

**Аналитический отчет  
по результатам мониторинга  
здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений обще-  
го и дополнительного образования детей  
(по срезу данных за 2010 г.)**

Санкт-Петербург, 2010

## РАЗДЕЛ 1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ УЧАЩИХСЯ

### 1.1. Распределение учащихся по группам здоровья (табл. 1.1)

Таблица 1.1

Распределение учащихся по группам здоровья, %

Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	ИННОВАЦ	ОБЩ			КОРР	
	всего	всего	всего	2	6	11	2	6
1-я группа	17,4	13,7	10,7	17,6	17,9	16,8	-	-
2-я группа	58,1	61,4	56,4	63	57,6	53,5	-	-
3-я и 4-я группы	24,4	24,9	32,9	19,3	24,5	29,5	100	100
инвалидность	1,5	0,8	2,6	1,2	1,3	1,8	13,1	14,4
диспансерный учет	22,8	19,2	30,3	18,6	23	27,1	52,4	62,2

В исследуемых *возрастных группах* наблюдается ухудшение здоровья учащихся по мере перехода по ступеням обучения, прежде всего, за счет увеличения количества учащихся с третьей и четвертой группами здоровья (с 19,3% до 29,5%); увеличивается количество детей инвалидов (с 1,2% до 1,8%) и учащихся, поставленных на диспансерный учет (с 18,6% до 27,1%). Эти результаты подтверждают данные предшествующего исследования 2004 года.

По типам и видам ОУ наблюдаются следующие значимые различия с общими данными:

- 1) в школах повышенного уровня меньше учащихся с первой группой здоровья (13,7% по сравнению с 17,4%); в то же время меньше детей, поставленных на диспансерный учет (19,2% по сравнению с 22,8%). Возможно, это объясняется, с одной стороны, определенным отбором детей по уровню здоровья, а с другой стороны – негативным влиянием учебного процесса на состояние здоровья изначально здоровых детей (первая группа здоровья);
- 2) в школах для детей с нарушениями здоровья и развития обучаются дети, как правило, с 3-й и 4-й группами здоровья. Среди них большинство поставлены на диспансерный учет, их количество увеличивается при переходе по ступеням обучения (52,4% второклассников и 62,2% шестиклассников); количество детей-инвалидов значительно больше, чем в школах других типов и видов (например, 14,4% шестиклассников по сравнению с 1,8% по общим данным);

В школах, имеющих *инновационный статус* по данному направлению, состояние здоровья учащихся снижено по сравнению с общими данными: среди них меньше учащихся с первой группой здоровья (10,7% по сравнению с 17,4%), больше – с третьей и четвертой группами здоровья (32,9% по сравнению с 24,4%); больше детей-инвалидов (2,6% по сравнению с 1,5%) и детей, поставленных на диспансерный учет (30,3% по сравнению с 22,8%). Эти результаты соответствуют ранее полученным данным и могут свидетельствовать о том, что выбор такого направления инноваций нередко определяется необходимостью повышения конкурентоспособности школы, находящейся в

окружении высокостатусных ОУ. Контингент учащихся таких школ в основном составляют дети, которые по тем или иным причинам не прошли конкурсный отбор в высокостатусные ОУ (как правило, в силу меньших адаптивных возможностей, связанных, в том числе, и с проблемами их здоровья).

## 1.2. Рейтинговое распределение частоты хронических болезней учащихся

Среди выраженных групп нозологий наиболее представлены нарушения костно-мышечной системы, органов зрения, органов дыхания и ЛОР-заболеваний, нервной и сердечно-сосудистой (табл. 1.2).

Наибольшая негативная динамика по возрастным группам учащихся наблюдается по нарушениям, которые относятся к так называемым «школьно-зависимым болезням» (рис. 1.1): опорно-двигательного аппарата (с 40,7% до 46,7%), органов зрения (с 16,9% до 29,5%), сердечно-сосудистой системы (с 11,2% до 14,9%). Сопоставление с данными 2004 года свидетельствует о продолжении снижения здоровья школьников по ряду нозологий.

Таблица 1.2

Распределение по наиболее часто встречающимся группам нозологий, %

Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	ИННОВАЦ	ОБЩ			КОРР	
	всего	всего	всего	2	6	11	2	6
Костно-мышечная система	43,3	55,6	43,5	40,7	42,5	46,7	51,9	60,7
Орган зрения	22,7	27,6	21,6	16,9	21,7	29,5	22,2	30,4
ЛОР-заболевания	12	18,2	11,9	14,6	10	11,4	14,8	13,5
Нервная система	11,1	14,8	11,7	10	12,1	11,4	75,9	75
Пищеварительная система	7,7	14,0	8,3	6,2	7,2	9,5	5,6	10,7
Сердечно-сосудистая система	12,7	21,5	7,6	11,2	12	14,9	5,6	17,9
Стоматология	4,2	9,7	0,7	4,2	3,6	4,7	1,9	-
Мочеполовая система	5,8	12,8	3,4	5,2	6,1	3,8	5,6	3,6
Психическая сфера	0,8	8,9	-	1,2	1,0	6,1	25,9	30,4

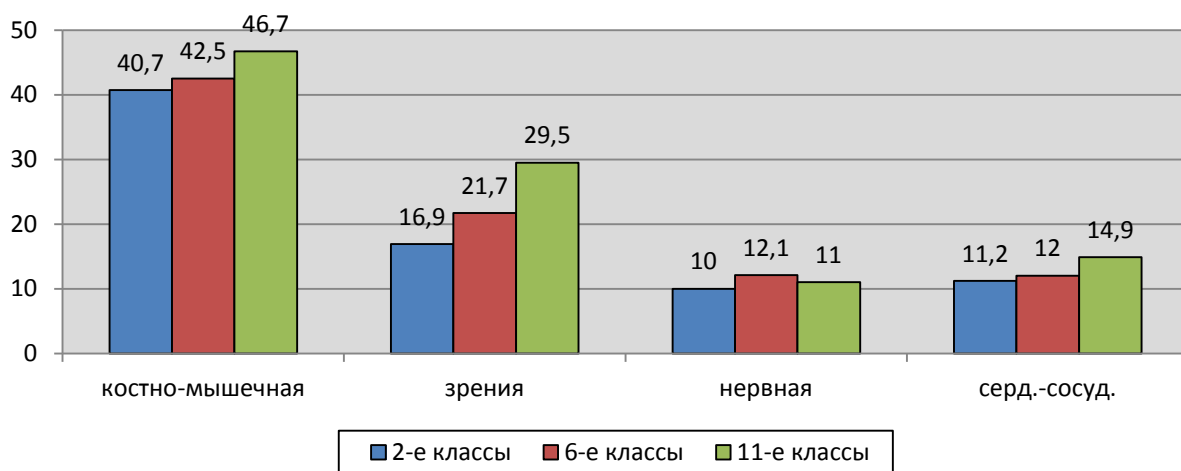


Рис. 1.1. Распределение учащихся разных возрастных групп по наиболее выраженным нозологиям, %

По типам и видам ОУ наблюдаются следующие значимые различия с общими данными (табл. 1.2, рис. 1.2):

1) в школах повышенного уровня более выражены нарушения по большинству групп нозологий: по нарушениям опорно-двигательного аппарата (55,5% по сравнению с 43,3%); органов зрения (27,6% по сравнению с 22,7%) и т.п.; 2) в школах для детей с нарушениями здоровья и развития количество детей с выраженными хроническими болезнями наиболее высоко по всем нозологиям. При этом изменена структура распределения по нозологиям: доминируют нарушения нервной системы (75% по сравнению с 12,1% по общим данным) и психической сферы (30,4% по сравнению с 1,0% по общим данным).

В школах, имеющих инновационный статус по данному направлению, рейтинговое распределение хронических болезней практически совпадает с общими данными.

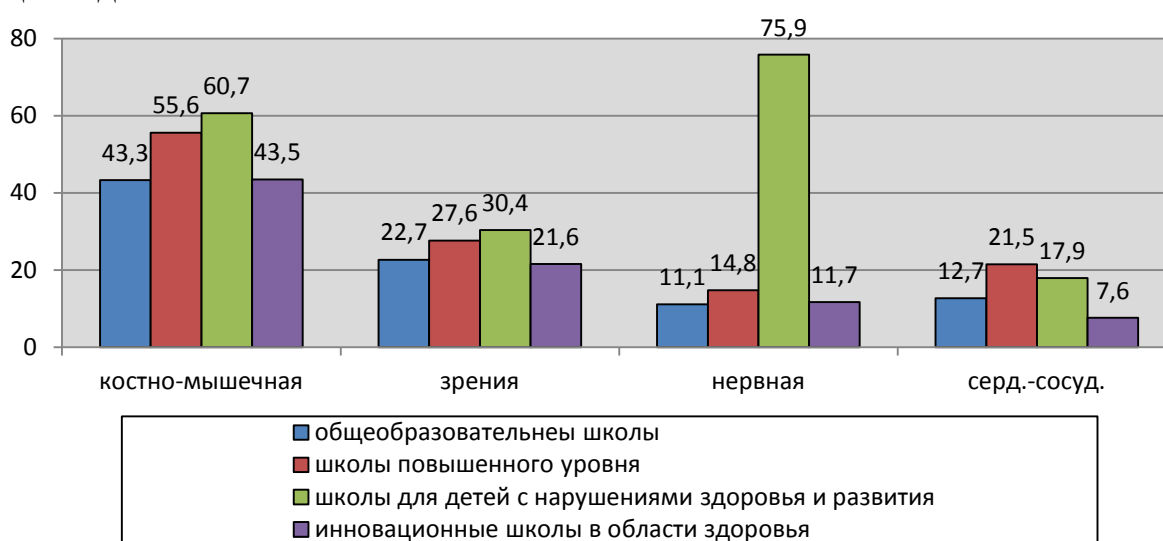


Рис. 1.2. Распределение учащихся разных типов и видов ОУ по наиболее выраженным нозологиям, %

### 1.3. Физическое развитие учащихся (табл. 1.3)

Таблица 1.3

Нарушения физического развития учащихся, %

Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	ИННОВАЦ	ОБЩ			КОРР	
	всего	всего	всего	2	6	11	2	6
Микросоматотип	38,3	40,6	36,6	59,7	47,3	37,3	75,9	39,3
Макросоматотип	17,9	19,5	14,7	11,5	27,6	27,6	3,7	8,9
Дисгармоничное	39,1	33,3	40,9	23,4	20,8	71,6	37	28,6
Резко дисгармоничное	11,1	17,7	10,7	14,6	13,5	5,5	29,7	43,9

В исследуемых *возрастных группах* наблюдается снижение количества учащихся, имеющих сниженный уровень физического развития, децелерацию (микросоматотип): с 59,7% до 37,3%, возрастает количество детей с акселерацией (макросоматотип): с 11,5% до 27,6%; снижается количество детей с резко дисгармоничным развитием (с 14,6% до 5,5%). В какой-то мере это характеризует увеличение адаптивных возможностей учащихся.

Однако, сохранение значительного количества одиннадцатиклассников с микросоматотипом, преобладание среди них детей дисгармоничного типа развития свидетельствует о негативных тенденциях в состоянии здоровья детей.

По типам и видам ОУ данные школ повышенного уровня совпадают с общими данными. Значимые различия с общими данными наблюдаются в школах для детей с нарушениями здоровья и развития: доминируют дети с микросоматотипом (75,9% по сравнению с 59,7%), дисгармоничным и резко дисгармоничным развитием (74,8% по сравнению с 34,3%). Эти данные подтверждают общее неблагоприятное состояние здоровья учащихся таких школ, их сниженные адаптивные возможности.

Данные школ, имеющих инновационный статус, по этому индикатору совпадают с общими данными.

#### 1.4. Острая заболеваемость учащихся (табл. 1.4)

Таблица 1.4

Пропуски учебных занятий по болезни, среднее (дней/уч-ся)

Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	ИННОВАЦ	ОБЩ			КОРР	
	всего	всего	всего	2	6	11	2	6
Всего пропусков, дней/уч-ся. Из них по заболеваниям, %:	5,49	6,26	4,21	6,65	5,76	4,06	7,2	6,6
По простудным	87,8	92,5	90,1	89,3	87,7	85,6	83,7	93,7
По инфекционным	4,2	1,2	2,5	5,5	2,9	3,8	1,3	6,3
По хроническим	5,5	2,2	3,2	4,3	7,1	5,5	14,9	н/д
По травмам	2,4	4,1	4,2	0,9	2,3	5,1	0	0

В исследуемых возрастных группах наблюдается снижение количества пропусков учебных занятий по болезни по мере перехода по ступеням обучения (с 6,65 дней/уч/ся/год до 4,06 дней/уч/ся/год), что может свидетельствовать о повышении адаптивных возможностей учащихся, но может иметь и социальные причины – необходимость посещать занятия в старших классах несмотря на здоровье). В структуре острой заболеваемости снижается доля простудных болезней (с 89,3% до 85,6%) и увеличивается доля травм и обострений хронических болезней (с 5,2% до 10,6%), что может свидетельствовать об увеличении хронической заболеваемости школьников.

По типам и видам ОУ наблюдаются следующие значимые различия с общими данными:

- 1) в школах повышенного уровня больше пропусков учебных занятий по болезни (6,26 дней/уч/ся/год по сравнению с 5,49 дней/уч/ся/год). В структуре острой заболеваемости выше доля простудных болезней (92,5% по сравнению с 87,8%). Эти данные подтверждают возможное негативное влияние учебного процесса в таких школах на адаптивные возможности учащихся;
- 2) в школах для детей с нарушениями здоровья и развития количество пропусков учебных занятий по болезни наиболее высоко (7,20 дней/уч/ся/год по сравнению с 6,56 дней/уч/ся/год); в структуре острой заболеваемости значительно выше доля обострений хронических болезней (14,9% по сравнению с

4,3%). Эти данные подтверждают общее неблагоприятное состояние здоровья учащихся таких школ

*В школах, имеющих инновационный статус* по данному направлению, наблюдается меньшее количество пропусков учебных занятий по болезни по сравнению с общими данными (4,21 дней/уч/ся/год и 5,49 дней/уч/ся/год); в структуре острой заболеваемости ниже доля инфекционных (5,5% и 4,2%) и хронических болезней (3,2% и 5,5%). Возможно, это связано с позитивным влиянием учебного процесса на адаптивные возможности учащихся.

### 1.5. Физическая подготовленность учащихся (табл. 1.5)

Табл.1. 5

Уровень	Физическая подготовленность учащихся, %							
	ОБЩ	ПОВЫШ	ИННОВАЦ	ОБЩ			КОРР	
	всего	всего	всего	2	6	11	2	6
Низкий	20,9	15,1	21,2	25,3	21,5	15,8	39,1	24,4
Средний	62	68,5	62,5	60,6	60,8	64,6	54,3	68,9
Высокий	17,1	16,4	16,3	14,1	17,7	19,6	6,6	6,7

В исследуемых *возрастных группах* наблюдается повышение уровня физической подготовленности (ФП) учащихся: по мере перехода по ступеням обучения снижается количество учащихся с низким уровнем ФП (с 25,3% до 15,8%), увеличивается количество учащихся с высоким уровнем ФП (с 14,6% до 19,6%).

*По типам и видам ОУ* наблюдаются следующие значимые различия с общими данными:

- 1) в школах повышенного уровня меньше учащихся с низким уровнем ФП (15,1% по сравнению с 20,9%);
- 2) в школах для детей с нарушениями здоровья и развития ФП учащихся значительно ниже: больше детей с низким уровнем ФП (среди второклассников 39,1% по сравнению с 25,3%); меньше детей с высоким уровнем ФП (среди второклассников 6,6% по сравнению с 14,1%).

*В школах, имеющих инновационный статус* по данному направлению, не наблюдается значимых различий уровня ФП с общими данными.

### 1.6. Функциональное состояние учащихся

Психоэмоциональное напряжение (ПН) учащихся начальной школы и учащихся основной и средней школы измеряется с помощью разных методик, что вызывает трудности в сравнении данных разных возрастных групп (табл. 1.6 и табл. 1.7). Тем не менее, необходимо отметить, что более 20% учащихся всех возрастных групп имеют повышенный уровень психоэмоционального напряжения.

*По типам и видам ОУ* наблюдаются следующие значимые различия с общими данными:

- 1) в школах повышенного уровня ПН учащихся ниже общих данных: больше учащихся с низким уровнем ПН (66,9% по сравнению с 54,4% в основной и

старшей школе; 11,5% по сравнению с 24,0% в начальной школе); школьная мотивация (ШМ) второклассников совпадает с общими данными (табл. 1.8).

2) в школах для детей с нарушениями здоровья и развития ПН учащихся значительно выше общих данных: меньше детей с низким уровнем ФП (для шестиклассников 38,5% по сравнению с 57,6%; для второклассников – 23,8% по сравнению с 42,7%). ШМ второклассников ниже общих данных: меньше детей с высокой ШМ (50,7% по сравнению с 58,6%); больше – в низкой и негативной (19,1% по сравнению с 15,9%);

3) в УДОД меньше детей с низким уровнем ПН (41,7% по сравнению с 54,4% в основной и средней школе) и больше – с высоким уровнем ПН (25,0% по сравнению с 20,4%). ШМ воспитанников УДОД значительно ниже общих данных: меньше детей с высокой ШМ (37,5% по сравнению с 58,6%); гораздо больше – с низкой и негативной (47,5% по сравнению с 15,9%).

Следует отметить, что показатели ПН и ШМ воспитанников УДОД измеряются по отношению к пребыванию в школе, а не в УДОД; поэтому эти данные характеризуют общее состояние воспитанников УДОД, а не его образовательную среду.

В школах, имеющих инновационный статус по данному направлению, уровень ПН также ниже общих данных: больше учащихся с низким уровнем ПН (66,8% по сравнению с 54,4% в основной и старшей школе; 17,9% по сравнению с 24,0% в начальной школе). Уровень ШМ учащихся совпадает с общими данными.

Табл. 1.6

**Психоэмоциональное напряжение в основной и старшей школе, %**

Уровень	ОБЩ	ПОВЫШ	ИННОВАЦ	ОБЩ	КОРР	УДОД
	всего	всего	всего	б	б	всего
Низкий и ниже среднего	54,4	66,9	66,8	57,6	38,5	41,7
Средний	25,2	16,5	17,6	22,9	41,1	33,3
Выше среднего и высокий	20,4	16,7	15,6	19,5	20,4	25,0

Табл.1. 7

**Психоэмоциональное напряжение учащихся в начальной школе, %**

Уровни	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ	УДОД
Нет перенапряжения	42,7	45,6	23,8	43,5	41,2
Умеренное напряжение	33,3	42,9	49,2	38,6	38,8
Перенапряжение	24	11,5	27,0	17,9	20,0

Таблица 1.8

**Школьная мотивация учащихся начальной школы, %**

Уровни	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ	УДОД
Высокая и хорошая	58,6	58,7	50,7	54,1	37,5
Положительное отношение	25,5	23,0	30,2	28,5	15,0
Низкая и негативная	15,9	18,4	19,1	17,4	47,5

## РАЗДЕЛ 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ ШКОЛЫ

### 2.1. Характеристика инфраструктуры

Состояние зданий и инфраструктуры школ Санкт-Петербурга достаточно сходно: как правило, школы расположены в одном четырехэтажном здании (около 80% из них), в школах производится регулярный косметический ремонт (67% из них); в них есть бытовое оборудование, в т.ч. для приготовления пищи: столовая (96,3% из них), готовят сами 75,9% школ. В здании УДОД не предусмотрено питание воспитанников (рис. 21, табл. 2.1).



Рис. 2.1. Характеристика и состояние зданий ОУ

Таблица 2.1

Наличие элементов общей инфраструктуры, %

Элементы инфраструктуры	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ	УДОД
Одно здание	81,0	82,8	100,0	100,0	100
Четыре этажа	80,0	100	78,0	60,0	100
Косметический ремонт каждый год	67,0	100	100,0	100	100
Требуется ремонт	27,0	33,3	20,0	20,0	-
Есть столовая	96,3	100	100,0	100,0	-
Пищу готовят сами	75,9	81,8	40,0	75,0	-
Разогревают готовое	24,1	18,2	60,0	25,0	-

В школах есть также оздоровительная инфраструктура (табл. 2.2). В школах повышенного уровня, коррекционных и инновационных школах несколько больше оздоровительного оборудования по сравнению с общими данными. Однако, количественный состав выборки не позволяет получить значимых различий между ОУ: исключение составляют наличие кабинетов массажа (его имеют 60,0% коррекционных ОУ и 37,5% инновационных ОУ по сравнению с 18,5% ОУ по общим данным) и кабинетов релаксации (60% коррекционных ОУ по сравнению с 20,4% ОУ по общим данным). УДОД практически не имеет собственной оздоровительной инфраструктуры (кроме кабинета релаксации). Стоит отметить, что физкультурно-оздоровительные и туристические объединения УДОД работают на базе других ОУ района.



Таблица 2.2

**Наличие элементов оздоровительной инфраструктуры, %**

Показатель	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ	УДОД
Медицинский кабинет	96,3	100	100	100	-
Спортивный зал	100	100	100	100	-
Больше одного спортивного зала	42,6	54,5	-	25,0	-
Школьный стадион	64,8	72,5	20	62,5	-
Тренажерный комплекс	46,3	45,5	60	62,5	-
Бассейн	1,9	-	20	12,5	-
Ингаляторий, физиотерапия	16,7	27,3	20	37,5	-
Зубоврачебный кабинет	3,7	18,2	20	12,5	-
Фитобар, кислородные коктейли	9,3	18,2	-	12,5	-
Кабинет массажа	18,5	27,3	60	37,5	-
Кабинет релаксации	20,4	36,1	60	37,5	100
Зимний сад	14,8	36,1	-	25,0	-

**2.2. Характеристика учебного процесса**

Анализируемые ОУ практически не различаются по степени инновационности учебного процесса: около 25% школ реализуют инновационные УМК в начальной школе и около 40% - профильное обучение в старших классах (табл. 2.3).

Общий объем учебной нагрузки в школах соответствует нормативам и также не отличается в разных типах и видах школ. В коррекционных школах учебная нагрузка ниже (табл. 2.4).

Таблица 2.3

**Наличие инновационных изменений учебного процесса, %**

Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	ИННОВАЦ	КОРР
Профильное обучение в старших классах	38,9	35,3	37,5	-
Инновационные УМК в начальной школе	25,2	28,5	22,5	25,2

Таблица 2.4

**Средний объем учебной нагрузки учащихся, часов/нед.**

Данные	всего
ОБЩ	29,9
ПОВЫШ	28,5
КОРР	21,4
ИННОВАЦ	28,3

**2.3 Кадровый потенциал**

Социальные характеристики педагогических коллективов школ в целом совпадают: подавляющее большинство педагогов имеют высшее профессиональное образование (90,5% из них), средний возраст 43-45 лет, средний педагогический стаж 18-19 лет. В УДОД педагогический коллектив по сравнению с общими данными моложе (средний возраст 37,5 лет по сравнению с

43,8 лет) и имеет меньший педагогический стаж (средний педагогический стаж 15,7 лет по сравнению с 18,7 лет).

Наибольшая текучесть кадров наблюдается в коррекционных школах (8,6% по сравнению с 5,0%), в них также наибольшее количество пропусков рабочих дней по болезни (13,8 дней/чел./год по сравнению с 5,9 дней/чел./год по общим данным).

В инновационных школах по данному направлению показатели текучести кадров и пропусков по болезни несколько более благополучны по сравнению с общими данными, но достоверность различий недостаточна.

Таблица 2.5

**Характеристика педколлектива школ**

Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ	УДОД
Средняя численность педагогов, в т.ч:	60	58	81	65	180
с высшим специальным образованием, %	90,5	89,8	87,6	90,4	88,9
Средний возраст педагогов, лет	43,8	44,5	45,0	44,5	37,5
Средний педагогический стаж, лет	18,7	18,5	19,4	17,8	15,7
Текучесть кадров за год, %	5,0	3,6	8,6	3,1	5,0
Пропущено дней по болезни, среднее/год	5,9	5,5	13,8	4,3	2,7

Анализ кадровой обеспеченности здоровьесберегающей деятельности школ разных типов и видов показывает значимые различия с общими данными только в коррекционных школах, в которых один специалист работает со значительно меньшим количеством учащихся: например, коррекционный педагог в среднем работает с 73 учащимися в коррекционных школах и с 528 учащимися в общеобразовательных школах. Указанные отличия определяются штатным расписанием данного вида ОУ.

Между данными других типов и видов школ не наблюдается значимых различий. Тем не менее, можно отметить относительно меньшую обеспеченность специалистами школ повышенного уровня (кроме педагогов-психологов), возможно, связанную с большим количеством учащихся в таких школах. В этих школах также гораздо меньше обеспечено трудовое обучение и дополнительное образование детей (так, один учитель трудового обучения работает с 684 учащимися школ повышенного уровня и с 334 учащимися общеобразовательных школ).

В УДОД отсутствуют медицинские работники и специалисты сопровождения (кроме одного психолога, работающего более чем с 5000 воспитанников). Специалисты физкультурно-оздоровительного и трудового обучения работают только в рамках соответствующих объединений. В среднем один педагог дополнительного образования в УДОД работает с 15 воспитанниками.

В школах, имеющих инновационный статус по данному направлению, количество специалистов в целом совпадает с общими данными; среди них больше учителей физической культуры и трудового обучения.

Таблица 2.6

**Кадровая обеспеченность школы (количество учащихся на одного специалиста)**

Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ	УДОД
Медработники, в т.ч.:	252,8	310,8	67,7	291,0	-
• врач	547,0	621,6	145,1	579,0	-
• медсестра	510,0	621,6	127	597,0	-
Специалисты сопровождения, в т.ч.:	170,9	170,9	32,8	180,5	5300
• социальный педагог	578,5	683,8	169,3	681,6	-
• педагог-психолог	527,8	488,4	101,6	555,8	5300
• коррекционный педагог	527,8	569,8	72,6	543,6	-
Учитель физкультуры	238,8	235,8	92,4	223,5	-
Руководитель спортивной секции	204,7	201,1	121	292,6	662,5
Учитель трудового обучения	334,3	683,8	30,3	313,4	662,5
Руководитель кружка	70,8	91,2	60,5	74,6	15,0

**2.4. Готовность педагогов к здоровьесберегающей деятельности**

Самооценка педагогами своего здоровья практически не отличается в разных типах и видах ОУ, в т.ч. и инновационных: большинство педагогов считают свое здоровье удовлетворительным или плохим (67,8% респондентов по общим данным), имеют хронические болезни (59,7% соответственно), около 20% из них часто болеют в течение года. Педагоги УДОД реже болеют в течение года (11,3% из них сравнительно с 20,2% по общим данным). Возможно, это определяется возрастными различиями педагогических коллективов ОУ и УДОД.

Признают образ жизни фактором, наиболее влияющим на здоровье, более половины педагогов (56,5% респондентов по общим данным); позитивные отличия по этому вопросу имеют ответы педагогов УДОД (74,2% респондентов).

Таблица 2.7

**Самооценка здоровья педагогов, %**

Вариант ответа	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ	УДОД
Считают свое здоровье удовлетворительным или плохим	67,8	67,2	72,7	65,9	67,0
Имеют хронические болезни	59,7	58,5	57,9	57,0	47,0
Часто болели в течение учебного года	20,2	19,2		19,4	11,3
Наиболее влияющий на здоровье фактор – образ жизни	56,5	55,1	63,2	58,1	74,2

Анализ показателей элементов образа жизни педагогов показывает низкие значения ряда показателей (питания, сна, двигательной активности, закаливания и т.п.), сходные для педагогов разных типов и видов ОУ и не отличающиеся от результатов предшествующих исследований в образовательной системе Санкт-Петербурга (табл. 2.8).

Таблица 2.8

## Самооценка элементов образа жизни педагогов, баллы

компоненты	ОБЩ	ПОВЫШ	ИННОВАЦ	КОРР	УДОД
Рациональность питания	6,47	6,64	6,56	6,37	5,76
Рациональность сна	6,00	5,85	6,18	6,13	6,10
Достаточная двигательная активность	6,17	6,36	6,24	6,28	6,50
Наличие закаливания	3,30	3,45	3,38	3,05	4,80
Удовлетворенность работой	7,41	7,55	7,61	6,63	6,80
Удовлетворенность жилищными условиями	7,14	7,65	7,24	5,42	5,70
Удовлетворенность семейными взаимоотношениями	8,59	8,84	8,78	7,05	7,80
Удовлетворенность взаимоотношения с коллегами и друзьями	8,54	8,61	8,82	7,16	8,10
Удовлетворенность сексуальными взаимоотношениями	6,64	7,01	7,13	5,95	5,90
Отсутствие курения	8,41	8,5	8,17	6,68	8,50
Отсутствие употребления алкоголя	7,90	8,04	7,98	8,21	8,32

Наибольшие различия между педагогами *разных типов и видов ОУ* наблюдаются по показателям удовлетворенности компонентами своего образа жизни (рис. 2.2). Наиболее удовлетворены компонентами своей жизнедеятельности педагоги школ повышенного уровня и школ, имеющих инновационный статус в области здоровья (например, средний балл удовлетворенности взаимоотношениями с коллегами и друзьями у педагогов инновационных школ – 8,82 балла, в отличие от 8,54 по общим данным). Наименьшую удовлетворенность проявляют педагоги коррекционных школ (например, средний балл удовлетворенности взаимоотношениями с коллегами и друзьями у педагогов инновационных школ – 7,16 балла, в отличие от 8,54 по общим данным)

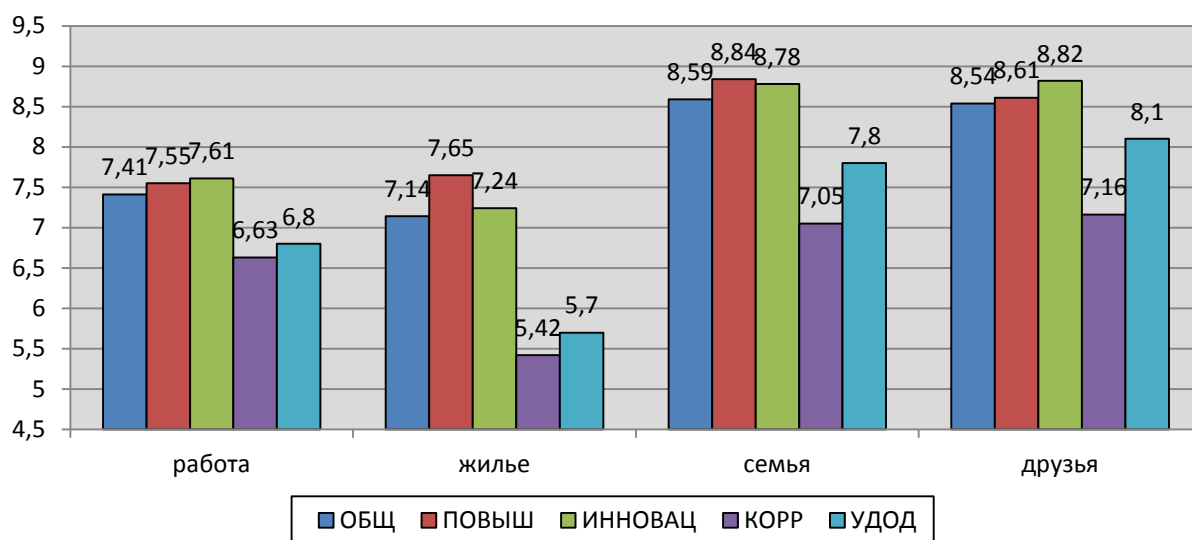


Рис. 2.2. Удовлетворенность педагогов разных типов и видов ОУ компонентами своего образа жизни, балльная оценка

Ответ на следующий вопрос также подтверждает сравнительно низкий уровень самооценки образа жизни педагогов: крайне мало педагогов регулярно занимаются физкультурой, около четверти из них не занимаются вообще (табл. 2.9). При этом наибольшую физическую активность проявляют педагоги коррекционных школ: регулярно и ежедневно занимаются 32,8% из них в отличие от 25,5% по общим данным; не занимаются вообще 18,3% в отличие от 25,1% соответственно. Педагоги инновационных школ по этому показателю также имеют позитивные отличия от общих данных (регулярно и ежедневно занимаются 30,2%; не занимаются вообще 15,8%).

Таблица 2.9

**Состояние физической активности педагогов**

Вариант ответа	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ	УДОД
Занимаюсь ежедневно	8,0	10,5	8,4	6,5	12,9
Занимаюсь регулярно, один раз в неделю и чаще	17,5	18,0	24,4	23,7	24,2
Занимаюсь нерегулярно, редко	49,4	50,8	48,9	54,1	35,5
Не занимаюсь вообще	25,1	20,7	18,3	15,8	27,4

Таким образом, пилотажное исследование подтверждает полученные в наших более ранних исследованиях данные о низком уровне личностной готовности школьных педагогов Санкт-Петербурга к здоровьесберегающей деятельности: педагоги осознают проблемы своего здоровья, но имеют недостаточную активность по его обеспечению. В то же время значимые различия между данными педагогов ОУ разных типов и видов свидетельствуют о возможности влияния образовательной среды школы на эти показатели.

Для понимания личностного смысла здоровьесберегающей деятельности здоровье школьников должно быть осознано как педагогическая проблема (табл. 2.10). Анализ данных таблицы 2.10 показывает, что педагоги ОУ в целом осознают наличие проблемы здоровья учащихся (воспитанников). Подавляющее большинство из них низко оценивают состояние здоровья учащихся: 82,7% респондентов считают его удовлетворительным или плохим, 58,5% полагают, что оно ухудшается по мере обучения в школе.

По типам и видам ОУ наблюдаются следующие значимые различия с общими данными:

- 1) в школах повышенного уровня больше педагогов считают, что здоровье детей ухудшается по мере пребывания в школе (63,8% респондентов по сравнению с 58,5% по общим данным). Это может свидетельствовать о понимании ими негативного влияния образовательного процесса в школах такого типа на здоровье учащихся;
- 2) педагоги школ для детей с нарушениями здоровья и развития по очевидным причинам наиболее низко оценивают здоровье детей (93,8% из них считают его удовлетворительным или плохим). В то же время только 28,6% из них полагают, что здоровье детей ухудшается по мере обучения в школе. Возможно, такая позиция связана с большим объемом оздоровительной работы, которую осуществляют школы этого типа.

В школах, имеющих инновационный статус по данному направлению, меньше педагогов считают, что здоровье детей ухудшается по мере пребывания в школе (54,8% респондентов по сравнению с 58,5% по общим данным). Такая позиция, как и у педагогов коррекционных ОУ, может отражать наличие в школе работы по сохранению и укреплению здоровья детей.

Только около трети педагогов считают, что существует проблема наркозависимости учащихся (29,8% респондентов по общим данным); данные совпадают в разных типах и видах ОУ, в т.ч. инновационных. Эти данные свидетельствуют о недостаточном понимании педагогами значимости этой проблемы.

Таблица 2.10

**Осознание проблемы здоровья учащихся, в %**

Вариант ответа	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ
Здоровье учащихся является удовлетворительным или плохим	82,7	80,2	93,8	84,6
Здоровье ухудшается по мере обучения в школе	58,5	63,8	28,6	54,8
Существует проблема наркозависимости учащихся	29,8	33,1	29,7	28,7

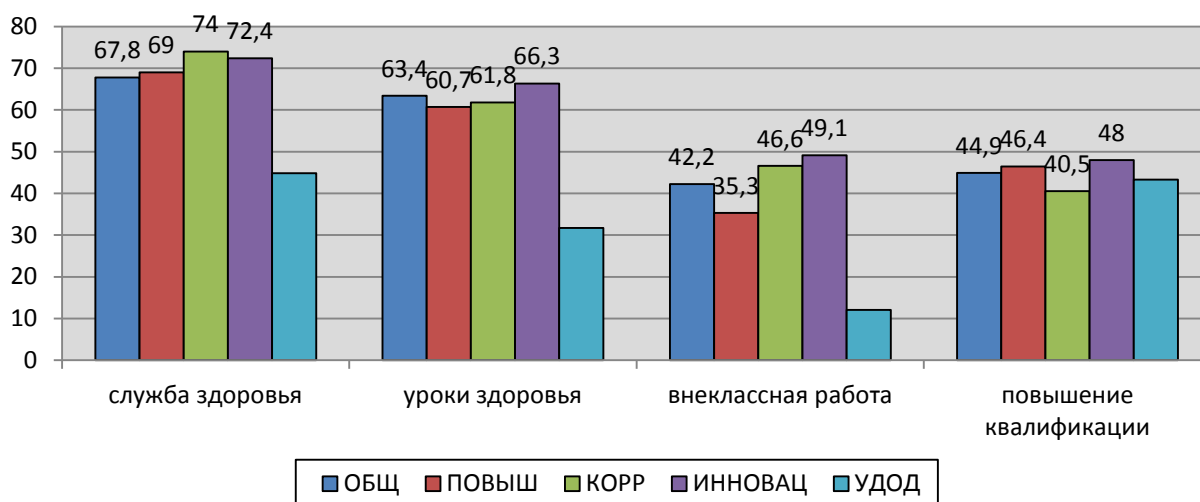
Представления педагогов о необходимых видах здоровьесберегающей деятельности ОУ представлены в табл. 2.11 и на рис. 2.2.

Таблица 2.11

**Представления педагогов о необходимых видах здоровьесберегающей деятельности ОУ, %**

Виды деятельности ОУ	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ	УДОД
Служба здоровья или другая аналогичная структуры	67,8	69,0	74,0	72,4	44,8
Уроки здоровья в сетке расписания	63,4	60,7	61,8	66,3	31,7
Внеклассная работа по формированию здорового образа жизни учащихся	42,2	35,3	46,6	49,1	12,1
Общешкольные мероприятия по формированию здорового образа жизни учащихся	84,9	85,4	87,0	84,2	69,0
Консультирование учащихся и их родителей по проблемам здоровья и образа жизни	72,8	74,9	72,5	76,3	53,4
Повышение квалификации педагогов в области здоровья и здорового образа жизни	44,9	46,4	40,5	48,0	43,3

Большинство педагогов школ осознают необходимость комплексной деятельности ОУ в этой области: наличие в школе службы здоровья (67,8% респондентов), общешкольных мероприятий (84,9% из них), консультирования родителей и учащихся (72,8% из них). Меньшее количество педагогов считают необходимым наличие уроков здоровья (63,4% из них), внеклассной работы по формированию здорового образа жизни учащихся (42,2% из них), собственного повышения квалификации в данной области (44,9% из них); возможно, такая позиция определяется тем, что эти виды деятельности наиболее связаны с собственной профессиональной деятельностью педагогов. Тем не менее, полученные данные отражают значительно более зрелую позицию педагогов по сравнению с данными предшествующего санкт-петербургского исследования, что вероятно, определяется составом выборки данного исследования.



**Рис. 2.3. Представления педагогов о необходимых формах здоровьесберегающей деятельности в школе, %**

По типам и видам ОУ наблюдаются следующие значимые различия с общими данными:

- 1) в школах повышенного уровня меньше педагогов осознают необходимость внеклассной воспитательной работы в области здоровья и здорового образа жизни (35,3% респондентов по сравнению с 42,2% по общим данным). Возможно, это связано с состоянием воспитательной работы в ОУ в целом, сравнительной ориентацией на знаниевую парадигму образования, характерную для таких школ;
- 2) педагоги школ для детей с нарушениями здоровья и развития больше осознают необходимость службы здоровья в школе (74,0% респондентов по сравнению с 67,8% по общим данным). Вероятно, такая позиция определяется значительным количеством разнопрофильных специалистов в ОУ такого типа, наличием наглядных подтверждений результативности их работы;
- 3) педагоги УДОД проявляют наименьшую степень осознания необходимости всех видов здоровьесберегающей деятельности ОУ, значимо отличающую этот тип ОУ от общих данных (рис. 2.3). Это в значительной степени негативно характеризует уровень их готовности к профессиональной здоровьесберегающей деятельности.

В школах, имеющих инновационный статус по данному направлению, педагоги проявляют наибольшую степень осознания необходимости всех видов здоровьесберегающей деятельности ОУ, значимо отличающую этот тип ОУ от общих данных. Такая позиция характеризует наличие в таких ОУ подготовки педагогов к здоровьесберегающей деятельности как компонента системной здоровьесберегающей деятельности ОУ.

Таким образом, педагоги ОУ, участвующих в исследовании, проявляют сравнительно высокий уровень профессиональной готовности к здоровьесберегающей деятельности (кроме педагогов УДОД): они осознают как проблемы здоровья учащихся (кроме проблемы наркозависимости), так и необходимость различных направлений здоровьесберегающей деятельности ОУ.

## 2.4. Двигательная активность учащихся в школе

Обеспечение разнообразных форм двигательной активности (ДА) учащихся представлено в табл. 2.12.

В исследуемых *возрастных группах* наблюдается высокая ДА учащихся начальной школы, представленная разнообразием малых форм (физкультура-минутки, динамические перемены, час здоровья и т.п.). При переходе к следующим ступеням обучения объем форм ДА значительно снижается (общий объем от 272 мин/нед. до 137,7 мин/нед.). Хотя разнообразие форм ДА сохраняется и в старших классах, доля малых форм ДА в ее общем объеме значительно снижается (рис. 2.3).

По типам и видам ОУ наблюдаются следующие значимые различия ДА учащихся:

- 1) в школах повышенного уровня ДА учащихся ниже общих данных (общий объем 236,5 мин/нед. по сравнению с 293,4 мин/нед.);
- 2) в школах для детей с нарушениями здоровья и развития ДА учащихся также ниже общих данных в обеих сравниваемых возрастных группах (так, у второклассников общий объем ДА составляет 208,0 мин/нед. по сравнению с 272,0 мин/нед.).

Данные школ, имеющих инновационный статус, по этому индикатору совпадают с общими данными.

Таблица 2.12

Средний объем и структура двигательной активности (ДА) учащихся в течение учебного дня, мин/нед.

Компоненты ДА	ОБЩ	ПОВЫШ	ИННОВАЦ	ОБЩ			КОРР	
	всего	всего	всего	2	6	11	2	6
Уроки физкультуры	87,6	85,1	84,3	84	89,6	90,3	83,0	80,0
Динамические перемены	54,3	45,3	37,7	45,7	52,3	42,8	43,8	5,0
Гимнастика до занятий	11	12,8	5,0	11,7	4,2	4,3	13,5	2,2
Час здоровья	231,9	119,3	175,0	101,9	56,8	17,2	93,3	80,0
Физкультминутки	24,7	42,3	31,2	28,7	21,9	17,5	30,0	2,0
ВСЕГО	293,4	236,5	282,9	272	224,8	137,7	208,8	169,0

Данные табл. 2.13 показывают спортивно-оздоровительную активность школьников во второй половине дня. В исследуемых *возрастных группах* наблюдаются следующие тенденции.

Большинство школьников посещают и любят уроки физкультуры, хотя интерес к ним явно снижается к старшим классам: посещают уроки физкультуры 95,4% второклассников и 75,2% одиннадцатиклассников; любят уроки физкультуры 86,3% второклассников и 73,5% одиннадцатиклассников.

Проблемой является также практическое отсутствие занятий ЛФК и АФК для ослабленных учащихся (занимаются только около 2% школьников), увеличение к старшим классам количества учащихся, освобожденных от занятий физкультурой (от 2,2% до 13,7% школьников).



Около трети учащихся всех возрастных групп занимаются в школьных спортивных секциях (27,4% респондентов), около половины из них занимаются спортом вне школы (52,2% респондентов) и участвуют в соревнованиях (39,8% школьников участвуют в школьных соревнованиях, 52,3% – в соревнованиях вне школы).

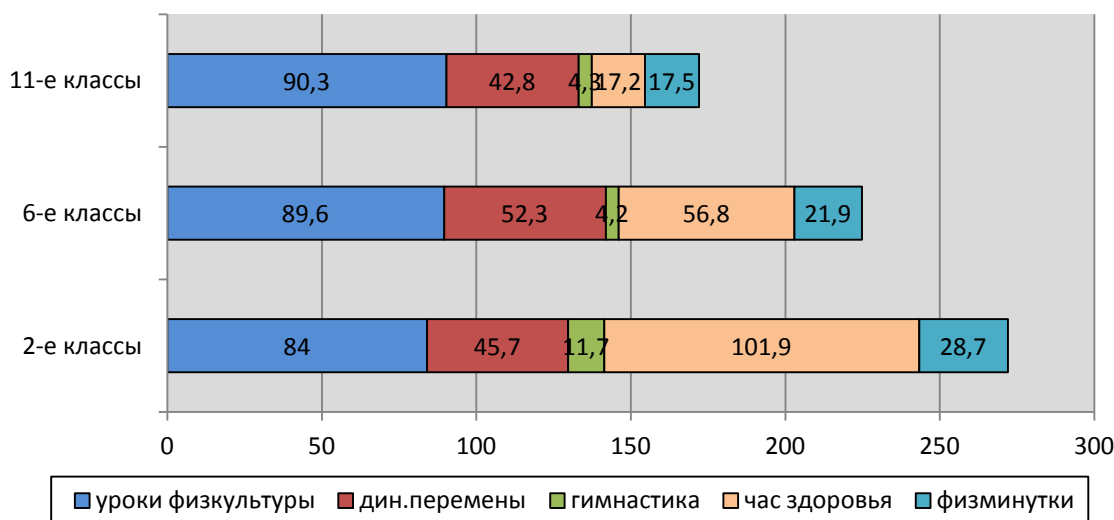


Рис 2.3. Средний объем и структура двигательной активности учащихся разных возрастных групп в течение учебного дня, мин/нед.

Таблица 2.13

### Спортивно-оздоровительная активность школьников, %

Показатели	ОУ			
	Всего	2	6	11
Посещают уроки физкультуры	88,7	95,4	90,9	75,2
Любят уроки физкультуры	81,3	86,3	78,8	73,5
Освобождены от уроков физкультуры	9,4	2,2	5,5	13,7
Занимаются ЛФК и АФК	2,0	2,2	1,7	2,9
Посещают школьную секцию	27,4	27,5	29,9	19,4
Занимаются вне школы	52,2	45,4	54,1	53,1
Участвуют в школьных соревнованиях	39,8	40,6	29,5	46,3
Участвуют в соревнованиях вне школы	52,3	58,5	45,2	51,1

В целом спортивно-оздоровительная активность учащихся исследуемых ОУ выше данных предшествующего исследования и позитивно характеризует физкультурно-оздоровительную деятельность школы. Исключение составляет работа с ослабленными детьми

## РАЗДЕЛ 3. ОБРАЗ ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ

### 3.1. Социальные характеристики контингента учащихся

Контингент учащихся *разных типов и видов ОУ*, участвующих в исследовании, в целом совпадает (табл. 3.1).

Значимые отличия от общих данных наблюдаются у учащихся коррекционных и оздоровительных школ: среди них больше стоит на учете в милиции (4,72% и 0,56% соответственно), на учете у нарколога (0,59% и 0,03%

соответственно), на учете в тубдиспансере (т.к. в выборке таких школ есть интернат для детей, инфицированных туберкулезом, различия составляют 18,20% и 2,02% соответственно), из неполных семей (35,40% и 21,47% соответственно), получающих социальные пособия (22,80% и 5,36% соответственно).

Таблица 3.1

**Характеристика контингента учащихся**

Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	КОРР	ИННОВАЦ	УДОД
Средняя числ-ть учащихся в ОУ, в т.ч.:	557	797	203	981	5300
• на учете в милиции, %	0,56	0,38	4,72	0,64	0,15
• на учете нарколога, %	0,03	0,04	0,59	0,03	0
• на учете в тубдиспансере, %	2,02	1,58	18,2	1,07	0
• из неполных семей, %	21,47	19,23	35,4	15,93	н/д
• получают социальные пособия, %	5,36	4,14	22,8	2,97	н/д

Изучение социальных условий жизнедеятельности учащихся показывает значимые отличия социальном благополучии *учащихся разных типов и видов ОУ* по сравнению с общими данными (табл. 3.2):

1) в школах повышенного уровня уровень социального благополучия учащихся выше по большинству выявляемых показателей: выше образовательный ценз родителей (51,7% отцов и 57,3% матерей имеют высшее образование по сравнению с 39,6% и 44,4% соответственно); у большего количества учащихся есть отдельная комната (58,1% и 50,4% соответственно) и компьютер (76,1% и 70,4% соответственно);

2) в школах для детей с нарушениями здоровья и развития уровень социального благополучия детей наименьший по всем показателям: так, у второклассников ниже образовательный ценз родителей (31,4% отцов и 37,1% матерей имеют высшее образование по сравнению с 41,6% и 47,6% соответственно); меньше полных семей (61,4% и 76,1% соответственно); меньше семей живет в отдельной квартире или доме (68,6% и 78,1% соответственно); у меньшего количества учащихся есть отдельная комната (27,1% и 39,5% соответственно) и компьютер (37,1% и 65,3% соответственно);

3) в УДОД позитивные отличия социального благополучия воспитанников наблюдаются по образовательному цензу матери (высшее образование имеют 52,5% и 44,4% соответственно); по условиям проживания воспитанника – семья живет в отдельной квартире у 91,0% и 77,4% соответственно, имеют отдельную комнату 66,7% и 50,4% соответственно, есть компьютер у 78,3% и 70,4% соответственно.

*В школах, имеющих инновационный статус* по данному направлению, социальные условия жизнедеятельности учащихся не отличаются от общих данных.

Таблица 3.2

**Характеристика семьи и условий жизни учащихся, %**

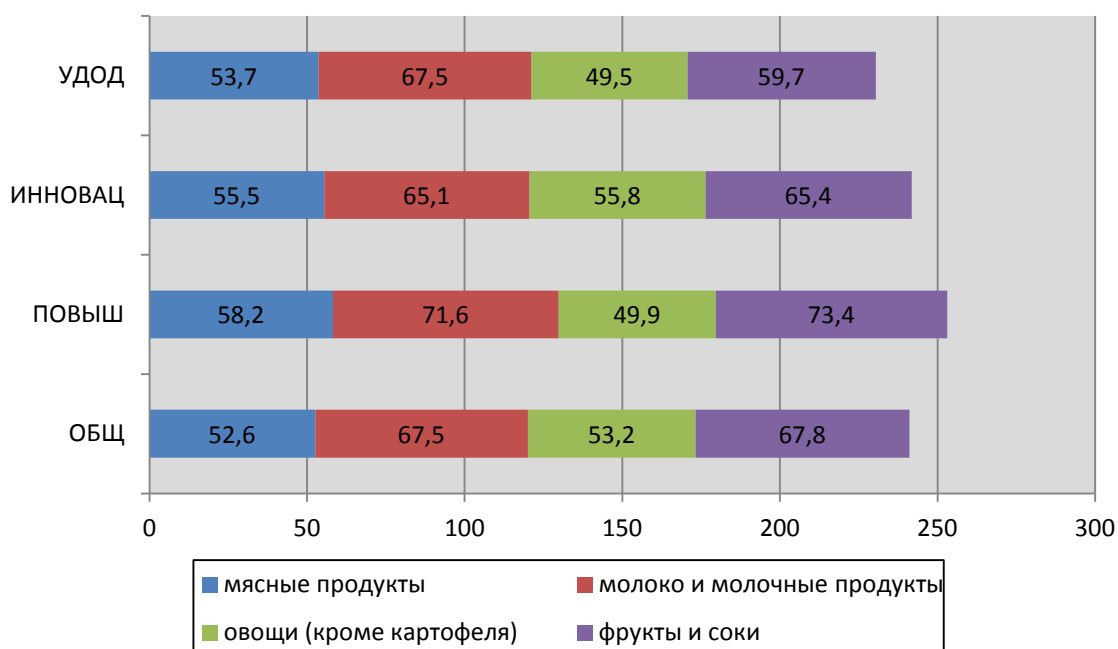
Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	ИНН	УДОД	ОБЩ			КОРР	
	всего	всего	всего	всего	2	6	11	2	6
Отец имеет высшее образование	39,6	51,7	37,5	38,0	41,6	42,0	44,9	31,4	26,8

Мать имеет высшее образование	44,4	57,3	44	52,5	47,6	45,6	48,8	37,1	28,6
Отец живет вместе с семьей	74,1	72,7	67,9	73,9	76,1	72,7	73,1	61,4	50,0
Семья живет в отдельной квартире или доме	77,4	82,9	78,4	91,0	78,1	72	82	68,6	57,1
У учащегося есть отдельная комната	50,4	58,1	52,9	66,7	39,5	53,6	61,1	27,1	37,5
Есть компьютер	70,4	76,1	74,2	78,3	65,3	81,7	78,4	37,1	42,9

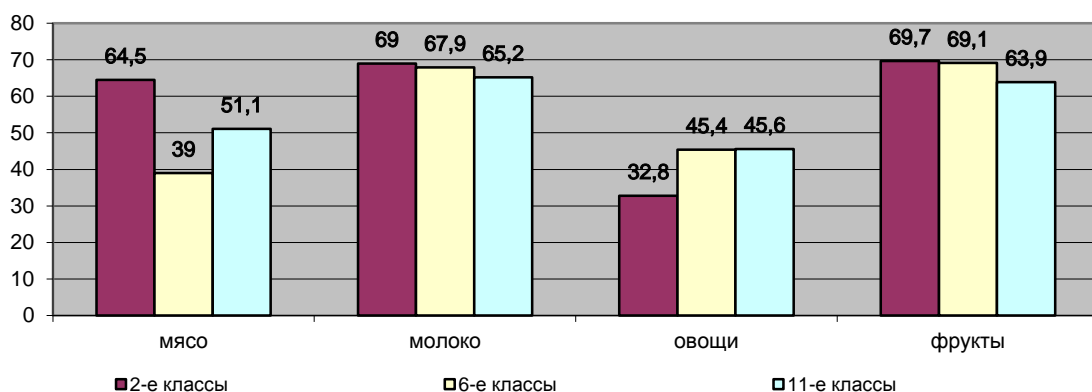
### 3.2. Характер питания

Структура питания учащихся (группы продуктов, которые употребляются каждый день) представлены на рис. 3.1 и рис. 3.2. Нарушения режима питания школьников – в табл. 3.3.

Анализ данных по этому показателю свидетельствует о сходстве структуры питания учащихся разных возрастных групп в ОУ разных типов и видов.



**Рис.3.1. Структура питания учащихся разных типов и видов ОУ (продукты, которые употребляются каждый день), %**



**Рис.3.2. Структура питания учащихся разных возрастных групп**  
(продукты, которые употребляются каждый день), %

Таблица 3.3

**Нарушения регулярности питания школьников, %**

Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	ИНН-Ц	УДОД	ОБЩ			КОРР	
	всего	всего	всего	всего	2	6	11	2	6
Ест 1-2 раза в день	5,6	7,5	6,1	3,7	1,3	5,0	11,7	-	-
Ест, когда захочет	34,8	35,7	44,5	36,2	23,2	39,6	44,9	31,4	33,9
Утром не завтракает	5,6	7,8	8,9	3,5	0,8	4,9	12,6	-	-
В школе не завтракает	66,3	64,7	64,9	76,2	29,3	65,7	78,6	58,6	42,9
В школе не обедает	59,1	59,2	57,6	62,5	41,9	63,7	66,5	40,0	55,4

В исследуемых возрастных группах наблюдаются следующие значимые отличия в структуре питания учащихся: второклассники меньше употребляют овощи (едят овощи каждый день 32,8% респондентов по сравнению с 45,6% старшеклассников), меньше шестиклассников ежедневно употребляют мясо (39,0% респондентов по сравнению с 64,5% второклассников).

Анализ режима питания школьников показывает негативные изменения с переходом в основную и среднюю школу: увеличивается количество учащихся, питающихся менее трех раз в день (с 1,3% до 11,7% респондентов), без режима (с 23,2% до 44,9% респондентов), не завтракающих утром (с 0,8% до 12,6% респондентов). Негативной тенденцией является наличие в каждой возрастной группе и увеличение с возрастом значительного количества учащихся, которые совсем не едят в школе: в школе не завтракают 29,3% второклассников и 78,6% старшеклассников, в школе не обедают 41,9% второклассников и 66,5% старшеклассников.

По типам и видам ОУ не выявляется значимых различий в структуре питания школьников, кроме данных учащихся школ повышенного уровня: больше учащихся этих школ ежедневно употребляют молочные продукты (71,6% респондентов по сравнению с 67,5% по общим данным), фрукты и соки (73,4% респондентов по сравнению с 67,8% по общим данным). Указанные отличия подтверждают более высокий уровень жизни учащихся таких школ.

Режим питания школьников разных типов и видов ОУ также почти не отличается. Значимые отличия наблюдаются:

1) в режиме питания учащихся коррекционных и оздоровительных школ. Нарушений режима питания у второклассников больше по сравнению с общими данными (едят без режима 31,4% из них по сравнению с 23,2%; не завтракают в школе 58,6% из них по сравнению с 29,3%), в то время как у шестиклассников нарушений режима питания становится сравнительно меньше (едят без режима 33,9% из них по сравнению с 39,6%; не завтракают в школе 42,9% из них по сравнению с 65,8%; не обедают в школе 55,4% из них по сравнению с 63,7%). Возможно, эти отличия определяются режимом питания данного типа ОУ, среди которых больше школ-интернатов с пятиразовым питанием.

2) в режиме питания воспитанников УДОД. У них, с одной стороны, меньше нарушений режима питания (едят меньше трех раз в день 3,7% респондентов по сравнению с 5,6%; утром не завтракают 3,5% из них по сравнению с 5,6%). С другой стороны, они меньше питаются в школе (не завтракают в школе 76,2% из них по сравнению с 66,3%; не обедают в школе 62,5% по сравнению с 59,1%). Возможно, это объясняется режимом дня воспитанников, необходимостью находиться в УДОД после или вместо пребывания в школе.

В школах, имеющих инновационный статус по данному направлению, структура питания учащихся не отличается от общих данных. Обращает на себя внимание нарушения режима питания учащихся этого вида ОУ: по сравнению с общими данными больше учащихся питается без режима (44,5% респондентов по сравнению с 34,8%), не завтракает (8,9% респондентов по сравнению с 5,6%), не завтракает в школе (64,9% респондентов по сравнению с 59,3%). Возможно, социальные характеристики учащихся оказывают более значительное влияние на их питание по сравнению с влиянием школы.

### 3.4. Режим дня школьников (табл. 3.4)

Таблица 3. 4

Режим дня школьников по будням, средние значения (час)

Показатели	ОБЩ	ПОВЫШ	ИНН-Ц	УДОД	ОБЩ			КОРР	
	всего	всего	всего	всего	2	6	11	2	6
Сон	8,10	8,10	7,90	7,90	8,90	8,10	7,20	8,70	8,50
Прогулки	1,90	1,60	1,80	1,50	1,70	2,0	2,20	2,30	2,10
Домашние задания	2,13	2,50	2,14	2,54	2,16	2,09	2,14	1,97	1,89
Чтение	1,01	1,0	1,09	1,0	0,80	1,04	1,25	0,70	0,90
Просмотр ТВ	1,59	1,50	1,56	1,50	1,54	1,84	1,40	1,60	1,74
Досуг за компьютером	1,22	1,20	1,20	1,20	0,84	1,52	1,41	0,93	1,29

Сопоставление продолжительности компонентов режима дня учащихся разных возрастных групп с гигиеническими нормативами показывает неблагоприятные отличия, особенно в начальной школе: учащиеся меньше спят, гуляют, больше времени проводят за просмотром ТВ-передач и выполнением домашнего задания. В основной и средней школе возрастает время пребывания за компьютером (с 0,84 час до 1,52 час). Указанные особенности отмечались и в более ранних исследованиях образовательной системы Санкт-Петербурга.

По типам и видам ОУ наблюдаются следующие значимые различия с общими данными:

1) учащиеся школ повышенного уровня меньше гуляют (1,60 час по сравнению с 1,90 час) и больше времени тратят на выполнение домашнего задания (2,50 час по сравнению с 2,13 час). Указанные отличия вполне объясняются повышенной учебной нагрузкой в школах такого типа.

2) учащиеся коррекционных и оздоровительных школ больше гуляют (второклассники – 2,30 час по сравнению с 1,70 час) и меньше времени тратят на

выполнение домашнего задания (1,90 час по сравнению с 2,16 час). Эти данные соответствуют режиму пребывания в таких школах.

2) воспитанники УДОД также меньше гуляют (1,50 час по сравнению с 1,90 час) и больше времени тратят на выполнение домашнего задания (2,54 час по сравнению с 2,13 час). Количество прогулок может объясняться необходимостью нахождения в УДОД; для объяснения продолжительности выполнения домашнего задания необходимо дополнительно выяснить, в каких школах обучаются воспитанники.

*В школах, имеющих инновационный статус* по данному направлению, режим дня учащихся не отличается от общих данных.

### 3.5. Структура досуга

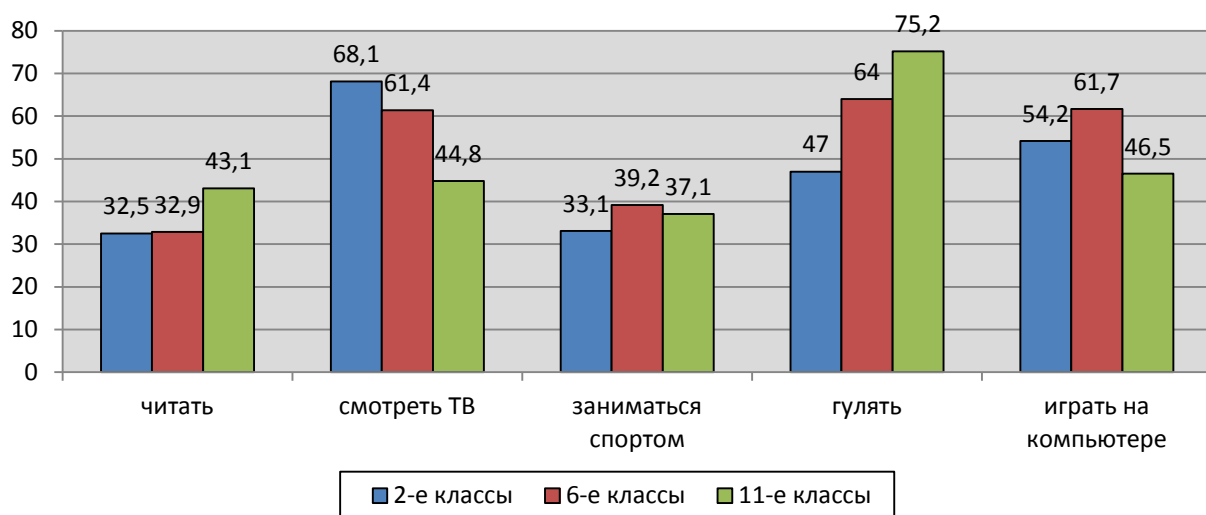
Анализ любимых занятий в структуре досуга *учащихся разных возрастных групп* (рис. 3.3) подтверждает характеристики их режима дня (раздел 3.4): учащиеся основной и старшей школы больше любят читать (с 32,5% до 43,1% респондентов) и гулять (с 47,0% до 75,2% респондентов); меньше предпочитают смотреть ТВ (с 68,1% до 44,8% респондентов). Играть на компьютере больше всего предпочитают шестиклассники (61,7% респондентов), возможно, у старшеклассников на это меньше времени. К сожалению, во всех возрастных группах наиболее продуктивные занятия – чтение и занятия спортом – среди наименее предпочитаемых.

В структуре досуга *учащихся разных типов и видов ОУ* наблюдаются следующие значимые различия с общими данными:

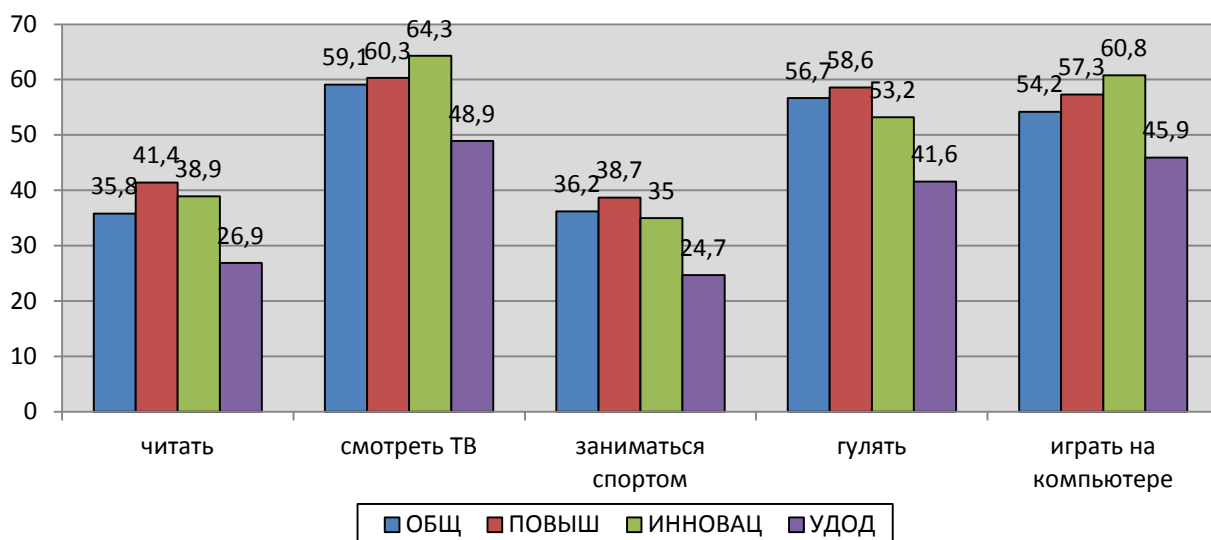
1) воспитанники УДОД меньше выбирают все предложенные варианты занятий (рис. 3.4). Возможно, пребывание в УДОД значительно меняет предпочтения детей; однако, выявление корреляции между видом занятий в УДОД и предпочтениями воспитанников требует дальнейшего исследования.

2) учащиеся коррекционных и оздоровительных школ меньше предпочитают читать, заниматься спортом и играть на компьютере, больше любят гулять (рис. 3.5). Указанные отличия вполне соотносятся со спецификой контингента такого типа ОУ.

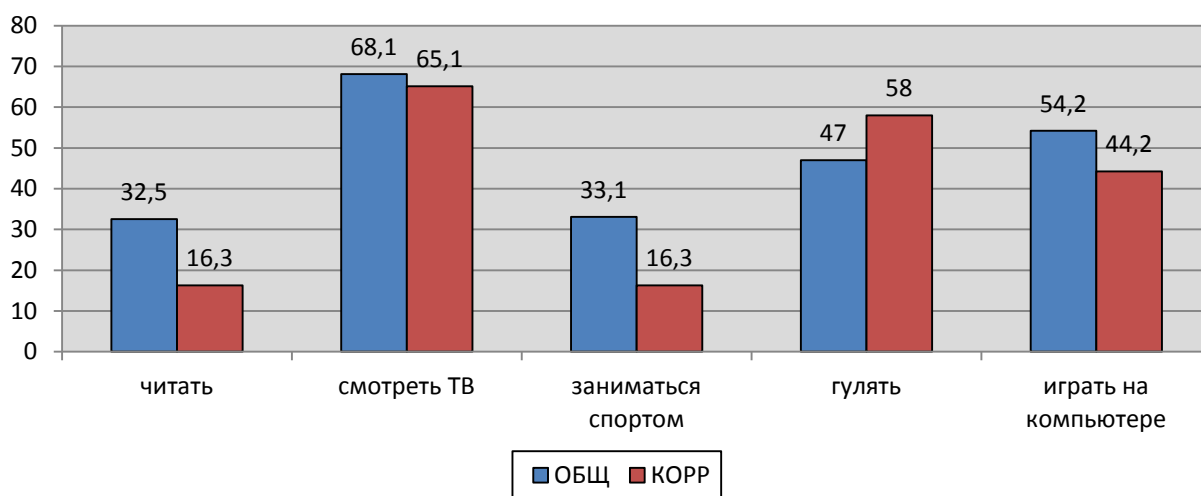
*В школах, имеющих инновационный статус* по данному направлению, структура досуга учащихся не отличается от общих данных.



**Рис.3.3. Структура досуга учащихся разных возрастных групп (любимые занятия), %**



**Рис.3.3. Структура досуга учащихся, воспитанников разных типов и видов ОУ (любимые занятия), %**

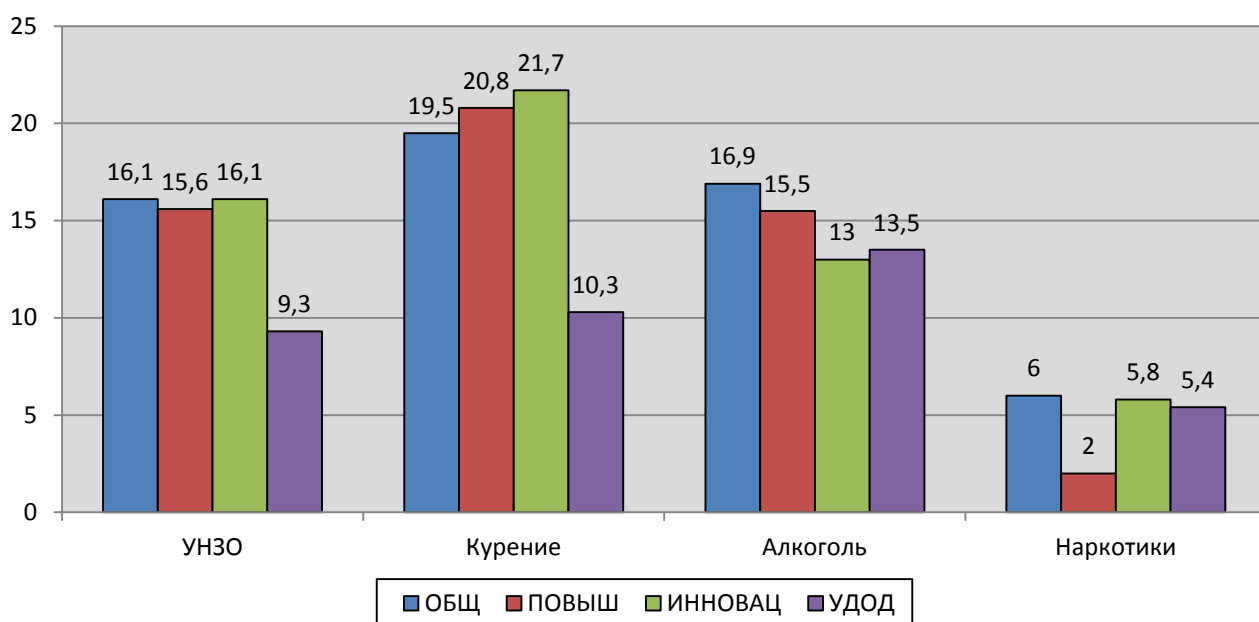


**Рис.3.3. Структура второклассников коррекционных и оздоровительных ОУ (любимые занятия), %**

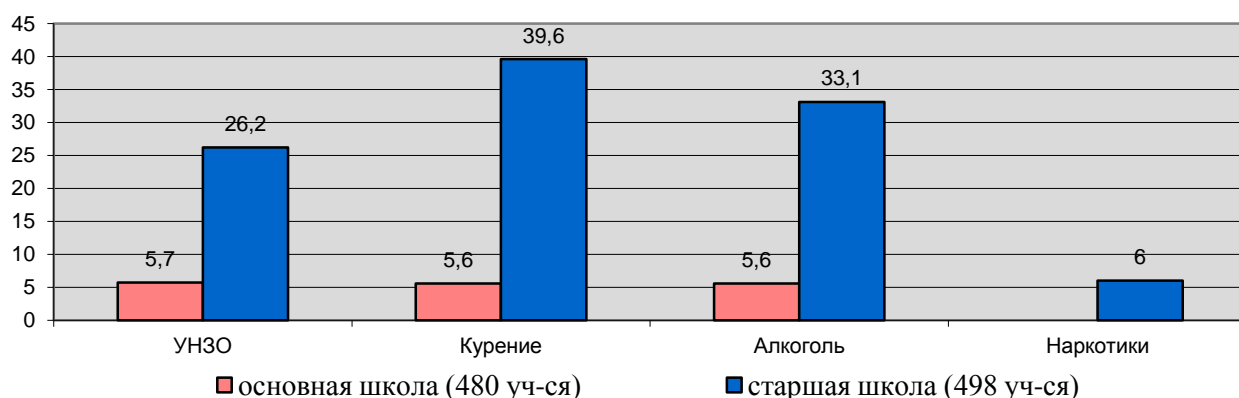
### 3.6. Риск наркотизма (уровень наркогенного заражения окружения)

Высокий и опасный уровни УНЗО учащихся школ (употребляют психоактивные вещества больше половины или большинство окружающих сверстников) в целом совпадает в *разных типах и видах ОУ* (рис. 3.4): значимые отличия по курению сверстников наблюдаются только в УДОД (10,3% респондентов по сравнению с 19,5%).

Наблюдается значительный прирост *от основной ступени обучения к старшим классам*: более половины и большинство сверстников 39,6% одиннадцатиклассников курят, 33,1% – употребляют алкоголь, 6,0% – пробовали наркотики (рис. 3.5). Данные совпадают с ранее проведенным исследованием.



**Рис.3.5. Высокий и опасный уровни наркогенного окружения учащихся разных типов и видов ОУ (6-е и 11-е классы), %**

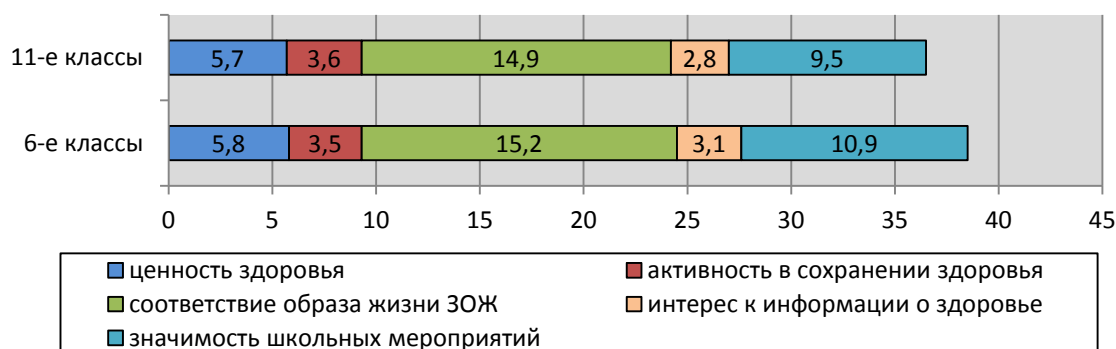


**Рис.3.5. Высокий и опасный уровни наркогенного окружения учащихся 6-х и 11-х классов, %**



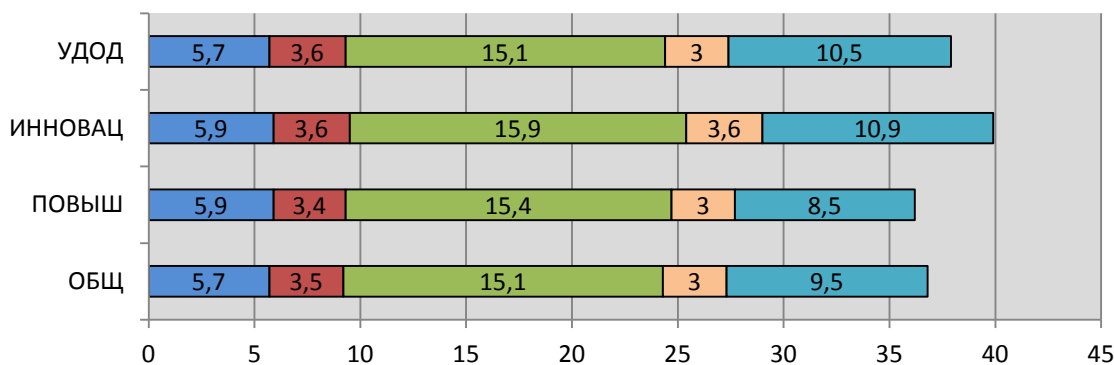
### 3.7. Формирование готовности к здоровому образу жизни

Анализ показывает, что *от основной к старшей ступни обучения* происходит снижение воспитательного эффекта мероприятий по формированию готовности учащихся к здоровому образу жизни (ЗОЖ): в частности, одиннадцатиклассники имеют меньший интерес к информации о здоровье (балльная оценка 2,8 по сравнению с 3,1 у шестиклассников), ниже оценивают личностную значимость школьных мероприятий (балльная оценка 9,5 и 10,9 соответственно). В результате общая готовность к ЗОЖ у старшеклассников ниже, чем у учащихся основной школы (рис. 3.6). Этот вывод соответствует литературным данным и указывает на необходимость более раннего воспитательного воздействия школы в данном направлении



**Рис. 3.6. Воспитательный эффект по формированию готовности учащихся 6-х и 11-х классов к здоровому образу жизни, балльная оценка**

Анализ данных по этому показателю *в разных типах и видах ОУ* показывает следующие значимые отличия от общих данных: воспитательный эффект по формированию готовности к ЗОЖ значительно выше в УДОД (балльная оценка 10,5 по сравнению с 9,5 баллов). Наименьшую результативность данной деятельности проявляют школы повышенного уровня (балльная оценка 8,5 по сравнению с 9,5 баллов).



**Рис. 3.7. Воспитательный эффект по формированию готовности учащихся разных типов и видов ОУ к здоровому образу жизни, балльная оценка**

Воспитательный эффект по формированию готовности учащихся к ЗОЖ *в ОУ, имеющих инновационный статус по данному направлению*, значительно

выше по сравнению с общими данными (балльная оценка 10,9 по сравнению с 9,5 баллов).

## **ОБЩИЕ ВЫВОДЫ:**

1. В результате анализа результатов третьего среза мониторинга, в котором участвовали 56 ОУ СПб, подтвердились *общие для всех ОУ тенденции, свидетельствующие об актуальности решения проблемы здоровья участников образовательного процесса* и совпадающие с результатами предшествующих исследований образовательной системы СПб.

1.1. Общей тенденцией является *ухудшение здоровья учащихся* при переходе по ступеням общего образования:

- увеличивается количество учащихся с 3-й и 4-й группами здоровья; детей-инвалидов и учащихся, поставленных на диспансерный учет;
- наибольшая негативная динамика по возрастным группам учащихся наблюдается по нарушениям, которые относятся к так называемым «школьно-зависимым болезням»: опорно-двигательного аппарата, органов зрения, нервной и сердечно-сосудистой систем;
- с возрастом адаптивные возможности учащихся увеличиваются – об этом свидетельствует уменьшение количества школьников с нарушениями физического развития, снижение острой заболеваемости, увеличение физической подготовленности подростков. Однако даже среди старшеклассников 37,7% школьников имеют нарушения физического развития, в структуре острой заболеваемости увеличивается доля травм и обострений хронических болезней (до 10,6%); более 20% учащихся всех возрастных групп имеют повышенный уровень психоэмоционального напряжения.

1.2. *Образовательная среда школ, с одной стороны, имеет ряд позитивных особенностей;*

- школы обладают достаточной общей и оздоровительной инфраструктурой и оборудованием;
- общий объем учебной нагрузки в школах соответствует нормативам;
- кадровый состав ОУ сохраняется, в том числе количество медицинских работников и педагогов здоровьесберегающих специальностей; педагоги школ, участвующих в исследовании, по сравнению с исследованием 2004 года проявляют высокий уровень профессиональной готовности к здоровьесберегающей деятельности;
- в целом спортивно-оздоровительная активность учащихся исследуемых ОУ выше данных предшествующего исследования и позитивно характеризует физкультурно-оздоровительную деятельность школы.

С другой стороны, выявлены общие для исследуемых ОУ негативные особенности образовательной среды:

- в ОУ наблюдается недостаток дополнительной оздоровительной инфраструктуры и оборудования;
- количество медицинских работников и специалистов сопровождения не соответствует потребностям ОУ;

- педагоги проявляют низкий уровень личностной готовности к здоровьесберегающей деятельности, недостаточную активность по обеспечению своего здоровья; недостаточно осознают проблему наркозависимости учащихся;
- объем двигательной активности учащихся значительно снижается по ступеням обучения за счет уменьшения ее малых форм в течение учебного дня; проблемой является также практическое отсутствие занятий с ослабленными детьми (до 13,7% старшеклассников освобождены от физкультуры);
- сохраняется в каждой возрастной группе и увеличивается с возрастом значительное количество учащихся, которые не завтракают и не обедают в школе (78,6% и 66,5% старшеклассников);
- от основной к старшей ступни обучения происходит снижение воспитательного эффекта мероприятий по формированию готовности учащихся к здоровому образу жизни (ЗОЖ): снижается интерес к информации о здоровье, личностная значимость школьных мероприятий

### 1.3. Учащиеся ведут *недостаточно здоровый образ жизни*:

- структура питания по основным группам продуктов относительно благополучна, однако анализ режима питания показывает негативные изменения с переходом в основную и среднюю школу (увеличивается количество учащихся, питающихся менее трех раз в день, без режима, не завтракающих утром);
- сохраняются негативные отличия режима дня от гигиенических нормативов (учащиеся меньше спят, гуляют, больше времени проводят за просмотром ТВ-передач и выполнением домашнего задания; в основной и средней школе возрастает время пребывания за компьютером);
- в структуре досуга доминирующими предпочтениями являются прогулки, просмотр ТВ, игры на компьютере; более продуктивные занятия (чтение и занятия спортом) учащиеся предпочитают меньше;
- сохраняется значительный прирост риска наркотизма от основной ступени обучения к старшим классам (более половины и большинство сверстников 39,6% одиннадцатиклассников курят, 33,1% – употребляют алкоголь, 6,0% – пробовали наркотики);
- общая готовность к здоровому образу жизни у старшеклассников ниже, чем у учащихся основной школы.

2. Исследование показало возможность детального исследования здоровьесберегающего потенциала образовательной среды ОУ с помощью инструментария и методики проведения мониторинга. Выявлены *значимые отличия образовательной среды ОУ разных типов и видов*.

2.1. *Школы повышенного уровня* (гимназия, лицей, школа с углубленным изучением иностранного языка) имеют более высокую материально-техническую обеспеченность учебного процесса, в том числе оздоровительной инфраструктурой и оборудованием. В таких школах выше уровень социального благополучия учащихся (образовательный ценз родителей, жилищные условия, структура питания). Педагоги более удовлетворены компонентами своей жизнедеятельности.

Тем не менее, в таких школах наблюдается большее неблагополучие здоровья школьников: среди них меньше учащихся с первой группой здоровья, более выражены нарушения по большинству групп нозологий, больше пропусков учебных занятий по болезни, в структуре острой заболеваемости выше доля простудных болезней.

Возможно, это связано с особенностями образовательной среды в таких школах:

- наблюдается большая ориентация педагогов на «знаниевую» парадигму образования: хотя больше из них осознают ухудшение здоровья детей, меньше из них считают необходимой воспитательную работу в области здоровья и здорового образа жизни;
- школы относительно меньше обеспечены специалистами здоровьесберегающей направленности (кроме педагогов-психологов) – в частности, гораздо меньше обеспечено трудовое обучение и дополнительное образование детей.
- хуже обеспечивается двигательная активность учащихся в течение дня;
- повышенная учебная нагрузка приводит к тому, что учащиеся меньше гуляют и больше времени тратят на выполнение домашнего задания.

*2.2. В школах для детей с нарушениями здоровья и развития* обучаются дети с неблагоприятным состоянием здоровья, сниженными адаптивными возможностями, социальным неблагополучием:

- практически все с 3-й и 4-й группами здоровья, большинство поставлены на диспансерный учет, значительно больше детей-инвалидов. В структуре хронических болезней преобладают нарушения нервной системы, гораздо больше нарушений психической сферы;
- 75% детей имеют нарушения физического развития; количество пропусков учебных занятий по болезни наиболее высоко, в структуре острой заболеваемости значительно выше доля обострений хронических болезней. Значительно ниже физическая подготовленность учащихся, выше уровень психоэмоционального напряжения, ниже уровень школьной мотивации детей;
- среди них больше стоит на учете в милиции, у нарколога, в тубдиспансере; у них ниже образовательный ценз родителей, меньше полных семей; хуже жилищные условия.

Специфика контингента учащихся определяет специфику образовательной среды таких школ:

- наличие оздоровительной инфраструктуры и оборудования (например, кабинетов массажа и кабинетов релаксации в 60% ОУ);
- сниженную учебную нагрузку;
- наличие большого количества специалистов здоровьесберегающей направленности (например, коррекционный педагог в среднем работает с 73 учащимися в коррекционных школах и с 528 учащимися в общеобразовательных школах);
- школы (особенно школы-интернаты) способны обеспечить более оптимальный режим питания и режим дня учащихся: нарушений режима питания

становится гораздо меньше при переходе на основную ступень обучения; учащиеся больше гуляют и меньше времени тратят на выполнение домашнего задания;

- педагоги довольно высоко оценивают здоровьесберегающую деятельность школы, в том числе деятельность школьных специалистов (74,0% из них осознают необходимость службы здоровья в школе); они несколько больше занимаются физической активностью.

В тоже время выявляются специфические проблемы таких школ:

- педагоги проявляют наименьшую удовлетворенность своей жизнедеятельностью, в таких школах наблюдается в полтора раз выше текучесть кадров и в два раза выше пропусков рабочих дней по болезни;
- снижена двигательная активность учащихся;
- в структуре досуга школьников преобладают недостаточно продуктивные занятия (учащиеся меньше предпочитают читать и заниматься спортом, чем гулять и играть на компьютере).

2.3. Особенности образовательной среды учреждений дополнительного образования детей (УДОД) определяются, прежде всего, специфическими функциями этого типа ОУ.

Описание контингента воспитанников имеет противоречий характер:

- с одной стороны, воспитанники имеют относительно высокий уровень социального благополучия (по образовательному цензу родителей, условиям проживания, характеру питания), позитивные отличия готовности к здоровому образу жизни (ЗОЖ), отношения к курению;
- с другой стороны, они проявляют признаки неблагополучия по отношению к школам, в которых учатся, объясняющие необходимость компенсаторных функций УДОД – у них выше уровень психоэмоциональной напряженности, гораздо ниже уровень школьной мотивации.

Не менее противоречиво описание образовательной среды УДОД.

С одной стороны, педагогический коллектив по сравнению с общими данными моложе и имеет меньший педагогический стаж; возможно, поэтому педагоги реже болеют в течение года, 74,2% признают образ жизни фактором, наиболее влияющим на здоровье. В среднем один педагог в УДОД работает с 15 воспитанниками, что больше может обеспечить индивидуальный и личностно-ориентированный подход к занятиям.

С другой стороны, выявляются специфические проблемы данного типа ОУ:

- в здании УДОД не предусмотрено питание воспитанников, практически отсутствует собственная оздоровительная инфраструктура (физкультурно-оздоровительные и туристические объединения УДОД работают на базе других ОУ района);
- отсутствуют медицинские работники и специалисты сопровождения (кроме одного психолога, работающего более чем с 5000 воспитанников). Специалисты физкультурно-оздоровительного и трудового обучения работают только в рамках соответствующих объединений;

- у педагогов УДОД меньше удовлетворенность своей жизнедеятельностью, снижен уровень готовности к профессиональной здоровьесберегающей деятельности;
- возможно, пребывание в УДОД создает определенные проблемы режима дня воспитанников – они меньше питаются в школе; меньше гуляют и больше времени тратят на выполнение домашнего задания; пребывание в УДОД значительно меняет предпочтения детей в структуре досуга, они меньше выбирают все предложенные виды занятий.

Таким образом, выявляются противоречия данного вида ОУ: с одной стороны, дополнительное образование имеет компенсаторно-развивающие функции по отношению к школьному; с другой стороны, выявляются специфические особенности среды УДОД, которые могут негативно влиять на здоровье школьников. Следует отметить, что участие в исследовании одного УДОД не обеспечивает репрезентативной выборки, для получения достоверных данных об этом типе ОУ нужны дополнительные исследования.

*3. В школах, имеющих инновационный статус в области здоровьесберегающей деятельности, состояние здоровья учащихся снижено по сравнению с общими данными: среди них меньше учащихся с первой группой здоровья, больше – с третьей и четвертой группами здоровья; больше детей-инвалидов и детей, поставленных на диспансерный учет.*

Эти результаты соответствуют ранее полученным данным и могут свидетельствовать о том, что выбор такого направления инноваций нередко определяется необходимостью повышения конкурентоспособности школы, находящейся в окружении высокостатусных ОУ. Поэтому контингент учащихся таких школ в основном составляют дети, которые по тем или иным причинам не прошли конкурсный отбор в высокостатусные ОУ (как правило, в силу меньших адаптивных возможностей, связанных, в том числе, и с проблемами их здоровья).

Тем не менее, можно отметить возможное позитивное влияние учебного процесса в таких школах на адаптивные возможности учащихся: наблюдается меньшее количество пропусков учебных занятий по болезни; в структуре острой заболеваемости ниже доля инфекционных и хронических болезней; ниже уровень психоэмоциональной напряженности школьников.

Возможно, это связано со следующими позитивными отличиями образовательной среды таких школ, характеризующих наличие системной работы по сохранению и укреплению здоровья детей, в том числе подготовки педагогов к здоровьесберегающей деятельности:

- в школах больше оздоровительной инфраструктуры и оборудования;
- поддерживается кадровый состав специалистов здоровьесберегающей направленности, в частности, больше учителей физической культуры и трудового обучения;
- педагогический коллектив имеет более высокий уровень готовности к здоровьесберегающей деятельности: личностной готовности (больше педагогов удовлетворены компонентами своей жизнедеятельности, больше из них

занимаются физической активностью, ниже показатели текучести кадров и пропусков по болезни) и профессиональной готовности (так, педагоги проявляют наибольшую степень осознания необходимости всех видов здоровьесберегающей деятельности ОУ);

- значительно выше воспитательный эффект по формированию готовности учащихся к ЗОЖ.

4. Полученные результаты свидетельствуют о возможности применения данного мониторинга как инструмента оценки качества здоровьесберегающей деятельности ОУ Санкт-Петербурга.

5. Результаты исследования свидетельствуют также о крайней необходимости совершенствования здоровьесберегающей деятельности в образовательной системе Санкт-Петербурга, включения ее в управленческий контекст образования на основании анализа и тиражирования имеющегося опыта.

### **Литература**

1. Колесникова М.Г. Валеологический аспект выполнения государственных образовательных стандартов // Выполнение государственных образовательных стандартов в учреждениях общего образования Санкт-Петербурга: Аналитический отчет. – СПб., 2005. – С.291–319.
2. Колесникова М.Г. Сопровождение инноваций экспериментальных школ посредством специально организованной здоровьесберегающей деятельности // 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. 3-17
3. Курлов В.Ф. Социологическая информация в управлении системой школьного образования: Монография. – СПб.: СПбГУПМ, 2003.
4. Методика комплексной оценки и организация системной работы по сохранению и укреплению здоровья школьников: Методические рекомендации / Под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. – М.: Изд-во МПСИ, 2003.
5. Служба здоровья образовательного учреждения: мониторинг здоровьесозидающей образовательной среды / Под ред. М.Г. Колесниковой. Вып. 3. – СПб.: СПбАППО, 2006.