

Комитет по образованию Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургская академия постдипломного
педагогического образования

**Программа развития региональной системы оценки качества общего и
дополнительного образования Санкт-Петербурга на 2008-2010гг.**

**МАТЕРИАЛЫ ПО КОНТРОЛЬНОЙ КАРТЕ ПР.2, П.4
«МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОУ
ОБЩЕГО И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ**

(промежуточные результаты НИР)

Санкт-Петербург, 2008

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. Система индикаторов мониторинга	с. 2
Раздел 2. Методика организации, проведения и применения результатов мониторинга	с.4
Раздел 3. Аналитический отчет по базе данных мониторинга	с. 6
Выводы по промежуточным результатам НИР	с. 21
Литература	с. 21

Раздел 1. Система индикаторов мониторинга

Для понимания путей обеспечения здоровья человека в системе образования наиболее важным является соотношение понятий здоровья и окружающей человека среды. Образовательная среда чаще всего понимается как специально организованные условия, возможности, окружение, социокультурное содержание, направленное на участников образовательного процесса, в данном случае на их здоровье; при этом факторы образовательной среды действуют как внутри ОУ, так и вне его.

Мониторинг здоровьесберегающей деятельности ОУ общего и дополнительного образования детей можно определить как систему организации сбора, хранения, обработки, анализа и прогноза состояния здоровья обучающихся (воспитанников), а также распространения информации о здоровье и образе жизни субъектов образовательного процесса, обеспечивающую непрерывное слежение за состоянием здоровьесберегающей среды ОУ и прогнозирование ее развития на основе единой базы данных.

В основе данного мониторинга находится мониторинг состояния здоровья и учебной нагрузки учащихся, разработанный ИВФ РАО в рамках широкомасштабного эксперимента по модернизации структуры и содержания общего образования [4]. Так как организация мониторинга в рамках всего широкомасштабного эксперимента была ориентирована на получение общероссийских данных и не предполагала их анализа в отдельных регионах страны, при организации этого эксперимента в двенадцати школах Санкт-Петербурга творческой группой специалистов в течение 2001–2005 гг. была разработана санкт-петербургская модель мониторинга здоровьесозидающей среды ОУ [2]. В 2004 г. инструментарий данного мониторинга был частично использован в городском исследовании образовательной системы Санкт-Петербурга [1]. В дальнейшем модель данного мониторинга отрабатывалась в ходе городского эксперимента «Апробация организационно-функциональной модели службы здоровья в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга» [5]. Этапы разработки мониторинга представлены в табл. 1.1.

Таким образом, санкт-петербургская модель мониторинга здоровьесберегающей деятельности ОУ обеспечивает преемственность долгосрочной экспериментальной деятельности санкт-петербургских ОУ и региональных исследований образовательной системы Санкт-Петербурга: используется разработанный в течение ряда лет банк данных, опыт ОУ по применению результатов мониторинга.

Мониторинг задуман как многолетнее исследование (лонгитудинальная модель), в рамках которого наблюдается изменение факторов, влияющих на здоровье, и самих показателей здоровья учащихся (воспитанников). Такой подход обеспечивает возможность в течение ряда лет получить исчерпывающий срез информации, охватывающий весь период обучения в ОУ.

Табл. 1.1.

Этапы разработки мониторинга здоровьесберегающей деятельности ОУ

Этап	Содержание	Сроки
Участие в федеральном эксперименте по совершенствованию структуры и содержания образования (13 ОУ)	<ul style="list-style-type: none"> • Организация сбора и анализа данных • создание банка городских данных • получение ситуативных норм для начальных и старших классов школы • отработка применения результатов в ОУ 	2001-2006 гг.
Городское исследование «Выполнение государственных образовательных стандартов в ОУ СПб» (48 ОУ)	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличение банка городских данных • получение ситуативных норм для разных видов ОУ общего образования 	2004 - 2005 уч.г.
Городской эксперимент «Апробация организационно-функциональной модели службы здоровья в ОУ СПб» (6 городских ОЭП, 14 ОУ Петроградского района, 2 школы-лаборатории, 2 районных ОЭП)	<ul style="list-style-type: none"> • Модификация инструментария и модели анализа данных • дальнейшее увеличение банка данных • получение ситуативных норм для основной школы • создание автоматизированной системы мониторинга (АИС) • отработка районной модели мониторинга 	2005 – 2008 гг.

Цель мониторинга: сбор и анализ первичной информации для выявления результативности деятельности ОУ по сохранению и укреплению здоровья, повышению культуры здоровья участников образовательного процесса.

Условия его организации и проведения: ежегодный сбор и аналитическая обработка данных.

Субъекты:

- учащиеся (воспитанники) всех возрастных групп,
- класс (группа),
- педагогический коллектив ОУ,
- ОУ.

Объекты: совокупность факторов внешней и внутренней среды ОУ; адаптивные возможности учащихся по отношению к этим факторам (рис. 1.1).

Полностью система показателей мониторинга представлена в приложении 1.

Участники: учащиеся всех ступеней обучения, их родители; педагоги, специалисты и представители администрации ОУ.

Методы: анкетирование, психологическое и моторное тестирование, анализ деятельности. Инструментарий мониторинга включает следующий дидактический материал:

- «Паспорт школы» (заполняется руководителем ОУ);
- «Паспорт класса – 1» (анкета классного руководителя, заполняется в одном экземпляре для каждого класса);

- «Паспорт класса – 2» (анкета медицинского работника, заполняется в одном экземпляре для каждого класса);
- «Паспорт класса – 3» (анкета учителя физкультуры, заполняется в одном экземпляре для каждого класса);
- «Паспорт класса – 4» (анкета специалистов – психолога, валеолога, социального педагога, коррекционного педагога и т.п., заполняется в одном экземпляре для каждого класса);
- «Анкета школьника 1-4 класса» (заполняется родителями учащихся в одном экземпляре для каждого учащегося);
- Анкета X – «Анкета школьника 5-7 класса» (заполняется учащимися в одном экземпляре для каждого);
- Анкета XI – «Анкета школьника 8-11 класса» (заполняется учащимися в одном экземпляре для каждого);
- Анкета XII – «Социологическая анкета педагога» (заполняется всеми членами педагогического коллектива в одном экземпляре для каждого).

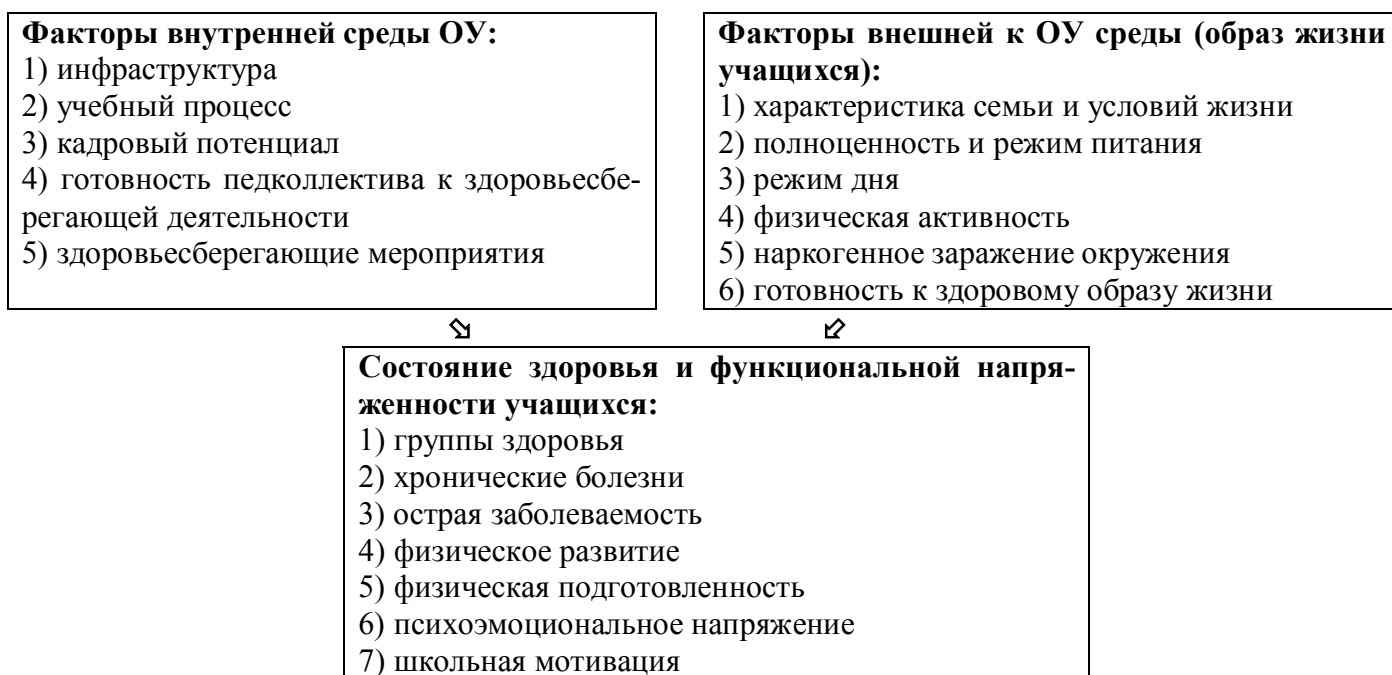


Рис. 1.1. Совокупность объектов мониторинга (информационные блоки)

Раздел 2. Методика организации, проведения и применения результатов мониторинга

Несомненным достоинством данного мониторинга является возможность быстрой автоматизированной обработки данных и предъявление результатов каждого ОУ в графической и количественной форме. Для решения задачи оптимизации и ускорения сбора и обработки информации о результатах мониторинга разработана автоматизированная информационная система (АИС), которая:

- ведет единую базу данных для всех образовательных учреждений, участвующих в мониторинге;

- статистически обрабатывает и выдает общую единую отчетность с определенной временной периодичностью;
- выдает отчеты отдельно по каждому образовательному учреждению, каждому классу и каждому учащемуся;
- в момент занесения данных проводит проверку корректности вносимой информации и немедленно получает расчетные данные;
- имеет возможность настройки под изменяющиеся потребности пользователей с минимальными трудозатратами;
- поддерживает верификацию и корректировку информации;
- обеспечивает защиту от несанкционированного доступа к базе данных;
- имеет потенциальные возможности дальнейшего развития и обновления всей системы с включением новых форм сбора информации.

АИС мониторинга на основе СУБД Microsoft SQL Server 2000 расположена по адресу <http://anketa.webmerit.ru>; вход в систему на условиях ограниченного доступа возможен также с сайта «Служба здоровья в образовательных учреждениях» по адресу <http://szou.webmerit.ru>. Пользователи АИС имеют следующие возможности.

1) Варианты сбора данных:

- заполнение электронных форм в Интернет-браузере с одновременной передачей данных в общую базу;
- заполнение электронных форм в формате Excel-таблицы;
- бланковый опрос в формате ЕГЭ.

2) Одновременное получение обработанных данных на основе ограниченного доступа в сопоставлении с произвольно заданной выборкой.

3) Одновременное получение обработанных данных в графической (диаграммы) и количественной форме (солидаризация с ситуативными нормами).

Первичная автоматизированная обработка результатов мониторинга заключается в анализе одномерных данных, где в качестве описательных статистик выступают частотные распределения в абсолютном и процентном выражении. Это позволяет на основе анализа динамики средних значений сопоставить данные отдельных учащихся, классов, образовательных учреждений.

Для всех показателей мониторинга проводится также расчет ситуативных норм на процентной шкале коллективных оценок групп-кластеров (по В.Ф. Курлову, [3]). В границах интерквартильной нормы (между 25-й и 75-й персентилями) данные ОУ консолидированы с половиной всех обследуемых в оценке, которую можно условно назвать «нормальной». Аналогично расположение между персентилями «0,75» и «0,9» или «0,9» и «max» сводит оцениваемые данные в 15% групп с «высокой» оценкой или 10% групп с «очень высокой» оценкой соответственно. Таким образом, специалисты конкретного ОУ могут достаточно точно определить его место в общем ряду данных.

Учитывая специфику мониторинга, результаты ОУ могут быть частично сопоставлены:

- с результатами других ОУ, находящихся в базе данных;

- с гигиеническими нормативами;
- с данными Санкт-Петербургского исследования 2004 г., в котором был использован данный инструментарий;
- с данными ОУ других городов Российской Федерации, участвовавших в федеральном эксперименте по отчету ИВФ РАО [1].

В результате выявляются ресурсы и проблемы ОУ, появляется возможность проектирования и оптимизации здоровьесберегающей деятельности ОУ на основании объективных и обоснованных выводов о степени достижения поставленных целей.

Так, в рамках инновационной деятельности ОУ Санкт-Петербурга разработана технология проектирования здоровьесберегающей деятельности ОУ, конечным продуктом которого является создание соответствующей целевой программы на определенный отрезок времени. Анализ результатов мониторинга своего ОУ в сопоставлении с общими результатами всех ОУ по всем показателям мониторинга дает возможность управленческой команде ОУ выявить наиболее значимые для своего учреждения проблемы построения здоровьесберегающей образовательной среды. Для облегчения аналитической работы разработан рабочий лист по анализу результатов мониторинга (приложение 2). В план-заказ СПбАППО включена подготовка школьных команд к этой работе на курсах по образовательной программе «Служба здоровья образовательного учреждения» (120 часов).

Раздел 3. Аналитический отчет по базе данных мониторинга

В 2008 году в базу АИС введены данные 24 ОУ, поступившие из следующих источников:

- 1) школы-участники городского эксперимента «Апробация организационно-функциональной модели службы здоровья в ОУ СПб» (6 ОУ);
- 2) школы, которые имеют статус инновационных и позиционируют себя как Школа здоровья (4 ОУ);
- 3) школы Петроградского района, в которых мониторинг осуществлялся по решению Отдела образования района и при сопровождении Научно-методического центра района в рамках реализации Программы развития района (14 ОУ).

Полученные расчетные данные указанных ОУ (далее – ПРОЕКТ) сопоставлены в соответствии со следующими критериями:

- по ступеням обучения: учащиеся 1-х–2-х классов (далее – Начальная школа), учащиеся 5-х–6-х классов (Основная школа) и 10-х–11-х классов (Старшая школа);
- с имеющимися гигиеническими нормативами (далее – НОРМА);
- с данными Санкт-Петербургского исследования ноября 2004 г., в котором был использован сходный инструментарий и участвовали 48 ОУ (далее – СПб). Частичный характер сопоставления данных двух исследований связан с тем, что в исследовании 2004 года участвовали учащиеся 4-х, 11-х классов

и педагоги ОУ; кроме того, в данном пилотажном исследовании задействован более полный инструментарий.

Данные ПРОЕКТА также сопоставлены между ОУ, которые целенаправленно занимаются здоровьесберегающей деятельностью более длительное время как инновационные ОУ (далее – ДЛИТ) и ОУ Петроградского района, которые недавно подключились к решению этой проблемы (далее – НОВ). Стоит отметить, что статус ОУ ПРОЕКТА неоднороден: к группе ДЛИТ относятся преимущественно общеобразовательные школы; среди ОУ группы НОВ преимущественно гимназии и школы с углубленным изучением предметов.

Количественный состав участников мониторинга приведен в табл. 3.1.

Таблица 3.1

Количественный состав участников мониторинга

Участники мониторинга	ПРОЕКТ	СПб
Всего ОУ	28	48
Всего классов, из них:	76	48
• начальная школа (1-е и 2-е классы)	25	
• основная школа (5-е и 6-е классы)	22	
• старшая школа (10-е и 11-е классы)	29	48
Всего учащихся, из них:	1886	
• начальная школа (1-е и 2-е классы)	570	
• основная школа (5-е и 6-е классы)	576	
• старшая школа (10-е и 11-е классы)	740	1058
Всего педагогов	504	534

Различия между значениями исследования по каждому показателю проверены на достоверность с помощью t-критерия Стьюдента (между средними величинами) и с помощью ϕ^* -критерия Фишера (между процентными соотношениями).

Структура отчета построена в соответствии с системой индикаторов и показателей оценки объектов мониторинга (см. раздел 1).

3.1. Состояние здоровья и функциональной напряженности учащихся

Состояние здоровья учащихся определяется с помощью анализа медицинских следующих данных: распределения по группам здоровья; рейтингового распределения хронических болезней; динамики острой заболеваемости; уровня физического развития и физической подготовленности. Функциональное состояние учащихся определяется в результате изучения уровня психоэмоционального напряжения и школьной мотивации.

В исследуемых возрастных группах ПРОЕКТА наблюдается ухудшение здоровья учащихся по мере перехода по ступеням обучения: уменьшается количество учащихся с первой группой здоровья и увеличивается – с третьей группой и поставленных на диспансерный учет. Эти результаты подтверждают данные предшествующего исследования 2004 года (табл. 3.2).

Таблица 3.2

Распределение учащихся по группам здоровья, %

Показатели	Начальная школа	Основная школа	Старшая школа	
	ПРОЕКТ		ПРОЕКТ	СПб
1-я группа	21,8	24,2	21,9	22,0
2-я группа	64,2	55,6	54,5	50,0
3-я и 4-я группы	14,0	20,3	23,6	29,0
диспансерный учет	11,8	11,3	16,6	-

У учащихся ПРОЕКТА наблюдается типичное для Санкт-Петербурга рейтинговое распределение частоты хронических нарушений и ее динамики (табл. 3.3).

Таблица 3.3

Распределение учащихся по наиболее часто встречающимся группам нозологий, %

Группы нозологий	Начальная школа	Основная школа	Старшая школа	
	ПРОЕКТ		ПРОЕКТ	СПб
Костно-мышечная система	37,4	39,3	45,8	32,0
Орган зрения	11,5	19,8	25,6	28,0
Органы слуха, ЛОР-заболевания	9,7	10,1	10,8	-
Нервная система	6,2	4,9	4,9	4,0
Пищеварительная система	3,3	4,8	5,6	10,0
Органы дыхания	3,5	4,2	4,5	5,0
Сердечно-сосудистая система	4,6	7,2	9,4	11,0

Наиболее представлены нарушения костно-мышечной системы, органов зрения, ЛОР-заболевания; наибольшая негативная динамика между ступенями обучения наблюдается по нарушениям, которые относятся к так называемым «школьнозависимым болезням»: опорно-двигательного аппарата, органов зрения, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Сопоставление с данными 2004 года свидетельствует о продолжении снижения здоровья школьников по ряду нозологий.

Непосредственно влияние внутришкольных факторов отражается на острой заболеваемости детей, которая связана с общей сопротивляемостью организма (табл. 3.4).

Таблица 3.4

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

Показатели	Начальная школа	Основная школа	Старшая школа
Всего пропусков, дней/уч-ся.	4,98	3,66	3,16
Из них по заболеваниям, %:			
По простудным	86,4	92,0	84,1
По инфекционным	9,6	2,6	2,9
По хроническим	2,8	3,5	6,7
По травмам	1,2	1,8	6,3

В школах ПРОЕКТА наблюдается снижение острой заболеваемости учащихся по мере перехода по ступеням обучения; в структуре острой заболеваемости уменьшается доля простудных и инфекционных болезней. Необходи-

димо указать, что количество пропусков по болезни старшеклассников ПРОЕКТА значительно ниже данных предшествующего исследования (8,16 дней/уч-ся). Возможно, это объясняется изменениями образовательной среды школ ПРОЕКТА. Так, сопоставление данных ОУ с разной продолжительностью здоровьесберегающей инновационной деятельности показывает преимущество более длительной работы по данному показателю (табл. 3.5).

Таблица 3.5

**Пропуски учебных занятий по болезни в разных ОУ ПРОЕКТА,
среднее (дней/уч-ся)**

Показатели	Начальная школа		Основная школа		Старшая школа	
	ДЛИТ	НОВ	ДЛИТ	НОВ	ДЛИТ	НОВ
Всего пропусков, дней/уч-ся. Из них по заболеваниям, %:	4,54	5,03	3,14	4,17	2,96	3,04
По простудным	80,3	90,5	86,8	95,8	83,1	85,5
По инфекционным	13,4	6,8	4,4	2,9	2,1	3,7
По хроническим	5,0	1,8	5,3	1,3	5,2	8,0
По травмам	1,3	0,9	3,5	-	9,6	2,9

Неспецифическим показателем состояния здоровья ребенка является уровень его *физического развития (ФР)*: на него влияют психические и физические перегрузки, характер питания и другие факторы образа жизни (табл. 3.6).

При переходе по ступеням обучения уменьшается количество учащихся с отставанием ФР от средневозрастных величин (микросоматический тип); в то же время увеличивается группа школьников с несовпадением отдельных антропометрических данных (дисгармоничное развитие). Сопоставление данных ОУ с разной продолжительностью здоровьесберегающей инновационной деятельности показывает, что более длительная работа, возможно, приводит к снижению в старших классах количества учащихся с микросоматотипом (13,8% и 27,3%) и резко дисгармоничным развитием (7,4% и 18,3% соответственно).

Таблица 3.6

Нарушения физического развития учащихся, %

Показатели	ПРОЕКТ		
	Начальная школа	Основная школа	Старшая школа
Микросоматотип	51,4	34,7	21,2
Дисгармоничное	18,9	25,8	55,3
Резко дисгармоничное	15,2	18,6	13,3

Физическая подготовленность (ФП) учащихся является результирующей характеристикой их двигательной активности. В школах ПРОЕКТА при переходе к следующим ступеням обучения сохраняется стабильное соотношение уровней ФП учащихся по оценке учителей физической культуры (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Физическая подготовленность учащихся, %			
Уровень	ПРОЕКТ		
	Начальная школа	Основная школа	Старшая школа
Низкий	19,9	21,4	11,5
Средний	63,9	60,1	76,3
Высокий	16,2	18,5	6,8

Состояние *психического напряжения* также является индикатором влияния школьных факторов риска нарушения здоровья учащихся. Психоэмоциональная напряженность учащихся школ ПРОЕКТА совпадает с данными предшествующего исследования и является стабильной: в табл. 3.8 – данные учащихся основной и старшей школы, в табл. 3.9 – данные младших школьников, которые получены по другой методике.

Таблица 3.8

Психоэмоциональное напряжение в основной и старшей школе, %			
Уровни	Основная школа	Старшая школа	
	ПРОЕКТ	ПРОЕКТ	СПб
Низкий и ниже среднего	58,7	65,9	61,0
Средний	21,6	19,0	20,0
Выше среднего и высокий	19,7	15,1	18,0

Таблица 3.9

Психоэмоциональное напряжение учащихся в начальной школе, %

Уровни	ПРОЕКТ
Нет перенапряжения	47,2
Умеренное напряжение	38,8
Перенапряжение	13,9

Стоит отметить, что психоэмоциональное напряжение учащихся основной школы значительно ниже в ОУ, более длительно занимающихся здоровьесберегающей деятельностью (уровень низкий и ниже среднего – 69,7% и 50,5%, уровень выше среднего и высокий – 13,5% и 25,2% соответственно).

Школьная мотивация учащихся начальных классов ОУ ПРОЕКТА в целом позитивна: высокая и хорошая мотивация наблюдается у 60,3% учащихся, положительное отношение к школе – 24,5%, низкая и негативная – 15,2%.

3.2. Характеристика образовательной среды школы

Характеристика инфраструктуры

Инфраструктура школ ПРОЕКТА характерна для школ Санкт-Петербурга (рис. 3.1, табл. 3.10).

Таблица 3.10

Наличие элементов общей инфраструктуры, %

Показатели	ПРОЕКТ	СПб
Есть столовая	91,7	90,0
Холодильник	95,8	93,0
Плита	95,8	98,0
Готовят в школе	79,2	92,0



Рис. 3.2. Характеристика и состояние зданий школ ПРОЕКТА

Как правило, школы расположены в одном здании, в школах производится регулярный ремонт; в них есть бытовое оборудование, в т.ч. для приготовления пищи.

В школах есть также *оздоровительная инфраструктура* (табл. 3.11). В ОУ ПРОЕКТА, более длительно занимающихся здоровьесберегающей деятельностью, больше дополнительного оздоровительного оборудования (ингаляторов, фитобар, кабинет БОС и т.п.).

Таблица 3.11

Наличие элементов оздоровительной инфраструктуры, %

Показатели	ПРОЕКТ	СПб	Показатели	ПРОЕКТ	СПб
Медицинский кабинет	95,8	100,0	Зубоврачебный кабинет	8,3	6,0
Спортивные залы	100,0	98,0	Фитобар, кислородные коктейли	16,7	6,0
Больше одного спортивного зала	37,5	33,3	Кабинет массажа	8,3	6,0
Школьный стадион	50,0	69,0	Солярий	–	–
Тренажерный комплекс	25,0	31,0	Кабинет релаксации	20,8	29,0
Бассейн	–	–	Кабинет БОС	12,5	–
Ингаляторов, физиотерапия	12,5	2,0	Зимний сад	8,3	8,5

Характеристика учебного процесса

На состояние учащихся оказывают влияние следующие характеристики учебного процесса:

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

Степень инновационности учебного процесса в школах ПРОЕКТА соответствует данным предшествующего исследования: около 40% школ реализуют инновационные УМК в начальной школе и профильное обучение в старших классах (табл. 3.12).

Таблица 3.12

Наличие инновационных изменений учебного процесса, %		
Показатели	ПРОЕКТ	СПб
Профильное обучение в старших классах	43,5	44,0
Инновационные УМК в начальной школе	44,0	36,0

Общий объем учебной нагрузки в школах ПРОЕКТА соответствует нормативам, но нагрузка ниже в ОУ, длительно занимающихся здоровьем учащихся (табл. 3.13).

Таблица 3.13

Средний объем учебной нагрузки учащихся, часов/нед.			
Данные	Начальная школа	Основная школа	Старшая школа
ПРОЕКТ	23,6	30,6	32,7
ДЛИТ	22,6	30,8	30,9
НОВ	24,9	30,8	34,6
НОРМА	25 (22) ¹	32(29)	36 (33)

Оптимальность распределения недельной учебной нагрузки можно определить, анализируя балльную оценку расписания уроков по шкале С.Г. Сивкова. В школах ПРОЕКТА наблюдается относительное соответствие распределения недельной нагрузки кривой работоспособности (рис. 3.3). В то же время стоит указать, что данные школ значительно различаются, средние значения не дают достоверной картины распределения нагрузки, и методика ее измерения требует дальнейшей коррекции.

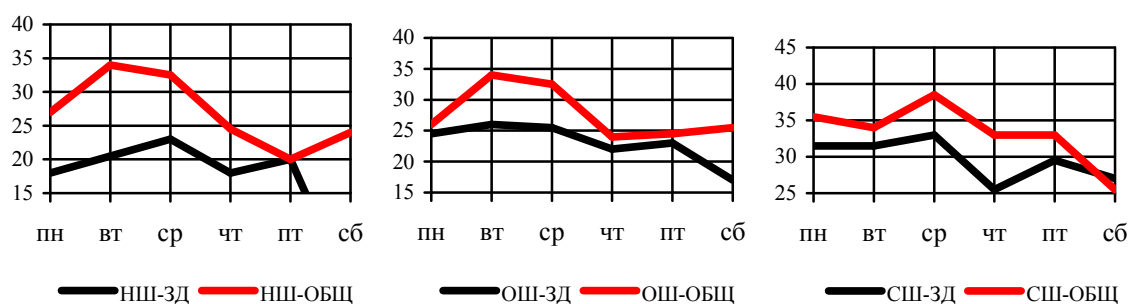


Рис. 3.3. Балльная оценка расписания уроков, средняя (баллы)

Кадровый потенциал

Кадровый потенциал ОУ может оказать влияние здоровье участников образовательного процесса следующим образом:

1) наличие в ОУ и достаточное количество в зависимости от контингента учащихся соответствующих специалистов здоровьесберегающей направленности. К ним относятся медицинские работники; специалисты сопровождения образовательного процесса; педагоги, решающие задачи здоровьесбережения в рамках своей предметной области; педагоги, обеспечивающие досуговую деятельность учащихся;

¹ Пятидневная учебная неделя.

2) личностная и профессиональная готовность педагогического коллектива ОУ к здоровьесберегающей деятельности.

Социальные характеристики педагогического коллектива школ ПРОЕКТА в целом соответствуют общим предшествующим данным; меньше текучесть кадров и количество пропусков по болезни (табл. 3.14).

Таблица 3.14

Характеристика педколлектива школ

Показатели	ПРОЕКТ	СПб
Средняя численность педагогов, в том числе:	56	54
с высшим специальным образованием, %	89,7	85,0
Средний возраст педагогов, лет	42,9	42,3
Средний педагогический стаж, лет	19,0	18,0
Текучесть кадров за год, %	5,4	6,7
Пропущено дней по болезни, среднее за год	4,3	6,4

Анализ кадрового обеспечения здоровьесберегающей деятельности школ ПРОЕКТА большее количество медицинских работников, специалистов сопровождения, педагогов здоровьесберегающей направленности по сравнению с данными предшествующего исследования (табл. 3.15). Возможно, это объясняется направленностью инновационной деятельности этих школ на здоровьесберегающую деятельность.

Таблица 3.15

Кадровая обеспеченность школы (количество учащихся на одного специалиста)

Показатели	ПРОЕКТ	СПб
Медработники, в том числе:	262,0	390
• врач	546,6	811
• медсестра	546,6	869
Специалисты сопровождения, в том числе:	196,4	253
• социальный педагог	571,4	647
• педагог-психолог	628,5	822
• коррекционный педагог	698,4	-
Учитель физкультуры	209,5	272
Руководитель спортивной секции	213,1	196
Учитель трудового обучения	369,7	338
Руководитель кружка	61,0	208

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

Анкетирование показало, что самооценка педагогами ПРОЕКТА своего здоровья несколько отличается от данных предшествующего исследования: больше педагогов считают свое здоровье удовлетворительным или плохим; педагоги ОУ, более длительно занимающихся здоровьесберегающей деятельностью, меньше болеют в течение года (табл. 3.16).

Таблица 3.16

Самооценка здоровья педагогов, %

Вариант ответа	ПРОЕКТ		СПб
	ДЛИТ	НОВ	
Считают свое здоровье удовлетворительным или плохим	75,0	75,0	67,1
Имеют хронические болезни	61,0	64,8	60,6
Часто болели в течение учебного года	18,8	25,6	23,0
Наиболее влияющий на здоровье фактор – образ жизни	55,6	54,6	56,2

Анализ показателей элементов образа жизни педагогов показывает низкие значения ряда показателей (питания, сна, двигательной активности, закаливания и т.п.), не отличающиеся от результатов предшествующего исследования (рис. 3.4).

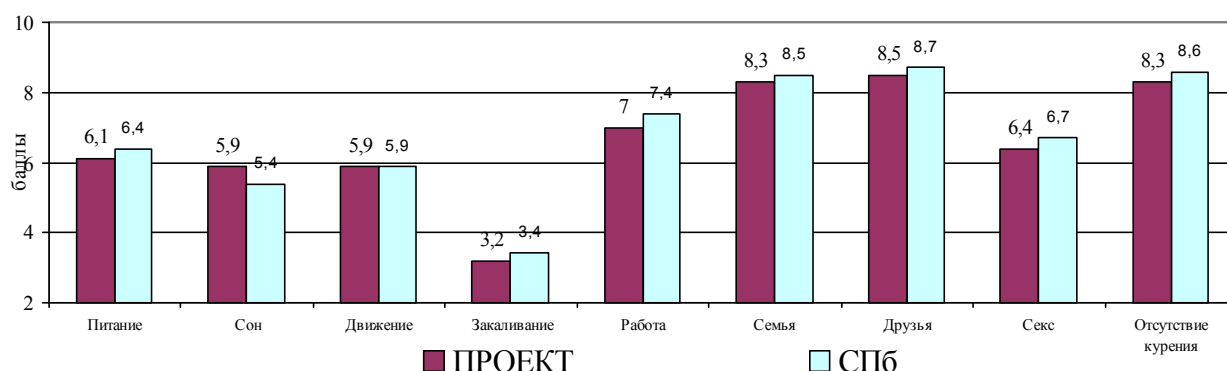


Рис. 3.4. Самоанализ элементов образа жизни педагогов (от 1 до 10 баллов)

Ответ на следующий вопрос также подтверждает сравнительно низкий уровень самооценки образа жизни педагогов: крайне мало педагогов регулярно занимаются физкультурой, около трети не занимаются вообще (табл. 3.17).

Таблица 3.17

Состояние физической активности педагогов

Вариант ответа	ПРОЕКТ	СПб
Занимаюсь ежедневно	6,8	7,5
Занимаюсь регулярно, один раз в неделю и чаще	14,8	19,3
Занимаюсь нерегулярно, редко	46,9	47,0
Не занимаюсь вообще	31,5	26,2

Таким образом, пилотажное исследование подтверждает полученные ранее 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.

Профессиональная готовность педагога к здоровьесберегающей 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 здоровьесберегающей деятельности здоровье школьников должно быть осознано как педагогическая пробле-

ма (табл. 3.18). Анализ данных этой таблицы показывает, что педагоги школ ПРОЕКТА низко оценивают состояние здоровья учащихся, в том числе и по сравнению с данными предшествующего исследования; в то же время меньшая часть из них считают, что существует проблема наркозависимости учащихся. Нахождение причин таких расхождений требует дальнейшего исследования: это может быть связано как с отсутствием понимания проблемы, так и с результативностью работы по ее решению.

Таблица 3.18

Осознание проблемы здоровья учащихся, в %		
Вариант ответа	ПРОЕКТ	СПб
Здоровье учащихся является удовлетворительным или плохим	82,9	77,5
Здоровье ухудшается по мере обучения в школе	67,3	63,6
Существует проблема наркозависимости учащихся	34,2	43,5

Представления педагогов о необходимых формах здоровьесберегающей работы в школе на рис. 3.5.

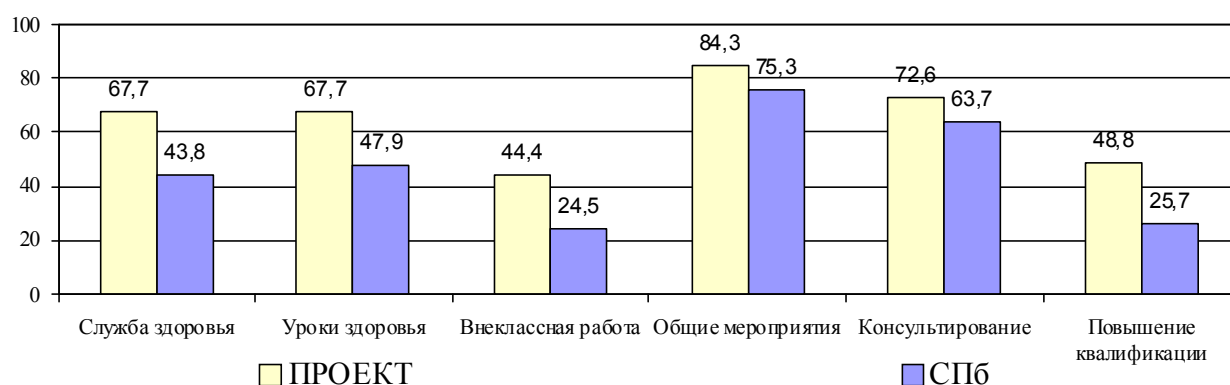


Рис. 3.5. Представления педагогов о необходимых формах здоровьесберегающей деятельности в школе, %

Педагоги школ ПРОЕКТА, особенно работающие в ОУ, длительно занимающиеся здоровьесберегающей деятельностью, значительно лучше по сравнению с данными предшествующего исследования осознают необходимость комплексной деятельности в этой области, в том числе и необходимость повышения собственной квалификации.

Таким образом, педагоги ПРОЕКТА проявляют сравнительно более высокий уровень профессиональной готовности к здоровьесберегающей деятельности: они лучше осознают как проблемы здоровья учащихся (кроме проблемы наркозависимости), так и необходимость различных направлений здоровьесберегающей деятельности школы.

Здоровьесберегающая деятельность школы

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

Обеспечение разнообразных форм *двигательной активности* (ДА) учащихся представлено в табл. 3.19.

Наблюдается высокая ДА учащихся начальной школы, представленная разнообразием малых форм; при переходе к следующим ступеням обучения объем и разнообразие форм ДА значительно снижается. У старшекласников почти единственным источником ДА в течение учебной недели являются уроки физкультуры, хотя по сравнению с данными предшествующего исследования можно отметить наличие в старших классах часов здоровья.

Спортивно-оздоровительная активность школьников во второй половине дня зависит от воспитательной результативности уроков физкультуры и связана с посещением секций и самостоятельными физкультурными занятиями (табл. 3.20). Данные этой таблицы показывают, что физкультурно-оздоровительная работа школ ПРОЕКТА в целом организована хорошо: учащиеся занимаются в школьных спортивных секциях, участвуют во внутришкольных соревнованиях. Большинство школьников посещают и любят уроки физкультуры, хотя интерес к ним явно снижается к старшим классам. Проблемой является также практическое отсутствие занятий для ослабленных учащихся (ЛФК и АФК), увеличение к старшим классам количества учащихся, освобожденных от занятий физкультурой.

Таблица 3.19

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

Показатели	Начальная школа	Основная школа	Старшая школа	
	ПРОЕКТ	ПРОЕКТ	ПРОЕКТ	СПб
Уроки физкультуры	82,4	90,0	90,0	90,0
Динамические перемены	34,2	73,3	41,2	58,0
Гимнастика до занятий	8,8	6,0	5,7	13,0
Час здоровья	122,7	81,7	90,0	32,0
Физкультминутки	21,8	26,0	13,1	13,0
ВСЕГО	270,7	169,5	125,8	128,0

Таблица 3.20

Спортивно-оздоровительная активность школьников, %

Показатели	ПРОЕКТ		
	Начальная школа	Основная школа	Старшая школа
Посещают уроки физкультуры	95,4	90,9	75,2
Любят уроки физкультуры	86,3	78,8	73,5
Освобождены от уроков физкультуры	2,2	5,5	13,7
Занимаются ЛФК и АФК	2,2	1,7	2,9
Посещают школьную секцию	27,5	29,9	19,4
Занимаются вне школы	45,4	54,1	53,1
Участвуют в школьных соревнованиях	40,6	29,5	46,3
Участвуют в соревнованиях вне школы	58,5	45,2	51,1

3.3. Характеристика образа жизни учащихся

Контингент учащихся школ ПРОЕКТА совпадает с данными предшествующего исследования (табл. 3.21).

Таблица 3.21

Характеристика контингента учащихся

Показатели	ПРОЕКТ	СПб
Средняя численность учащихся в школе, в том числе:	615	634
• на учете в милиции, %	0,54	0,5
• на учете нарколога, %	0,03	0,01
• на учете в тубдиспансере, %	1,71	2,3
• из неполных семей, %	24,0	27,7
• получают социальные пособия, %	11,1	13,6

Изучение *социальных условий* показывает сходное социальное благополучие учащихся разных возрастных групп школ ПРОЕКТА по ряду признаков: образовательному цензу родителей, наличию полной семьи, характеру жилья; исключение составляет рост наличия компьютера, что отражает общую тенденцию информатизации общества (табл. 3.22). Стоит отметить также, что ряд социальных характеристик учащихся ОУ, вновь подключившихся к ПРОЕКТУ (образование родителей, наличие компьютера) выше общих данных. Возможно, это связано с повышенным уровнем ОУ.

Таблица 3.22

Характеристика семьи и условий жизни учащихся

Показатели	ПРОЕКТ		
	Начальная школа	Основная школа	Старшая школа
Отец имеет высшее образование	43,6	32,0	51,1
Мать имеет высшее образование	48,5	32,6	55,7
Отец живет вместе с семьей	74,8	70,4	73,7
Семья живет в отдельной квартире или собственном доме	78,8	69,4	81,4
У учащегося есть отдельная комната	37,7	50,9	64,9
Есть компьютер	57,7	64,9	81,8

Анализ данных рис. 3.6 показывает, что структура *питания* учащихся школ ПРОЕКТА в целом совпадает для разных возрастных групп и является достаточно благополучной: исключение составляет недостаточное употребление овощей, а в основной школе – и мясных продуктов.

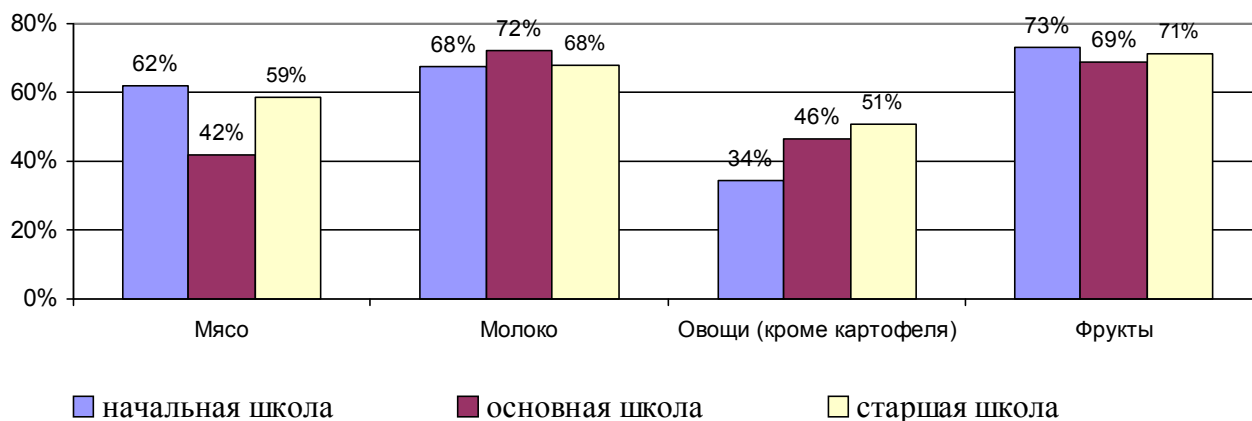


Рис.3.6. Структура питания учащихся (продукты, которые употребляются каждый день)

Анализ режима питания учащихся школ ПРОЕКТА показывает негативные изменения с переходом в основную школу: увеличивается количество учащихся, питающихся менее трех раз в день, без режима (когда захочет). Негативной тенденцией является наличие в каждой возрастной группе значительного количества учащихся, которые совсем не едят в школе (табл.3.23).

Таблица 3.21

Нарушения регулярности питания школьников, %

Признаки	Начальная школа		Основная школа		Старшая школа	
	ПРОЕКТ	НОРМА	ПРОЕКТ	НОРМА	ПРОЕКТ	НОРМА
Ест 1-2 раза в день	0,9	1,0	4,5	2,0	11,1	3,5
Ест, когда захочет	20,0	0,5	41,1	1,0	43,6	1,5
Утром не завтракает	0,3	-	4,1	-	13,1	-
В школе не завтракает	39,2	-	66,9	-	80,4	-
В школе не обедает	44,8	-	65,7	-	68,3	-

При этом в основной и старшей школе неблагоприятно отличаются учащиеся из ОУ группы ДЛИТ. Возможно, социальные характеристики учащихся оказывают более значительное влияние на их питание по сравнению с влиянием школы.

Сопоставление продолжительности компонентов *режима дня* учащихся ПРОЕКТА 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 школе возрастает время пребывания за компьютером (табл. 3.22). Указанные особенности отмечались и в более ранних исследованиях образовательной системы Санкт-Петербурга.

Таблица 3.22

Режим дня школьников по будням, средние значения (час)

Показатели	Начальная школа		Основная школа		Старшая школа	
	ПРОЕКТ	НОРМА	ПРОЕКТ	НОРМА	ПРОЕКТ	НОРМА
Домашние задания	2,1	1,0	2,16	2,0	2,22	3,5
Просмотр ТВ	1,54	0,5	1,77	1,0	1,42	1,5
Чтение	0,79	-	1,01	-	1,34	-
Досуг за компьютером	0,72	-	1,35	-	1,29	-
Сон	8,9	11,5	8,1	10,5	7,2	8,5
Прогулки	1,8	3,5	1,9	3,0	2,3	2,5

Досуг школьников 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 учащихся школ ПРОЕКТА (употребляют психоактивные вещества больше половины или большинство окружающих сверстников) в целом совпадает с общими данными; наблюдается значительный прирост от основной ступени обучения к старшим классам (рис. 3.7).

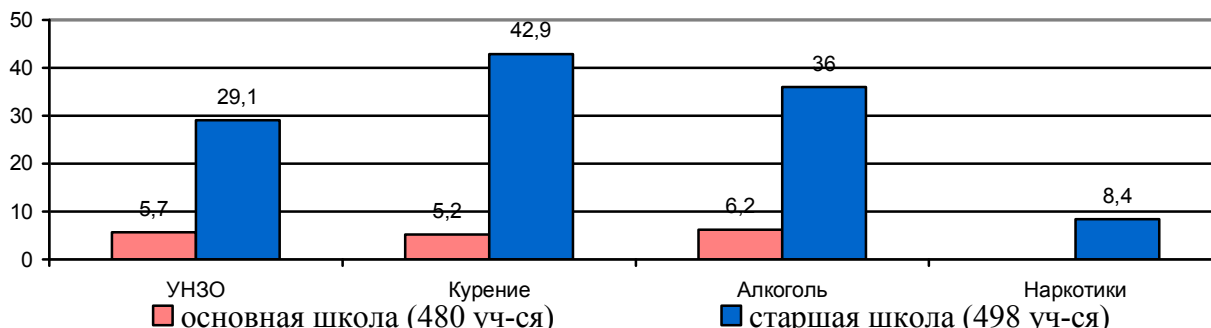


Рис.3.7. Высокий и опасный уровни наркогенного окружения учащихся основной и старшей школы, %

Последний показатель комплексно характеризует *воспитательный эффект по формированию готовности учащихся основной и средней школы к здоровому образу жизни* (рис. 3.8).

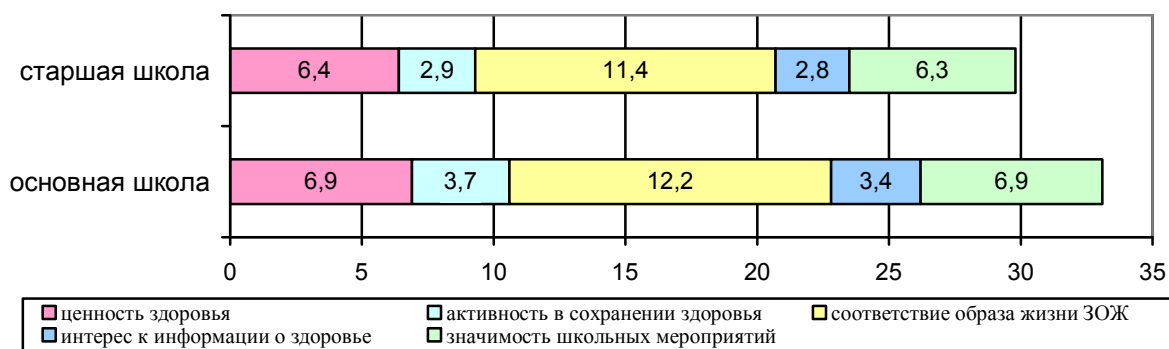


Рис. 3.8. Воспитательный эффект по формированию готовности учащихся к здоровому образу жизни, балльная оценка

Анализ показывает, что от основной к старшей ступени обучения происходит снижение воспитательного эффекта мероприятий по формированию готовности учащихся к здоровому образу жизни по всем показателям. Этот вывод соответствует литературным данным и указывает на необходимость более раннего воспитательного воздействия школы в данном направлении.

**Общие выводы по промежуточным результатам НИР по теме
«Мониторинг здоровьесберегающей деятельности ОУ общего и до-
полнительного образования детей»**

1. Пилотажное исследование показало возможность детального исследования здоровьесберегающего потенциала образовательной среды школы с помощью инструментария и методики проведения мониторинга.

2. В результате исследования были выявлены следующие тенденции, совпадающие с результатами предшествующих исследований образовательной системы Санкт-Петербурга и свидетельствующие об актуальности проблемы здоровья учащихся:

- ухудшение здоровья учащихся по мере перехода по ступеням обучения, особенно по «школьнозависимым» нозологиям; увеличение дисгармоничного физического развития;
- недостаточная эффективность здоровьесберегающих мероприятий школы, в частности, повышения двигательной активности учащихся в течение учебного дня;
- недостаточно благополучный образ жизни учащихся (наличие нарушений режима питания, структуры досуга, риска наркотизма и т.п.), который может быть связан и с недостаточной эффективностью работы школы в данном направлении; об этом свидетельствует низкий уровень готовности педагогов к заботе о собственном здоровье.

3. В школах ПРОЕКТА, особенно длительно занимающихся инновационной здоровьесберегающей деятельностью, наблюдаются следующие позитивные тенденции:

- снижение острой заболеваемости учащихся;
- поддержание стабильного функционального состояния учащихся (уровня психоэмоционального напряжения, школьной мотивации);
- наличие дополнительного оздоровительного оборудования и кадрового потенциала педагогических работников здоровьесберегающей направленности;
- относительно оптимальная учебная нагрузка и соответствие ее распределения кривой работоспособности;
- повышение профессиональной готовности педагогов к здоровьесберегающей деятельности (осознание педагогами проблем здоровья учащихся и необходимости комплексной работы школы по его обеспечению);
- улучшение спортивно-оздоровительной работы школы, в т.ч. и во второй половине дня.

4. Полученные результаты свидетельствуют о крайней необходимости совершенствования здоровьесберегающей деятельности в образовательной системе Санкт-Петербурга, включения ее в управленческий контекст образования на основании анализа и тиражирования имеющегося опыта.

3. Работа по выполнению п. 4 Плана мероприятий по реализации Программы развития региональной системы оценки качества общего и дополнительного образования детей Санкт-Петербурга на 2008-2011 гг. «Мониторинг

здоровьесберегающей деятельности ОУ общего и дополнительного образования детей» должна быть продолжена в следующих направлениях:

- дальнейшая отработка системы индикаторов и инструментария мониторинга на основании получения обратной связи от школ-участниц пилотажного исследования;
- расширение количества ОУ, участвующих в мониторинге с целью получения достоверных данных, отражающих современную ситуацию в образовательной системе города;
- поддержка и совершенствование автоматизированной системы мониторинга, позволяющей ОУ эффективно вводить и получать данные, с целью обеспечения лонгитудинального характера мониторинга, возможности в течение ряда лет получать исчерпывающий срез информации, охватывающий весь период обучения в ОУ²;
- отработка включения данного мониторинга в общую региональную систему оценки качества общего и дополнительного образования детей, согласования его с автоматизированной информационной системой регламентации образовательной деятельности (АИС РОД);
- согласование индикаторов и методики проведения мониторинга с Комитетом по здравоохранению, Комитетом по труду и социальной защите и другими заинтересованными структурами.

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. Алексева. 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.

² Для технической поддержки и совершенствования АИС мониторинга необходимо привлечение специалиста по информационным технологиям с квалификацией программиста.