от 1 до 10 баллов)

Ответ на следующий вопрос также подтверждает сравнительно низкий уровень самооценки образа жизни педагогов школ ПРОЕКТА: меньше педагогов имеют регулярную физическую нагрузку, больше вообще не занимаются физкультурой; данные специалистов службы более позитивны, за исключением курения (табл. 2.8).

Таблица 2.8

Состояние физической активности педагогов				
Вариант ответа	ПРОЕКТ	СЗОУ	ШФЭР	СПб
Занимаюсь ежедневно	5,5	17,0	17,0	7,5
Занимаюсь регулярно, один раз в неделю и чаще	12,2	24,0	13,0	19,3
Занимаюсь нерегулярно, редко	43,1	38,0	60,0	47,0
Не занимаюсь вообще	39,2	21,0	10,0	26,2

Таким образом, уровень личностной готовности педагогов школы к здоровьесозидающей деятельности в целом ниже общегородских данных и особенно данных ШФЭР: педагоги осознают проблемы своего здоровья, но имеют недостаточную активность по его обеспечению. Безусловно, два года эксперимента – это недостаточный срок для изменений образа жизни педагогов. Следует отметить, что данные отдельных школ по этим показателям значительно различаются. При этом наиболее высокие значения указывают педагоги школ 503 и 539 Кировского района, 667 Невского района.

Среди специалистов службы произошли позитивные изменения по сравнению с первоначальными данными, возможно, связанные с повышением квалификации в данной области: так, часть из специалистов указывают, что участие в эксперименте изменило их отношение к собственному здоро-

вью (21%), образ жизни (13%), они узнали много нового о своем здоровье (31%) и о способах его сохранения и укрепления (53%).

Профессиональная готовность педагога к здоровьесозидающей деятельности определяется как осознание необходимости собственной педагогической деятельности по обеспечению здоровья школьников, понимание ее сущности, наличие знаний о формировании здоровья и ЗОЖ и их применение.

Для понимания личностного смысла здоровьесозидающей деятельности здоровье школьников должно быть осознано как педагогическая проблема. Анализ данных табл. 2.9 показывает, что педагоги школ ПРОЕКТА низко оценивают состояние здоровья учащихся, более негативно оценивают влияние школы на здоровье учащихся по сравнению с общими данными. В то же время меньшая часть из них считают, что существует проблема наркозависимости учащихся. Для специалистов службы в данной области также характерно более глубокое понимание проблемы здоровья учащихся, сопоставимое с данными ШФЭР.

Таблица 2.9

Осознание проблемы здоровья учащихся, в %				
Вариант ответа	ПРОЕКТ	СЗОУ	ШФЭР	СПб
Здоровье учащихся является удовлетворительным или плохим	87,2	83,0	81,0	77,5
Здоровье ухудшается по мере обучения в школе	69,5	80,0	57,3	63,6
Существует проблема наркозависимости учащихся	27,4	37,2	43,9	43,5

Представления педагогов о необходимых формах здоровьесозидающей работе в школе представлены на рис. 2.4. Педагоги школ ПРОЕКТА больше осознают необходимость деятельности в этой области по сравнению с городскими данными и данными ШФЭР по всем признакам, в том числе и необходимость повышения собственной квалификации в данной области. Результаты специалистов службы здоровья свидетельствуют о понимании необходимости всех направлений здоровьесозидающей деятельности в школе на уровне равном или превышающем уровень ШФЭР.

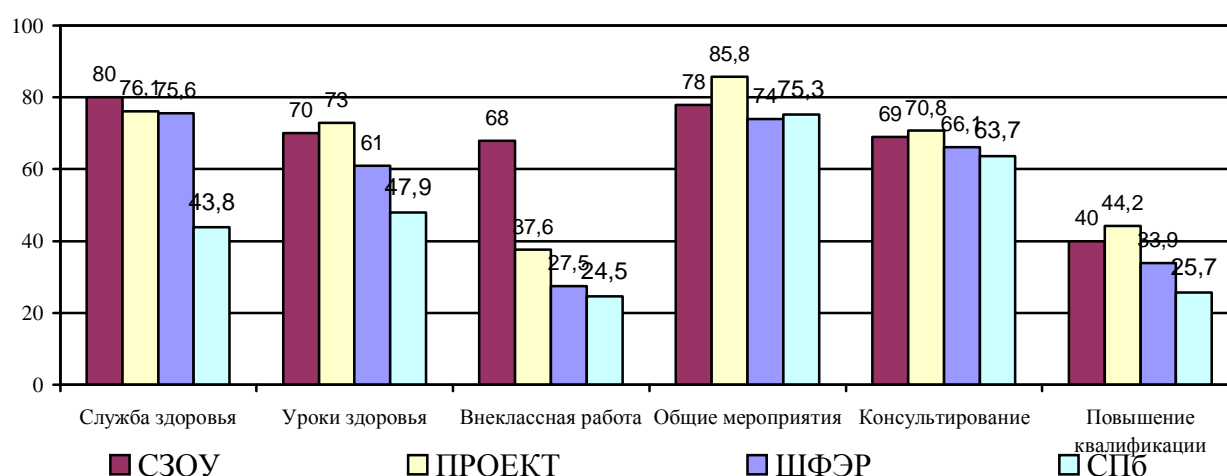


Рис. 2.4. Представления педагогов о необходимых формах здоровьесозидающей деятельности в школе, %

Таким образом, педагоги ПРОЕКТА (в том числе и специалисты службы здоровья) имеют более высокий уровень профессиональной готовности к здоровьесозидающей деятельности по сравнению с общими данными: они лучше осознают как проблемы здоровья учащихся (кроме проблемы наркозависимости), так и необходимость различных направлений здоровьесозидающей деятельности школы. Среди экспериментальных школ наибольшие значения по данному блоку показателей имеют 277 и 539 школы Кировского района, 667 школа Невского района.

Здоровьесозидающая деятельность школы

К специально организованной здоровьесозидающей деятельности ОУ могут быть отнесены профилактические, физкультурно-оздоровительные, педагогические мероприятия.

В школах ПРОЕКТА реализуются *основные формы здоровьесозидающей деятельности*. Проблемой, как и в большинстве школ, является отсутствие витаминизации учащихся (табл. 2.10).

Таблица 2.10

Наличие элементов здоровьесозидающей деятельности школы

Мероприятия	ПРОЕКТ	ШФЭР	СПб	РФ
Диспансеризация учащихся	100,0	100,0	92,1	89,0
Профилактические прививки	100,0	100,0	98,1	99,0
Витаминизация	50,0	42,3	23,3	53,0
Дни здоровья, турпоходы	83,3	100,0	100,0	98,0
Школьные спортивные праздники	100,0	100,0	94,2	98,0
Участие во внешкольных соревнованиях	100,0	100,0	98,1	95,0
Беседы о здоровье с учащимися, уроки здоровья	100,0	100,0	100,0	99,0
Беседы о здоровье с родителями	100,0	92,1	98,1	98,0

Обеспечение разнообразных форм *двигательной активности (ДА)* учащихся в ШКОЛЕ представлено в табл. 2.11.

Таблица 2.11

Объем и структура двигательной активности учащихся в течение учебного дня, мин/нед.

Компоненты	1-й (2-й) класс			5-й (6-й) класс		10-й (11-й) класс		
	ПРОЕКТ 2005 г.	ПРОЕКТ 2006 г.	ШФЭР	ПРОЕКТ 2005 г.	ПРОЕКТ 2006 г.	ПРОЕКТ 2005 г.	ПРОЕКТ 2006 г.	ШФЭР
Уроки физкультуры	75,0	88,3	90,0	88,3	90,0	90,0	90,0	90,0
Динамические перемены	91,7	58,3	250,0	87,5	20,0	14,4	5,0	184,0
Гимнастика до занятий	37,5	39,3	18,0	–	10,0	–	10,0	–
Час здоровья	57,5	120,0	53,0	–	135,0	–	–	24,0
Физкульт-минутки	94,4	40,8	32,0	36	21,7	–	10,0	3,0
ВСЕГО	356,1	346,5	355,0	211,8	276,7	104,4	115,0	280,0

В эксперименте сохранилась высокая ДА учащихся начальной школы и значительно повысилась ДА учащихся основной школы. Проблемой остается

ДА старшекласников: почти единственным источником ДА в течение учебного дня являются уроки физкультуры.

Спортивно-оздоровительная активность школьников во второй половине дня зависит от воспитательной результативности уроков физкультуры и связана с посещением секций и самостоятельными физкультурными занятиями (табл. 2.12). Данные табл. 2.12 показывают, что физкультурно-оздоровительная работа школ ПРОЕКТА в целом лучше организована по сравнению с данными ШФЭР: больше учащихся занимаются в школьных спортивных секциях, участвуют во внутришкольных соревнованиях, посещают и любят уроки физкультуры.

За время эксперимента наблюдается позитивный прирост по всем показателям во всех возрастных группах. Проблемой является практически отсутствие занятий ЛФК и АФК. Лучше организована эта работа в школах 667 Невского района, 455 Колпинского района, 280 Адмиралтейского района.

Таблица 2.12

Показатели	Спортивно-оздоровительная активность школьников, %							
	ПРОЕКТ 2005 г.			ПРОЕКТ 2006 г.			ШФЭР	
	1-й	5-й	10-й	2-й	6-й	11-й	1-й	10-й
Посещают уроки физкультуры	78,7	84,6	79,3	96,6	90,7	76,0	94,2	70,1
Любят уроки Физкультуры	92,1	84,0	69,5	86,2	75,8	78,9	79,6	51,3
Посещают школьную секцию	34,6	15,4	10,9	21,8	29,4	14,2	40,1	30,4
Занимаются вне школы	37,4	39,2	43,1	42,5	50,5	58,3	6,2	33,1
Участвуют в школьных соревнованиях	31,9	47,6	45,0	46,0	28,9	46,6	н/д	н/д
Участвуют в соревнованиях вне школы	29,2	34,9	36,1	63,2	51,0	46,6	н/д	н/д
Занимаются ЛФК и коррекционной гимнастикой	1,9	2,5	6,2	–	–	1,7	15,3	11,2

Таким образом, оценивая результативность деятельности школ ПРОЕКТА, можно сделать следующие выводы:

1. В школах есть необходимая общая и оздоровительная инфраструктура, особенно для физкультурно-оздоровительной работы. За время эксперимента увеличилось оснащение школ дополнительным оборудованием для коррекционной и оздоровительной работы с ослабленными учащимися (прежде всего, за счет технологии «БОС-Дыхание»).

2. Стабильность функционального состояния учащихся обеспечивается традиционным характером учебного процесса, соблюдением требований к объему учебной нагрузки. За время эксперимента оптимизировано расписание уроков во всех возрастных группах в соответствии с кривой работоспособности.

3. Удалось сохранить кадры медицинских работников, увеличить количество специалистов сопровождения, специалистов физкультурно-оздоровительной направленности и педагогов дополнительного образования.

3. Наблюдается повышенный уровень профессиональной готовности педагогов к здоровьесозидающей деятельности (прежде всего, ее мотивационной составляющей). В то же время проблемой остается оптимизация образа жизни педагогов: понимание проблем своего здоровья пока не сопровождается деятельностью по его обеспечению.

4. Спортивно-оздоровительная работа организована в целом лучше по сравнению с общими данными, наблюдается ее значимый прирост как за счет малых форм двигательной активности учащихся в течение учебного дня, так и за счет организации досуга во второй половине дня. Проблемой является недостаточная работа с ослабленными учащимися, отсутствие медицинской профилактики (в частности, витаминизации) учащихся.

Раздел 3. ОБРАЗ ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ

Контингент учащихся школ ПРОЕКТА совпадает с общими данными и практически не изменился за время эксперимента (табл. 3.1).

Таблица 3.1

Показатели	Характеристика контингента учащихся		
	ПРОЕКТ 2005 г.	ШФЭР	СПБ
Средняя численность учащихся, в том числе:	615	792	634
• на учете в милиции, %	0,7	0,2	0,5
• на учете нарколога, %	–	–	0,01
• на учете в тубдиспансере, %	2,3	2,0	2,3
• из неполных семей, %	24,5	23,0	27,7
• получают соц.пособия, %	11,1	15,0	13,6

Изучение *социальных условий* показывает меньшее социальное благополучие типичного учащегося школы ПРОЕКТА по сравнению с данными ШФЭР по ряду признаков: образовательному цензу родителей, характеру жилья; исключение составляет наличие компьютера, что отражает общую тенденцию информатизации общества (табл.3.2).

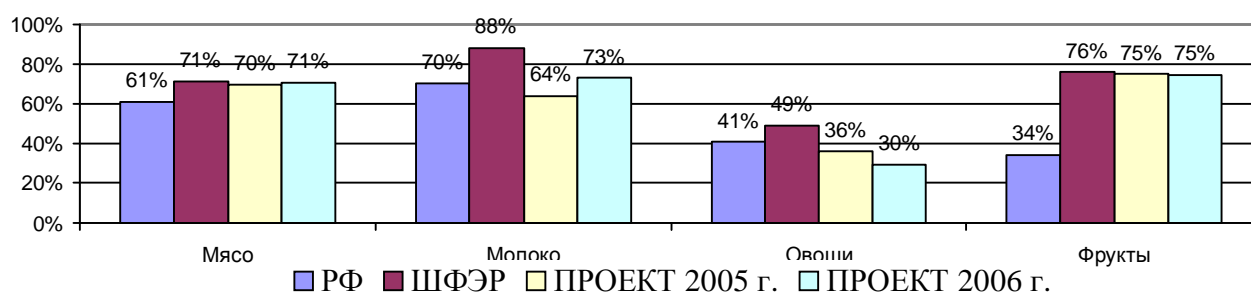
Таблица 3.2

Показатели	Характеристика семьи учащихся			ШФЭР	
	ПРОЕКТ 2005 г.			1-й	10-й
	1-й	5-й	10-й		
Отец имеет высшее образование	41,7	36,8	41,5	44,0	54,0
Мать имеет высшее образование	37,2	32,2	43,4	35,0	52,0
Отец живет вместе с семьей	64,0	68,3	66,7	72,0	76,0
Семья живет в отдельной квартире или собственном доме	86,4	84,3	69,0	74,0	84,0
У учащегося есть отдельная комната	44,4	50,9	73,0	35,0	57,0
Есть компьютер	42,7	64,2	78,6	39,0	71,0

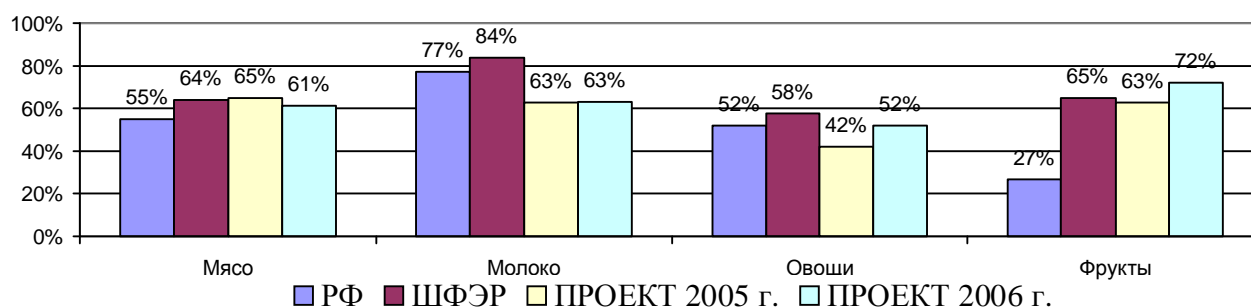
Анализ данных рис. 3.1–3.3 показывает, что структура *питания* учащихся школ ПРОЕКТА в целом совпадает с общими данными; в ходе экспери-

мента наблюдается оптимизация питания школьников по большинству групп продуктов.

Младшие школьники (1-е - 2-е классы)



Старшеклассники (10-е - 11-е классы)



Учащиеся основной школы (5-е - 6-е классы)

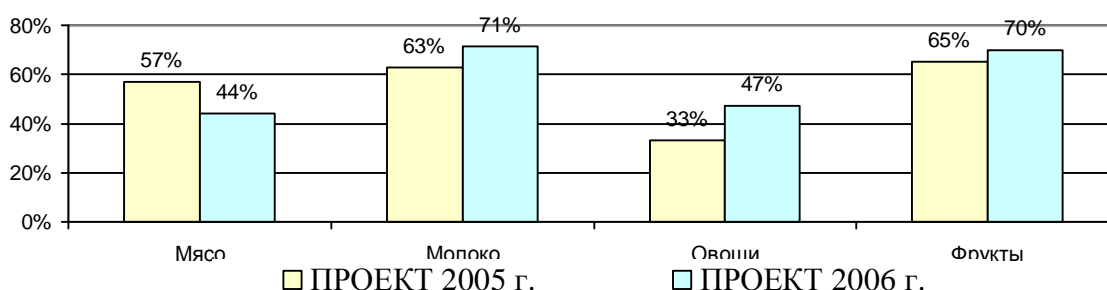


Рис.3.1. Структура питания учащихся
(продукты, которые употребляются каждый день)

Анализ режима питания учащихся позволяет выявить некоторые позитивные изменения в ходе эксперимента: уменьшилось количество учащихся, питающихся без режима (когда захочет); в то же время в каждой возрастной группе значительное количество учащихся совсем не ест в школе. К сожалению, это совпадает с общими данными ШФЭР и РФ (табл.3.3). Позитивные изменения наблюдаются в структуре и режиме питания учащихся всех экспериментальных школ.

Таблица 3.3

Нарушения регулярности питания школьников, %				
Признаки	ПРОЕКТ		ШФЭР	РФ
	2005 г.	2006 г.		
Начальная школа (1-е – 2-е классы)				
Ест 1-2 раза в день	2,7	1,7	1,0	0,9
Ест, когда захочет	36,2	13,9	23,0	32,0
Утром не завтракает	0,5	–	4,0	6,0
В школе не ест	1,6	1,4	8,0	8,0
Основная школа (5-е – 6-е классы)				
Ест 1-2 раза в день	3,0	5,1		
Ест, когда захочет	43,2	34,9		
Утром не завтракает	3,3	4,6		н/д
В школе не ест	17,2	22,8		
Средняя школа (10-е – 11-е классы)				
Ест 1-2 раза в день	10,5	20,9	11,0	6,0
Ест, когда захочет	55,4	41,4	41,0	49,0
Утром не завтракает	3,3	18,8	14,0	9,0
В школе не ест	31,4	39,1	38,0	34,0

Анализ данных табл.3.4 показывает отсутствие значимых изменений режима дня учащихся за время эксперимента: наблюдаются некоторое уменьшение продолжительности сна и увеличение продолжительности прогулок во всех возрастных группах, не выходящее за границы нормы. Наиболее позитивные характеристики режима дня учащихся отмечаются в школах 455 Колпинского района, 667 Невскогорайона, 539 Кировского района.

Таблица 3.4

Компоненты режима дня	Режим дня школьников по будням, средние значения (час)										
	Нач. школа				Основная школа			Средняя школа			
	ПРОЕКТ		ШФ	НОР	ПРОЕКТ		НОР	ПРОЕКТ		ШФ	НОР
	2005	2006	ЭР	МА	2005	2006	МА	2005	2006	ЭР	МА
Дом. задания	1,0	2,0	0,3	–	2,0	2,2	2,0	2,2	2,2	2,2	3,5
Просмотр ТВ	1,4	1,5	1,2	0,5	1,6	1,8	1,0	1,9	1,5	1,4	1,5
Чтение	0,6	0,7	0,3		0,9	1,0		1,0	1,5	0,7	
Компьютер	0,8	0,6	0,1	н/д	1,2	1,3	н/д	1,3	1,2	0,8	
Иное	1,0	0,3	–		2,1	0,9		1,9	1,1	–	
Сон	9,4	8,9	10,0	11,5	9,9	8,2	10,5	8,3	7,1	7,6	8,5
Прогулки	1,2	1,6	1,6	3,5	1,3	1,7	3,0	1,8	2,4	1,3	2,5

Досуг старшеклассников в последние годы связан с *риском наркотизма*: курения, употребления алкоголя и наркотиков. Интегральным показателем в этой области может быть назван показатель уровня наркотического заражения окружения (УНЗО). УНЗО определяется как степень риска вовлеченности школьников в наркотизм и рассчитывается в соответствии с количеством сверстников из ближайшего окружения подростка, которые употребляют психоактивные вещества.

Высокий и опасный уровни УНЗО старшеклассников школ ПРОЕКТА (употребляют психоактивные вещества больше половины или большинство окружающих сверстников) в целом совпадает с данными ШФЭР и несколько снижается в ходе эксперимента (рис.3.4).

Однако анализ данных по отдельным психоактивным веществам показывает повышенный риск курения сверстниками учащихся; данные употребления алкоголя более оптимальны. Наиболее оптимистичные результаты получены в школах 455 Колпинского района, 503 Кировского района, 539 Кировского района.

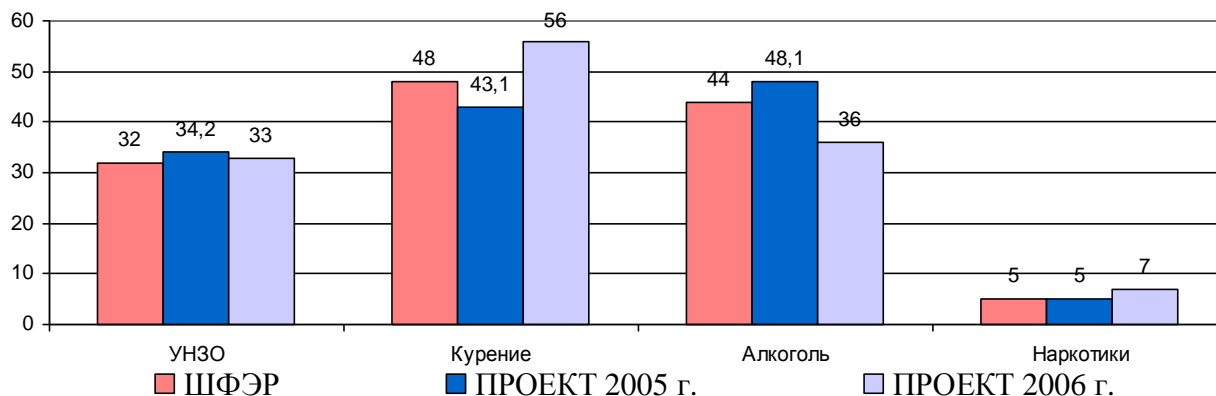


Рис.3.4. Высокий и опасный уровни наркогенного окружения старшеклассников, %

Последний показатель комплексно характеризует воспитательный эффект по формированию готовности учащихся школ к здоровому образу жизни (рис. 3.5). В эксперименте он использовался в контрольном срезе и не входил в состав показателей ШФЭР, поэтому могут быть сопоставлены только результаты 6-тиклассников и 11-классников экспериментальных школ. Анализ рис. 3.5 показывает, что данные основной и средней школы в целом совпадают, снижения воспитательного эффекта мероприятий по формированию готовности учащихся к ЗОЖ не происходит: усиливается понимание ценности здоровья и собственной активности по его обеспечению; в то же время несколько снижается интерес к информации о здоровье и оценка значимости школьных мероприятий. Позитивные отличия от остальных школ имеют по этому показателю школы 455 Колпинского района, 667 Невского района, 539 и 277 Кировского района.

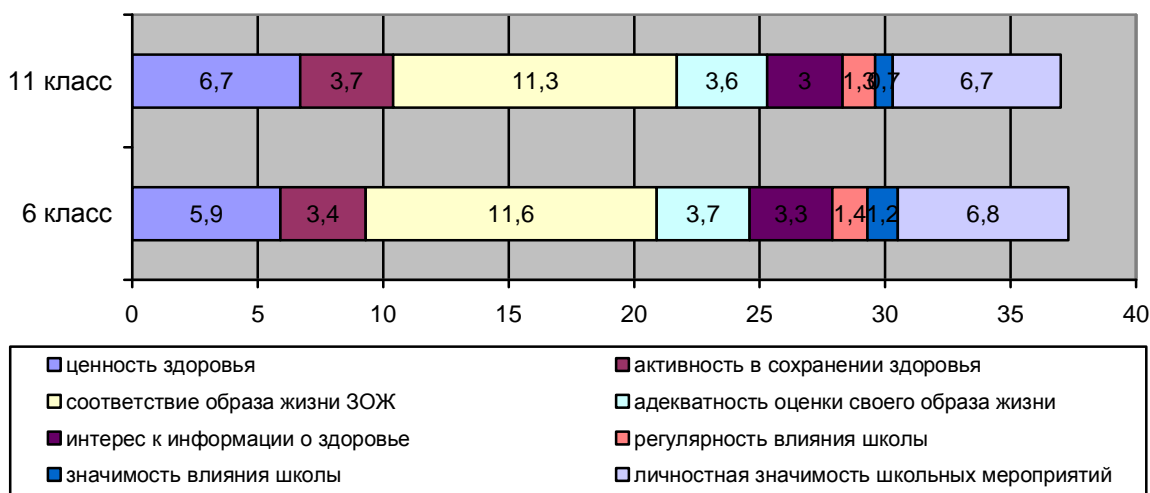


Рис. 3.5. Воспитательный эффект по формированию готовности учащихся к здоровому образу жизни, балльная оценка

Таким образом, оценивая результативность деятельности школ ПРОЕКТА, можно сделать следующие выводы:

1. Социальные условия жизни учащихся менее благополучны по сравнению с данными ШФЭР: в эксперименте участвуют школы разного уровня, находящиеся в разных социальных условиях.

2. Структура и режим питания учащихся оптимизируются в ходе эксперимента: однако, сохраняется достаточно большая группа школьников, нарушающих режим питания.

3. Режим дня учащихся в целом совпадает с данными ШФЭР и не изменяется в ходе эксперимента.

5. Общий социальный риск наркотизации старшеклассников совпадает с данными ШФЭР и несколько уменьшается в ходе эксперимента; однако, наблюдается повышенный риск вовлечения в курение.

6. Воспитательный эффект мероприятий по формированию готовности учащихся к здоровому образу жизни не снижается от основной к средней школе.

Раздел 4. СЛУЖБА ЗДОРОВЬЯ КАК КОЛЛЕКТИВНЫЙ СУБЪЕКТ ТРУДА

Сформированность школьной команды Службы здоровья можно оценить по следующим критериям:

- участие специалистов в разработке и реализации целевой программы;
- согласованность совместной работы с другими специалистами;
- изменение функциональных обязанностей специалистов;
- удовлетворенность деятельностью службы здоровья.

Анализ результатов анкетирования по первому критерию показал, что подавляющее большинство специалистов службы здоровья участвовали в разработке и реализации целевой школьной программы (77% и 94% респондентов). Степень участия всех специалистов службы является высокой (75-100%); исключение составляют медицинские работники (табл. 4.1).

Таблица 4.1

Участие специалистов службы здоровья в разработке и реализации школьной целевой программы (ЦП), %

Направление СЗОУ	ЦП в целом		Задачи реализации ЦП			
	разработка	реализация	построение внутренней среды ОУ (1)	повышение культуры здоровья (2)	коррекция нарушений здоровья (3)	упорядочение деятельности ОУ (4)
Руководитель	100,0	100,0	65,7	70,0	36,7	66,9
Валеологическое	100,0	100,0	60,7	62,5	25,0	47,6
Физкультурное	75,0	75,0	52,9	81,3	38,9	32,1
Медицинское	33,3	67,3	33,3	58,4	44,5	23,8
Психологическое	83,3	100,0	44,3	75,0	38,9	39,3
Социально-педагогическое	100,0	100,0	43,3	58,3	50,0	33,3

информационное	80,0	100,0	42,9	66,7	37,5	34,3
----------------	------	-------	------	------	------	------

Анализ участия специалистов в решении отдельных задач целевых программ показывает, что наиболее часто специалисты принимали участие в решении задачи повышения культуры здоровья участников образовательного процесса (68,6% респондентов) и построения внутренней среды школы (66,2%); наименьшее участие специалисты принимали в создании условий для коррекции нарушений здоровья учащихся (38,2%) и упорядочении здоровьесозидающей деятельности ОУ (40,2%).

Участие в решении отдельных задач целевой программы зависит также от профиля специалиста: так, в решении задач 1 и 4 наибольшее участие принимали руководители службы, в решении задачи 3 – медицинские работники и социальные педагоги.

По второму критерию участники эксперимента отвечали на вопрос, с какими специалистами они работают совместно: средний уровень совместности оказался примерно равным для всех специалистов службы (50-60%), кроме медицинских работников (23,4%) и педагогов-валеологов (42,9%).

81% специалистов службы указали, что их функциональные обязанности изменились в ходе эксперимента (36% респондентов отметили значительное изменение): наиболее серьезные изменения отмечают учителя информатики, учителя физической культуры и педагоги-психологи (значительные изменения отметили 50-60% респондентов); наименьшие изменения отмечают медицинские работники (67% указали, что их работа не изменилась).

81% специалистов службы указали, что они утвердились в необходимости службы здоровья в школе, 97% отметили, что они работают в данной области. Оценивая результаты деятельности службы в школе, как наиболее важные из них специалисты отметили повышение здоровья участников образовательного процесса (70% респондентов), повышение статуса и конкурентоспособности школы (60%) и взаимообмен опытом с другими школами (57%). Средняя значимость результатов оказалась примерно равной для всех специалистов службы (46-62%).

В то же время только 35% специалистов указали, что они полностью удовлетворены своей работой. Среди проблем, требующих решения, специалисты выделили необходимость усиления нормативно-правового обеспечения деятельности службы (67%) и более четкой организации межведомственного взаимодействия (57%).

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

1. Результаты мониторинга показали, что исходное состояние школ, участвующих в городском эксперименте, является типичным для Санкт-Петербурга. Сопоставление с данными Санкт-петербургских школ, участвовавших в широкомасштабном федеральном эксперименте (ШФЭР), показало более низкое исходное состояние здоровья и социальные условия жизни учащихся школ, участвующих в городском эксперименте.

2. Исходно экспериментальные школы имеют разную оснащенность и кадровый потенциал для здоровьесозидающей деятельности: так, школы 667

Невского района и школа 455 Колпинского района имеют хорошее оборудование и кадровый состав для физкультурно-оздоровительной работы; школа 280 Адмиралтейского района более оснащена для медицинской профилактики и коррекции.

3. Динамика результатов мониторинга отражает комплексную работу по построению здоровьесозидающей образовательной среды, которая проведена в ходе эксперимента:

- оснащение школ оздоровительным оборудованием для физкультурной, педагогической, коррекционной и оздоровительной работы;
- поддержание и расширение кадрового потенциала службы здоровья и сопутствующих специалистов;
- повышение профессиональной готовности педагогов школ к здоровьесозидающей деятельности;
- оптимизация образовательного процесса, в т.ч. учебных режимов;
- оптимизация физкультурно-оздоровительной работы, как в течение учебного дня, так и во второй половине дня.

4. Мониторинг показал позитивную динамику данных учащихся по большинству показателей мониторинга, свидетельствующую об успешности эксперимента:

- общего состояния здоровья (в острой и хронической заболеваемости);
- физической подготовленности;
- функционального состояния (снижение психоэмоционального напряжения и повышение школьной мотивации);
- оптимизацию структуры и режима питания;
- оптимизацию режима дня и структуры досуга;
- уменьшения социального риска наркотизации;
- достаточно высокий воспитательный эффект мероприятий по формированию здорового образа жизни в основной и средней школе.

5. Сопоставление данных отдельных экспериментальных школ показало, что при сохранении позитивных результатов, которые показывают более «продвинутые» в данной области школы (лучше оснащенные, имеющие больший опыт работы), наиболее значительная динамика наблюдается в школах Кировского района, которые подключились к городскому эксперименту «с нуля», не имея опыта в построении здоровьесозидающей образовательной среды. Это свидетельствует о позитивном опыте организации сетевого взаимодействия школ в ходе эксперимента.

6. Эксперимент выявил высокую результативность подготовки, проектирования и деятельности команд службы здоровья в экспериментальных школах. Это связано с общей готовностью специалистов службы к совместной деятельности в области построения здоровьесозидающей образовательной среды (мотивационной, когнитивной и исполнительской составляющими). В то же время удовлетворенность специалистов совместной работой может быть повышена за счет более четкого нормативно-правового обеспе-

чения их деятельности, организации межведомственного взаимодействия специалистов (медицинских работников, специалистов по питанию и т.п.).

7. В значительной степени от решения проблем, указанных в п.6 могут быть решены проблемы, выявленные в процессе мониторинга эксперимента:

- недостаточная оптимизация образа жизни педагогов;
- недостаточная работа с ослабленными учащимися, медицинская профилактика (прежде всего, связанная с недостаточной включенностью медицинских кадров);
- наличие большой группы учащихся, имеющих нарушения режима питания;
- повышенный социальный риск вовлечения учащихся в курение.