

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКТ
«СЛУЖБА ЗДОРОВЬЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ:
ОТ ЗАМЫСЛА ДО РЕАЛИЗАЦИИ»

**Служба здоровья образовательного учреждения:
методическое обеспечение деятельности специалистов**

Сборник методических материалов

Выпуск 2

КОМИТЕТ ПО ОБРАЗОВАНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
ГОУ ДПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСТДИПЛОМНОГО ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКТ
«СЛУЖБА ЗДОРОВЬЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ:
ОТ ЗАМЫСЛА ДО РЕАЛИЗАЦИИ»

**Служба здоровья образовательного учреждения:
методическое обеспечение деятельности специалистов**

Под редакцией *М.Г. Колесниковой*

Сборник методических материалов

Выпуск 2

Санкт-Петербург,
2006

ББК 51.204.0
С49

Печатается по решению Редакционно-издательского совета СПбАППО

Ав т о р с к и й к о л л е к т и в

О.Э. Аксенова, к.п.н.; **В.В. Бондарева**, к.п.н.; **Р.С. Бондаревская**; **Н.В. Васильева**, к.п.н.;
В.В. Вершинина, к.п.н.; **В.Д. Еремеева**, **Г.К. Зайцев**, д.п.н.; к.б.н.; **М.Г. Колесникова**,
к.п.н.; **С.А. Косабуцкая**, к.п.н.; **Р.С. Минвалеев**, к.б.н.;
В.В. Нечепуренко; **С.В. Никольская**, к.п.н.; **Н.В. Панова**, к.п.н.; **С.В. Попов**, к.б.н.;
А.А. Сметанкин, к.м.н.; **С.В. Рычкова**, к.м.н.; **Л.С. Чутко**, д.м.н.

Н а у ч н ы й р е д а к т о р

М.Г. Колесникова, к.п.н., доцент кафедры педагогики детства СПбАППО

Р е ц е н з е н т ы:

И.Ю. Алексашина, д-р пед. наук, профессор, зав. кафедрой естественно-научного образования СПбАППО

О.А. Маталыгина, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры педиатрии №1 СПбМАПО

С49 **Служба здоровья образовательного учреждения: Методическое обеспечение деятельности специалистов: Сборник методических материалов / Служба здоровья образовательного учреждения: от замысла до реализации: Учебно-методический комплект / Под науч. ред. М.Г. Колесниковой. Вып. 2. – СПб.: СПбАППО, 2006. – 101 с. – ISBN 5-7434-0380-5**

В сборнике содержатся методические и дидактические материалы, обеспечивающие различные направления деятельности отдельных специалистов Службы здоровья в соответствии с ее целями и задачами.

Материалы сборника предназначены для специалистов Службы здоровья образовательного учреждения, руководителей образовательных учреждений, педагогов всех специальностей, студентов вузов и колледжей, а также всех, кто интересуется проблемами формирования собственного здоровья и образа жизни.

© Комитет по образованию Правительства Санкт-Петербурга, 2006

© Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2006

ISBN 5-7434-0380-5

© Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования, 2006

Введение

Служба здоровья образовательного учреждения – это организационная форма взаимодействия специалистов образовательного учреждения по обеспечению условий для сохранения и укрепления здоровья всех субъектов образовательного процесса, развития культуры здоровья формирования на ее основе здорового образа жизни. Служба здоровья может быть создана во всех типах образовательных учреждений, подведомственных Комитету по образованию Правительства Санкт-Петербурга: дошкольных учреждениях, школах, учреждениях дополнительного и профессионального образования. Штатно-организационная структура Службы здоровья определяется администрацией в зависимости от конкретных условий. Возглавляет Службу здоровья руководитель, являющийся заместителем директора образовательного учреждения.

Служба здоровья – новая структура образовательного учреждения, ее создание требует подготовки специалистов и методического обеспечения их деятельности. Подготовка специалистов образовательных учреждений, которые создают Службу здоровья, осуществляется в системе дополнительного педагогического образования¹. В разработке программы участвовал большой коллектив авторов – квалифицированных специалистов из научных и образовательных учреждений Санкт-Петербурга. В ходе экспериментальной апробации образовательной программы при подготовке команд Службы здоровья экспериментальных школ авторами – разработчиками образовательной программы были представлены материалы, которые могут служить методическим и дидактическим обеспечением отдельных разделов образовательной программы. Кроме того, эти материалы также могут использоваться специалистами Службы здоровья для работы с участниками образовательного процесса. Из этих материалов и составлен данный сборник.

Основная цель Службы здоровья – построение здоровьесозидающей образовательной среды, функционирующей на основе идеологии культуры здоровья, предполагающей формирование здорового образа жизни и организацию здоровьесозидающего уклада жизни образовательного учреждения.

Для достижения этой цели в соответствии с организационно-функциональной моделью Службы здоровья специалисты Службы здоровья решают три исполнительские задачи, каждая из которых реализуется в совокупности функциональных обязанностей специалистов²:

- построение внутренней среды образовательного учреждения, обеспечивающей здоровьесозидающий характер образовательного процесса и безопасность учащихся (воспитанников) и педагогов;

¹ Теоретические основы и образовательная программа подготовки команд специалистов Службы здоровья образовательного учреждения представлена в учебно-методическом пособии «Служба здоровья образовательного учреждения: подготовка команды специалистов» (выпуск 1).

² Полностью организационно-функциональная модель Службы здоровья образовательного учреждения представлена в пособии «Организация Службы здоровья в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга» (выпуск 4).

- повышение уровня культуры здоровья как компонента общей культуры учащихся, педагогов, родителей и формирование на ее основе готовности к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья других людей;
- создание условий для оздоровления учащихся (воспитанников), ослабленных наиболее распространенными, в том числе социально обусловленными болезнями детей и подростков.

Разделы сборника содержат методические материалы, способствующие решению каждой из этих задач.

Первый раздел содержит рекомендации для построения некоторых компонентов здоровьесозидающей среды образовательного учреждения: научно обоснованного режима обучения, организации двигательной активности учащихся и воспитанников в режиме учебного дня, реализации здоровьесозидающих технологий урока, индивидуально-дифференцированного подхода к обучению, заключению контрактов для эффективного и безопасного взаимодействия участников образовательного процесса.

Эффективность механизмов обеспечения здоровья зависит от многих факторов, но определяющую роль среди них играет отношение к своему здоровью и здоровью других людей, или культура здоровья. Культура здоровья определяется специалистами как сознательная система действий и отношений, определяющих качество индивидуального здоровья человека, слагающаяся из ценностного отношения к своему здоровью и здоровью других людей и являющаяся основой здорового образа жизни (по В.В. Колбанову, Л.Г. Татарниковой и др.). Материалы второго раздела позволяют повысить уровень культуры здоровья участников образовательного процесса и содержат описание образовательных программ для педагогов, родителей и учащихся. В разделе представлены также материалы для обеспечения уроков здоровья по технологии БОС-Дыхание, которые апробируются в экспериментальных школах проекта.

Третий раздел содержит материалы для профилактической и коррекционной работы специалистов Службы здоровья. В курсовой подготовке специалистов эти направления работы были реализованы в профильных учебных модулях. Поэтому в раздел включены материалы для обеспечения деятельности специалистов психологического, социально-педагогического, физкультурно-оздоровительного, медицинского и других организационных звеньев Службы здоровья.

Авторы сборника осознают необходимость более полного методического обеспечения деятельности специалистов Службы здоровья. Предлагаемый сборник методических материалов является «первой ласточкой» для создания полноценной информационной базы методического и ресурсного обеспечения деятельности Службы здоровья в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга.

РАЗДЕЛ I

АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЕСОЗИДАЮЩЕЙ СРЕДЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

1.1. Комплексный подход к организации здоровьесозидающего учебного процесса

Н.В. Васильева, к.п.н,
доцент кафедры валеологии СПбАППО

В охране психического компонента здоровья учащихся ведущая роль принадлежит психогигиене учебных занятий. Объем, содержание и организация учебного процесса должны обеспечивать оптимальное функциональное состояние организма ребенка. В связи с этим возникла необходимость создания комплекса условий, при которых обучение не несло бы в себе разрушающего эффекта в здоровье школьников, и при этом сохранялся бы хороший результат обучения.

Одним из условий сохранения работоспособности ученика на высоком уровне в течение учебного дня является рационально составленное *расписание*. Гигиеническая рекомендация о чередовании трудных и легких предметов при составлении расписания преследует цель сохранить функциональное состояние и работоспособность учащихся на оптимальном уровне, поэтому важно учитывать не только трудность предмета, но и силу утомляющего воздействия урока по тому или иному предмету на состояние здоровья учащихся. Нами была разработана примерная форма оценки школьного расписания (*приложение 1*).

Проведенные нами исследования показали, что предмет средней трудности или даже легкий в ряде случаев оказывает значительно большее утомляющее воздействие, нежели трудный. Обнаружена разная оценка одного и того же предмета по степени трудности и соответственно распределение его в расписании занятий в разных параллелях.

Это позволяет говорить о необходимости рационального построения *сдвоенного урока с оздоровительно-развивающим содержанием в его структуре*, которое позволяет получить восстановление умственной работоспособности учащихся в конце урока на фоне психоэмоционального благополучия. Модель такого урока представлена в таблице 1.

Основная часть урока включает в себя только учебный материал, причем обучение проводится в достаточно высоком темпе. Первая оздоровительно-развивающая часть включает в себя проведение упражнений, направленных на развитие внимания, сосредоточенности, памяти, ритмические упражнения, т.е. все то, что позволило бы любому ученику (и медлительному, и быстрому) за 10 минут «вработаться», чтобы все учащиеся подходили к основной части урока примерно с одинаковой готовностью к работе.

Динамическая 5-минутная пауза должна снять напряжение и накопившееся утомление, не нарушая уровня работоспособности учащихся. Поэтому вторая основная часть урока также должна проходить в хорошем обучающем темпе. Накопившееся утомление должна снять вторая оздоровительно-развивающая пауза, которая предусматривает проведение упражнений на снятие зрительного,

статического утомления, повышение положительного эмоционального настроения путем проведения различных игр (мимических, на воображение, на ассоциации и т.д.), сообщение интересного материала, не требующего запоминания (интересные факты из жизни великих людей, интересные открытия, истории великих открытий и т.д.), логически вытекающая из темы урока.

Таблица 1

Модель структуры сдвоенного урока математики

Оздоровительно-развивающая часть – 10–15 мин	Основная часть – 30 мин	Динамическая перемена – 5 мин	Основная часть – 30 мин	Оздоровительно-развивающая часть – 10–15 мин
Организационный момент – 1–2 мин. Упражнения на развитие памяти, внимания, подведение всех учащихся к требуемому уровню умственной работоспособности	Основной учебный материал. Обучение ведется в основном в высоком темпе	Двигательная перемена, позволяющая снять значительную часть статического и умственного напряжения, высокий уровень работоспособности при этом не нарушается	Основной учебный материал. Темп обучения остается в основном, высоким	Организационный момент – 1–2 мин для записи и пояснения домашнего задания. Упражнения на снятие зрительной, умственной, статической усталости. Игры на общение и развитие коммуникативных качеств. Информация познавательного характера

При обучении с оздоровительно-развивающими компонентами в уроке отмечается следующее:

- хорошая возможность «вработаться и настроиться на урок»;
- высокая работоспособность;
- комфортная обстановка на уроке;
- возможность для расширения общего кругозора учащихся;
- положительный воспитательный момент – дети учатся умению правильно общаться друг с другом;
- сохраняется здоровье детей и не страдает уровень усвоения знаний.

Выделим и сложности в работе при комплексном подходе к организации урока:

- увеличение нагрузки на подготовку дополнительной информации и освоение умений и навыков по оздоровительно-развивающей части (ОРЧ) уроков;
- необходимость корректировки привычного планирования самого урока (нужна дополнительная подготовка учителя, ему необходимо владеть всем инструментарием, необходимым для проведения подобных уроков);

- необходимость иметь дополнительный наглядный и раздаточный материал для ОРЧ;
- учителю желательно владеть методикой определения утомления по внешним признакам.

В результате проделанной работы были наработаны методические материалы по оздоровительно-развивающему содержанию уроков, имеющих рейтинг «трудных» и «выше средней трудности» (химия, физика, математика, русский язык). Полученные разработки органично соединяются с содержанием основной части урока, позволяют сохранить его целостность, при этом достигается реализация главной цели – положительная динамика результативности обучения и уровня здоровья учащихся.

Общеизвестно, что в силу индивидуальных особенностей часть учащихся нуждается в дополнительной коррекции. На этом основании в комплекс включена технология проведения индивидуальных тренингов по формированию навыка саморегуляции и повышения успешности обучения с использованием метода биологической обратной связи (БОС) по программе «ИБИС». Внедрение программы «ИБИС» в учебный процесс обеспечило учащимся:

- основу для поддержания хорошего физического состояния и здоровья посредством повышения качества жизни в период работы по программе и в дальнейшей жизни;
- стрессоустойчивость к действию факторов окружающей среды;
- выработку волевых качеств, позволяющих противостоять вовлечению в аддитивные поведенческие реакции;
- улучшение академической успеваемости.

Таким образом, было показано, что для организации учебного процесса, направленного на достижение результативного обучения с сохранением здоровья учащихся, необходим комплексный подход, включающий в себя три компонента:

- составление школьного валеологически обоснованного расписания уроков;
- урок с оздоровительно-развивающим содержанием в своей структуре;
- коррекция учебных затруднений учащихся по технологии БОС.

Рекомендуемая литература

1. *Васильева Н.В.* Валеологическое обоснование сдвоенных уроков математики в шестом классе // *Здоровье человека: Материалы III Международного Конгресса валеологов / Под ред. В.В. Колбанова.* – СПб., 2002. С.41–42.
2. *Васильева Н.В.* Методические рекомендации по составлению школьного расписания. – СПб.: СПбГУПМ, 2003.
3. *Васильева Н.В.* Организация учебного процесса в школе без ущерба для здоровья // *Забота образовательных учреждений о здоровье детей: Материалы Международного научного симпозиума.* – СПб., 2006. – С.9–11.
4. Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях, СанПиН 2.4.2. 1178-02. Издание официальное. – Минздрав России. – М., 2002.
5. *Колбанов В.В.* Саморегуляция на основе биологической обратной связи как средство повышения психоэмоциональной устойчивости человека // *Валеология.* – 2002. – № 1. – С.27–29.

1.2. Содержание физкультурно-оздоровительных мероприятий в режиме дня школьников

С.В. Никольская, к.п.н.,
доцент кафедры ТИМФК ГУФК им. П.Ф. Лесгафта

Охрана и укрепление здоровья детей имеет особо важное значение в современном обществе. В то же время, современное школьное образование связано с повышением интеллектуальных, психоэмоциональных нагрузок на учащихся и со снижением их двигательной активности. Недостаточная же двигательная активность, длительная работа за ученическим столом сопровождаются повышением кровяного давления, нарушением осанки, снижением зрения и т.д. Можно предположить, что снижение уровня здоровья подрастающего поколения в последнее время вызвано, и в том числе, его недостаточной двигательной активностью.

Известно, что целостный процесс физического воспитания школьников складывается из системы урочных и неурочных форм занятий физическими упражнениями. Бесспорно, что урочные формы занятий являются главенствующими, но 2–3 урока физкультуры в неделю, предусмотренные программой, компенсируют в среднем 11%, а максимально (при высокой моторной плотности урока) – 40% необходимого суточного числа движений.

Известно, что потребность двигаться у школьников частично удовлетворяется самостоятельными, спонтанными движениями. Однако и спонтанные движения в сумме с движениями на уроках не могут полностью удовлетворить потребность учащихся в движении. В дни, когда по расписанию проводится урок физической культуры, дефицит двигательной активности составляет в среднем 40%, а в дни, когда уроков нет, он увеличивается до 80%. Следовательно, суточный объем активных движений должен быть не менее двух часов, а недельный – не менее 14 часов.

В связи с этим необходимо отметить, что физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме учебного и продленного дня, а также внеклассные и внешкольные занятия физическими упражнениями могут значительно восполнить общий дефицит двигательной активности учащихся.

К физкультурно-оздоровительным мероприятиям в режиме учебного и продленного дня относятся: гимнастика перед началом уроков в школе, физкультурные минутки и паузы на уроках, подвижные игры на переменах, прогулки и подвижные игры между занятиями и подготовкой уроков, ежедневные физкультурные занятия в группах продленного дня.

Несмотря на значительные различия, все эти занятия необходимо организовывать в соответствии со следующими требованиями:

- организованное начало;
- постепенное вработывание;
- реализация основного содержания в режиме требуемых усилий;
- завершение занятия постепенным снижением нагрузок и в ряде случаев подготовка к последующей деятельности;
- реализация оздоровительного эффекта.

Как и в каком объеме планировать физкультурно-оздоровительную работу в режиме учебного и продленного дня? Зная суточный объем необходимых для школьников движений (в среднем 2–2,5 часа), можно правильно рассчитать двигательный режим. Например, для школьников 1–4-х классов может быть следующее планирование двигательной активности на день:

1. Гимнастика до занятий – 8–10 мин.
2. Физкультурные минутки на каждом общеобразовательном уроке и во время самостоятельной работы – 2–4 мин.
3. Игры и упражнения на переменах – 8–10 минут.
4. Прогулки и подвижные игры между занятиями и подготовкой уроков – 40–45 мин.
5. Спортивный час в группе продленного дня – 45–60 мин.

Важно отметить, что активный отдых учащихся на переменах, во время часа здоровья и спортивного часа может быть самым разнообразным. Возможно применение различных средств двигательной активности, так, например, для младших школьников наиболее эффективны нестрого-регламентированные физические упражнения, для школьников средних классов и для юношей старших классов – и строго-регламентированные и нестрого-регламентированные упражнения, а для школьниц старших классов – строго-регламентированные физические упражнения.

Остановимся кратко на содержании каждого физкультурно-оздоровительного мероприятия, используемого в режиме учебного и продленного дня школьника.

Гимнастика до занятия хотя и непродолжительна по времени, однако оказывает огромное оздоровительное влияние, повышая возбудимость нервной системы, способствует более быстрому вхождению в работу. Она компенсирует до 5% суточного объема двигательной активности. Гимнастику необходимо проводить в хорошо проветренных помещениях, желательно под музыкальное сопровождение. Она представляет собой комплекс из 6–8 упражнений без предметов для рук, ног и туловища. Составляет комплексы обычно учитель физической культуры. Их разучивание предусмотрено содержанием уроков физической культуры. Комплекс упражнений целесообразно менять раз в две недели. Гимнастика до занятий проводится в обычной школьной одежде, поэтому упражнения не должны иметь большой амплитуды и интенсивности. Ее организует классный руководитель (в начальных классах) и учитель, проводящий первый урок (в остальных классах), а показывает упражнения наиболее подготовленный ученик класса. При проведении гимнастики необходимо концентрировать внимание на осанке детей и на правильном выполнении упражнений.

Физкультурные минутки и физкультурные паузы позволяют повысить временное снижение работоспособности учащихся, которое наступает на 20–25-й минуте урока или на 40–50 минутах сдвоенного урока. В выполняемые комплексы помимо динамических упражнений, требующих напряжения и расслабления крупных мышц туловища и конечностей, обязательно следует вводить упражнения для мелких мышц кисти и пальцев, а также для глаз. В зависимости от вида учебной деятельности учащиеся могут выполнять упражнения:

стоя или сидя. По нашему мнению, физкультурные минутки в 1-х – 5-х классах необходимо проводить на каждом уроке по мере наступления внешних признаков снижения работоспособности, а в 6–11-х классах – на усмотрение учителя, по мере необходимости.

Подвижные игры на переменах. Главное назначение перемены – приостановить развивающееся в процессе учебных занятий торможение в коре головного мозга, предотвратить развитие острого хронического умственного утомления, дать разрядку умственному и эмоционально напряжению. Хорошо организованная перемена – важный фактор улучшения двигательного режима учащихся в борьбе с гиподинамией. Как правильно организовывать перемену? Одни специалисты считают, что перемена для того и существует, чтобы школьники отдохнули от организованной деятельности: побегали (в младших классах), пообщались (в средних и старших классах), а учителя – отдохнули. Другие утверждают, что самостоятельная двигательная активность на переменах нередко бывает причиной детского травматизма. По нашему мнению, в младших классах необходимо обязательно проводить подвижные перемены (в помещении рекреации или на открытом воздухе), а в остальных классах – только при наличии соответствующих материально-технических условий и организационных возможностей в образовательном учреждении (оборудованные помещения рекреации, доступность тренажерных и спортивных залов, возможность выхода на спортивную школьную площадку).

Игры организуются на переменах, не занятых завтраком или переодеванием на урок физической культурой, желательно отдельно с каждым классом. Наиболее эффективны на переменах игры малой и средней интенсивности. Для организации и проведения игр на перемене учитель физической культуры должен проинструктировать классных руководителей. Знание подвижных игр учителями – первое условие успешного развертывания этой работы в школе.

В специальной литературе существуют следующие *требования к подбираемым для подвижных перемен играм* и их проведении:

- игры должны быть знакомыми детям;
- все упражнения в играх должны быть простыми по содержанию, доступными и вызывать интерес у детей;
- физическая и психологическая нагрузка в играх должна соответствовать нормальной физиологической кривой (постепенно нарастать и снижаться к окончанию):
- не рекомендуется проводить остроконфликтные игры, вызывающие большой игровой азарт;
- следует включать и такие игры, в которых предусмотрена возможность любого ученика войти в игру и выйти из нее по своему желанию (аттракционные игры, конкурсы, поединки).
- при рекомендации детям игры на перемене желательно избегать предложений типа «Сегодня вы будете играть в...» лучше использовать товарищескую форму общения, учитывая интерес играющих, предлагать детям игры на выбор. Например: «В какую игру вы хотите поиграть сегодня?», или «Знаете ли вы игру...».

Час здоровья (динамический час). Известно, что у школьников после подъема работоспособности с 8 по 11 часов происходит ее снижение, а к 14 часам – особенно интенсивно. Поэтому в школе, работающей в одну смену, оптимальным временем для проведения часа здоровья является время начала снижения работоспособности, т.е. после 12 часов, на открытом воздухе. На часе здоровья, как нигде, с большим успехом решаются задачи воспитания интереса и потребности детей в самостоятельных занятиях физическими упражнениями, обогащения детей знаниями правил подвижных игр и эстафет и формирования у них умения организованно играть в коллективе сверстников. В спортивном часе можно условно выделить три части: подготовительную (5–10 минут), основную (20–30 минут) и заключительную (4–5 минут). Такая форма занятий используется с детьми младшего школьного возраста. При ее проведении необходимо помнить о том, что:

- час здоровья не должен превращаться в обычную прогулку;
- в подвижных играх следует чаще менять водящих, стараться исключить правила, по которым дети надолго выбывают из игры;
- более подвижные игры следует чередовать с менее подвижными;
- одной из форм часа здоровья, зарекомендовавшей себя как эффективное средство оздоровления детей, являются пешие походы.

Спортивный час в группах продленного дня проводится в свободной непринужденной обстановке и носит игровой характер. В то же время эти занятия должны четко организовываться. После построения учащихся сообщаются задачи, проводится разминка. Далее при длительности всего занятия 60 минут приблизительно 25–30 минут отводится на основную часть под руководством воспитателя (инструктора), 15–20 минут – на самостоятельную работу и 5–8 минут – на заключение в виде игр низкой интенсивности. Содержание основной организованной части составляют усвоенные на уроках упражнения. Во время самостоятельной работы, учащиеся выполняют домашние задания по освоению и совершенствованию разучиваемых на уроках упражнений. Организуя спортивный час, учитель физической культуры составляет график занятий, с указанием места и времени проведения. Желательно, чтобы время проведения спортивного часа совпало со временем занятий спортивных секций и специальной медицинской группы. Это даст возможность занять одновременно каждого ученика полезным и посильным делом.

В заключение важно отметить, что рассмотренные выше формы занятий физическими упражнениями в режиме учебного и продленного дня позволят восполнить дефицит двигательной активности школьников. В то же время большинство из них целесообразно проводить с детьми младшего школьного возраста или для организации занятий с более старшими учащимися, необходимо хорошее материально-техническое оснащение школы и возможность проведения малых форм занятий физическими упражнениями на открытом воздухе (спортивные площадки, стадион школы). Вместе с тем, на наш взгляд, при отсутствии вышеназванных условий дефицит двигательной активности у школьников среднего и старшего возраста может быть восполнен за счет внеклассных

и внешкольных форм занятий физическими упражнениями урочного и неурочного характера.

Литература:

1. *Бальсевич В.К.* Физическая культура для всех и для каждого / В.К. Бальсевич. – М.: ФиС, 1988.
2. *Видяткин М.В.* Внеклассные мероприятия по физкультуре в средней школе. – Волгоград, 2004.
3. *Евсеев С.П., Аксенова О.Э.* Адаптивная физическая культура в школе.– СПб., 2003.
4. *Зайцев Г.К.* Школьная валеология. – СПб.: «Акцидент», 1998.
5. *Исаева С.А.* Организация переменок и динамических пауз в начальной школе.– М., 2003.
6. *Курамшин Ю.Ф.* Теория и методика физической культуры: Учебник / Ю.Ф.Курамшин. – М., 2004.
7. *Лях В.И.* Комплексная программа физического воспитания учащихся 1-11 классов / В.И. Лях, А.А. Зданевич. – М., 2004.
8. *Матвеев А.П.* Физическая культура / А.П. Матвеев, Т.В. Петрова. – М., 2002.
9. *Погадаев Г.И.* Настольная книга учителя физической культуры / Под ред. Л.Б. Кофмана. – М., 1998.
10. *Филиппова С.О.* Физическая культура в образовательном процессе младших школьников. – СПб., 1998.
11. *Холодов Ж.К.* Теория и методика физического воспитания и спорта: Учебное пособие / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М., 2002.

1.3. Дифференцированный подход к организации физической активности детей

В.В. Нечепуренко, старший преподаватель
кафедры валеологии СПбАППО

Двигательная активность представляет собой удовлетворенную потребность организма в движении. Она является важнейшим условием нормального развития ребенка, а также одной из важнейших форм жизнедеятельности растущего организма. От двигательной активности во многом зависит развитие физических качеств, состояние здоровья, работоспособность и умение преодолевать усталость, успешное усвоение материала по различным предметам и хорошее настроение.

Руководство двигательной активностью детей и подростков требует от педагога особых знаний и умений. По своей двигательной активности дети очень разные. Различия в объеме, продолжительности, интенсивности и содержании двигательной активности настолько велики, что даже при обычном наблюдении можно выделить детей средней, большой и малой подвижности.

Дети *средней подвижности* отличаются наиболее ровным и спокойным поведением, равномерной подвижностью на протяжении всего дня. Таких детей в группе может быть примерно половина или чуть больше. Они самостоятельны и активны, как правило, с нормальной массой тела, редко болеющие, хорошо усваивают материал в детском саду и хорошо успевают в школе. Двигательная активность у таких детей саморегулируема и не требует особого внимания со стороны взрослых.

Дети *большой подвижности* всегда заметны, хотя и составляют от общего числа детей примерно четвертую-пятую часть. Таких детей называют «моторными». Они находят возможность двигаться в любых условиях. Из всех видов движений выбирают чаще бег, прыжки, избегают движений, требующих точности и сдержанности. Чрезмерная подвижность является сильным раздражителем для нервной системы, поэтому эти дети отличаются неуравновешенным поведением, чаще других попадают в конфликтные ситуации. Большая двигательная активность создает высокую физическую нагрузку на организм ребенка, которая может привести к отклонениям в деятельности сердечно-сосудистой системы. Физическая переутомление приводит к умственной утомляемости, ребенок выполняет учебные задания в медленном темпе, у него затруднен процесс запоминания, очень рассеянное внимание, допускает большое количество ошибок. Кроме того, дети с большой подвижностью очень подвержены простудным заболеваниям. Из-за усиленной теплоотдачи тела после физической нагрузки наступает переохлаждение организма и как следствие – заболевание. Такие дети требуют особого внимания от педагогов. Следует ограничивать их двигательную активность, регулировать физическую нагрузку. Особенно полезны таким детям все виды лазания, упражнения в равновесии. Хорошие результаты показывает дружба детей с разной двигательной подвижностью и совместная деятельность детей и взрослых. Полезны игры в шашки и в шахматы.

Наиболее уязвим организм детей *малой подвижности*. Многие из них отличаются повышенной массой тела и различными отклонениями в состоянии здоровья. Повышенный вес снижает работоспособность, во многом является причиной отставания таких детей от сверстников в физическом и половом развитии, они плохо овладевают основными видами движений. Повышенный вес отрицательно сказывается на психическом развитии детей, их характеризует общая вялость, пассивность, они быстрее других устают, робки в общении, не уверены в себе. Таких детей сверстники обычно игнорируют, особенно в играх, и они осознают себя в какой-то степени неполноценными, в результате чего у них развиваются такие нежелательные черты, как замкнутость, нерешительность и даже зависть к детям, хорошо владеющим движениями, самооценка у таких детей очень занижена. В противоположность подвижным детям, умеющим найти для игр пространство, они стараются уйти в сторону, чтобы никому не мешать, выбирают деятельность, не требующую интенсивных движений. Они не любят игры с движениями. Малая подвижность – фактор риска для ребенка, она влияет на функциональное состояние органов и систем организма ребенка. За счет малой подвижности не восстанавливается умственная работоспособность и как следствие ребенок плохо усваивает программный материал, обнаруживает низкие результаты в обучении. У таких детей следует воспитывать потребность в подвижных видах деятельности, особое внимание уделять развитию основных видов движений, отличающихся особой интенсивностью, бегу, прыжкам.

В дополнение к малым формам двигательной активности, которые представляют собой комплекс оздоровительно-образовательных и воспитательных

мероприятий для организации двигательной деятельности детей в режиме дня (гимнастика до занятий, физкультминутки, физкультурные паузы на переменах, игры и развлечения в группе продленного дня и т.п.), можно выделить более длительные и массовые формы спортивно-оздоровительных мероприятий:

- *Дни здоровья* – в эти дни отменяются основные виды учебных занятий. Двигательный режим насыщается играми, музыкальными развлечениями, походами, спортивными играми, соревнованиями, трудом в природе, художественным творчеством. Приглашаются родители. Проводятся дни здоровья не реже одного раза в квартал. Основная цель Дня здоровья – содействие оздоровлению детей, предупреждение утомления.
- *Каникулы* – содержание педагогической работы должно быть направлено на создание оптимальных условий для активного отдыха детей, увеличение объема двигательной активности, обеспечение мер по укреплению здоровья, закаливанию организма, повышению эффективности прогулки и др.
- *Спортивные праздники* – проводятся два раза в год (весенне-летний и зимний). Планирование праздников осуществляется с учетом уровня общего физического развития детей и их двигательной подвижности. Основная цель праздников – совершенствование двигательных умений; формирование интереса и потребности в занятиях физическими упражнениями; формирование мотивации здорового образа жизни.

Многие приемы руководства двигательной активностью детей одинаковы для детей разной подвижности. Так, в игры всех детей следует вносить определенные сюжеты, требующие движений, что способствует активизации мало-подвижных детей, вносит определенную осознанную направленность в бесцельную беготню детей большой подвижности. Сюжетной направленности движений способствует использование физкультурных пособий, атрибутов, подсказка игрового образа, наводящий вопрос, напоминание. Полезно объединять в совместных играх детей разной подвижности, давая, например, одно пособие на двоих.

Необходимо обращать внимание детей на осмысление их движений и действий: что делаешь, почему так, как можно по-другому, с каким еще предметом можно выполнить данное движение, как по-разному можно расставить предметы для движений. Это необходимо для обогащения содержания двигательной деятельности. При разных движениях дети меньше устают, так как при активной нагрузке на различные мышцы происходит их естественный отдых; они более целенаправленно начинают использовать движения в играх. Практика показывает, что использование различных форм двигательной активности учащихся (воспитанников) способствуют установлению взаимосвязи между содержанием двигательного материала и индивидуальными особенностями детей.

Литература

1. *Баллингер Э.* Учебная гимнастика: Двигательные упражнения для успешной учебы в школе. – М.: Просвещение, 1996.
2. *Дереклеева Н.И.* Двигательные игры, тренинги и уроки здоровья. 1–5 классы. – М.: ВАКО, 2004.

3. *Исаева С.И.* Организация переменок и динамических пауз в начальной школе (практическое пособие). – М.: Айрис-пресс 2004.
4. *Маханева М.Д.* Здоровый ребенок: Рекомендации по работе в детском саду и начальной школе: Методическое пособие. – М.: АРКТИ, 2004.
5. *Минский Е.М.* Игры и развлечения в группе продленного дня. – М.: Просвещение, 1983.
6. Сценарии праздников, классных часов, игр, развлечений для начальной школы. – М.: Центр «Педагогический поиск», 2005.

1.4. Домашний режим школьника

С.В. Попов, к.б.н., доцент,
РГПУ им. А.И. Герцена

Основная задача здоровьесозидающей педагогики – организация режима труда и отдыха, позволяющего сохранить высокий уровень работоспособности, отодвинуть утомление и исключить переутомление – не может быть успешно решена без организации рационального домашнего режима. Рассмотрим такие составляющие домашнего режима школьника, как выполнение домашних заданий, внеклассная и внешкольная работа, занятия в соответствии с собственными склонностями и сон.

Выполнение домашних заданий. Статистические исследования показывают, что около 85% времени бодрствования старшеклассники вынуждены проводить, сидя за рабочим столом и примерно треть этого времени приходится на выполнение домашних заданий. Довольно много времени тратят на выполнение домашних заданий и младшие школьники. Все это, конечно, не может не сказываться на здоровье: накапливается утомление, вплоть до переутомления, мало времени остается на занятия физкультурой и спортом, на занятия в соответствии с собственными склонностями, на сон. Недаром в последнее время все чаще можно услышать мнение о том, что домашние задания вообще нужно упразднить, что учебная нагрузка школьников должна быть ограничена только школьными занятиями. Пример деятельности некоторых учителей-новаторов убеждает в реальности подобного подхода. Однако до сих пор все же выполнение домашних заданий является неотъемлемой частью домашнего режима большинства учащихся, и понятно, что правильная их организация – вещь чрезвычайно важная.

При рассмотрении этого вопроса следует обращать внимание на три момента: когда садиться за выполнение домашних заданий, сколько времени тратить на них и как их выполнять, чтобы сочетать добросовестность с минимальной затратой времени.

Когда же рекомендуется садиться за выполнение домашних заданий? Ученик, занимающийся в первую смену, должен, придя из школы, пообедать, а затем отдыхать, причем наилучшим вариантом отдыха является активный – подвижная деятельность на открытом воздухе. Для начальных классов продолжительность такого отдыха – 2–2,5 часа, для старшеклассников – 1–1,5 часа. Для 6-летних первоклассников и детей с ослабленным здоровьем рекомендуется дневной сон продолжительностью 1–1,5 часа. Только после отдыха рекомендуется приступать к выполнению домашних заданий. Если же школьник присту-

пает к выполнению домашних заданий сразу же после прихода из школы (результаты психологических исследований показывают, что это связано с желанием побыстрее освободиться), то это время совпадает с максимумом снижения работоспособности в дневное время и, кроме того, домашние задания выполняются на утомленном фоне, что увеличивает их продолжительность.

Сколько же времени должен отводить школьник выполнению домашних заданий, и как их выполнять, чтобы сочетать добросовестность с минимальной затратой времени? Исследования показывают, что в общеобразовательных школах ученик даже самых средних умственных способностей вполне может уложиться за следующее время: в 1-м классе (во втором полугодии) – за 0,5 часа, во 2-м классе – за 1 час, в 3–4-х классах – за 1,5 часа, в 5–6-м – за 2 часа, в 7–8-м – за 2,5 часа и в 9–11-х классах – за 3 часа. В специализированных школах, с углубленным изучением того или иного предмета, особенно в языковых, учащимся, конечно, требуется больше времени, чтобы добросовестно справиться с домашними заданиями.

Чтобы уложиться в рекомендованное минимальное время, необходимо следующее. Во-первых, у ученика должно быть свое рабочее место: удобная мебель, хорошее освещение (не рекомендуется при пользовании настольной лампой выключать общее освещение в комнате – создается слишком большой световой контраст), должный воздушно-тепловой режим. Необходимо с первых дней обучения ребенка в школе (а лучше даже в дошкольном возрасте) воспитывать «научную организацию труда» – поддержание порядка на рабочем месте. Наблюдения показывают, что довольно часто много времени ученик тратит непроизводительно – на поиски нужной книги, тетради, карандаша и пр.

Во-вторых, приступая к выполнению домашних заданий, нужно принимать во внимание динамику работоспособности: начинать лучше с предметов средней сложности, чтобы вработаться, затем сделать задания по сложным предметам, и на «закуску» оставить легкие. Рекомендуется выполнять сначала письменные домашние задания, как более трудоемкие, затем – устные. Каждые 45–50 минут желательно устраивать перемены, но не слишком продолжительные (10–15 минут) и активные по характеру деятельности (не телевизор, не художественная литература и пр.).

В-третьих, домашние задания лучше готовить в отсутствие внешних раздражителей. В последние годы многие школьники, особенно старшеклассники, выполняют домашние задания при музыкальном сопровождении. И хотя, действительно, есть исследования, показывающие повышение работоспособности под влиянием музыки, эти исследования касаются изучения труда некоторых категорий промышленных рабочих; для учебного труда школьников такой взаимосвязи не выявлено. Кроме того, очевидно, что имеет значение и характер музыкального сопровождения. Так, например, обнаружено, что под влиянием тяжелого рока, поклонниками которого являются многие старшеклассники, в мозгу образуются морфиноподобные вещества, а они, безусловно, не могут быть стимуляторами выполнения домашних заданий.

Внеклассная и внешкольная работа. Внеклассная и внешкольная работа, проводимая с учащимися, является составной частью учебно-воспитательной

работы и включает выполнение общественной нагрузки, культурный и активный отдых на основе оздоровительных мероприятий и физического совершенствования школьников. Внеклассную и внешкольную работу проводят в кинотеатрах, домах творчества юных, детских парках культуры и отдыха, на экскурсионных и туристских базах, станциях юных техников и натуралистов, стадионах и т.д. Проводить такие занятия желательно в учебные дни с меньшим числом учебных занятий, а также в выходные дни и во время каникул. Что касается проведения различных сборов и собраний, то их целесообразнее всего проводить в дни высокой работоспособности; желательно, чтобы перед началом сбора школьники имели возможность пообедать. Продолжительность собраний ограничивается в начальных классах 45 минутами, в средних и старших классах – 1,5–2 часами, отсюда понятно, что их проведению должна предшествовать организационная подготовка.

Занятия в соответствии с собственными склонностями. Время, свободное от занятий в школе и приготовления уроков, учащимися используется в соответствии с собственными склонностями. Под эту категорию можно отнести занятия в различных кружках и спортивных секциях, получившие в последние годы широкое распространение электронные игры, чтение художественной литературы, просмотр видеофильмов, телепередач и пр.

В последние годы многие родители, желая вырастить из своего ребенка разносторонне развитого человека, чрезмерно нагружают его занятиями в различных кружках и секциях. Желание вполне оправданное, но здесь нужно быть достаточно осторожным в плане перегрузки. Наблюдения показывают, что оптимальным вариантом является следующий: занятия в одном кружке и (или) одной спортивной секции. Подход к решению данной задачи должен быть глубоко индивидуальным и в первую очередь нужно принимать во внимание состояние здоровья, чтобы не вызвать чрезмерными перегрузками переутомления. Кроме того, записывая ребенка в какой-то кружок, секцию, нужно учитывать и его способности и желания: волонтаристский подход со стороны родителей в этом плане может вызвать негативную реакцию со стороны ребенка.

Говоря о занятиях в соответствии с собственными склонностями, нельзя не остановиться на многочисленных компьютерных играх, получивших в последнее время очень широкое распространение среди школьников. Безусловно, с одной стороны, эти игры полезны: дети в игре довольно легко и быстро овладевают компьютером, что в наше время широкой компьютеризации просто необходимо. В то же время следует помнить, что длительная работа за компьютером небезразлична для здоровья учащихся. Это, во-первых, связано с гипокинезией и гиподинамией, а во-вторых, пользование компьютером отрицательно сказывается на зрении и вызывает ряд заболеваний из-за ультрафиолетового и электромагнитного излучения мониторов.

Организация сна школьников. Полноценность сна определяется тремя основными качествами: периодичностью, продолжительностью и глубиной.

Периодичность подразумевает вполне определенное время отхода ко сну и подъема – это вырабатывает привычку сразу просыпаться, а также быстро и крепко засыпать именно в это время.

Продолжительность сна определяется временем, необходимым для полноценного отдыха. Показано, что сокращение продолжительности сна резко отрицательно сказывается на функциональном состоянии организма ребенка: снижается работоспособность, быстрее наступает утомление, возникает переутомление. Французские исследователи установили, что если в начальных классах дети спят меньше 8 часов, то из каждых 100 таких школьников 61 не успевает в учебе, а остальные имеют посредственную успеваемость.

Потребность детей в сне тем больше, чем младше ребенок; вместе с тем она зависит и от физического развития, и от состояния здоровья (дети с ослабленным здоровьем нуждаются в более продолжительном сне). В среднем, оптимальную продолжительность сна для здорового школьника (с отклонением около 30 минут) можно определить по формуле: $16 - B/2$, где B – возраст в годах. Отсюда получается, что школьники начальных классов должны спать 11–12 часов в сутки, средние школьники – 9–10 часов и старшеклассники – 8–9 часов.

В то же время следует отметить, что организовать такую продолжительность сна на практике почти нереально, особенно для учащихся начальных классов. Действительно, для того, чтобы первоклассник, занимающийся в первую смену и встающий в 7-7.30 часов утра, проспал необходимые 12 часов, его нужно уложить спать в 7-7.30 часов вечера. Да и большинство старшеклассников не ложится спать в 10 часов вечера для того, чтобы проспать рекомендованные 9 часов. Дневной сон продолжительностью 1–1,5 часа, рекомендуемый ученикам начальных классов (особенно первоклассникам – 6-леткам) и детям с ослабленным здоровьем, к сожалению, организуется редко.

В связи с изложенным становится очевидным, что большое значение имеет не столько продолжительность сна, которая во многом индивидуальна, сколько его глубина, а последняя, в свою очередь, зависит от его правильной организации. Понятно, что в организации сна основная роль принадлежит родителям, а педагог должен обратить их внимание на чрезвычайную важность этого режимного момента.

Что же значит «правильно организовать сон школьника»? В первую очередь нужно обратить внимание на постель.

Постель школьника (как, впрочем, и взрослого человека) должна быть не слишком мягкой, но и не слишком жесткой. Особенно не рекомендуются детские кровати с панцирной сеткой, на которых дети, играя, прыгают, как на батуте, а спят, как в гамаке, и которые, к сожалению, достаточно широко распространены в школах-интернатах и в детских летних и зимних оздоровительных лагерях. Слишком жесткая постель, рекомендуемая некоторыми авторами, также не очень целесообразна, так как нарушает кровообращение отдельных участков тела, подвергающихся длительному давлению, что заставляет спящего часто поворачиваться.

Немаловажное значение в организации полноценного детского сна играет постельное белье и ночная одежда. Чистое, из натуральных материалов (хлопок, лен), без складок и рубцов постельное белье не раздражает кожу, располагает к глубокому сну и обеспечивает полноценный отдых. Ночная одежда (ру-

башка, пижама) из натуральных тканей, без грубых швов и тугих резинок обеспечивает хороший теплообмен, препятствует самозаражению глистами и в определенной степени – занятиям онанизмом. Очень нежелательно спать в том белье (майка, трусы), в котором ребенок провел день. Надо постараться приучить ребенка засыпать лежа на правом боку.

Спокойному, глубокому сну мешает обильный ужин непосредственно перед сном: ужинать рекомендуется не позднее чем за 1,5–2 часа до сна (конечно, ничего страшного не произойдет, если перед сном ребенок съест яблоко или выпьет стакан кефира с печеньем). Нежелательно давать перед сном шоколад, крепкий чай, кофе, обильное питье. Перед сном следует исключить возбуждающие игры, усиленную умственную работу. Желательно примерно за 30 мин до сна совершить спокойную прогулку, лучше с родителями. Условным раздражителем, вызывающим быстрое засыпание, является весь комплекс процедур, предшествующих отходу ко сну: умывание, чистка зубов, теплый душ или мытье ног и пр.

В комнате, где спит школьник, необходимо создать должный воздушно-тепловой режим: она должна быть хорошо проветрена, температуру желательно поддерживать несколько ниже комфортной (16–17°C). Нужно постараться свести к минимуму внешние раздражители: шум, яркий свет (слабый свет ночника для младших школьников даже показан, так как исключает страхи темноты).

В последние годы основным врагом детского сна является телевидение. И дело не только в том, что просмотр телепередач значительно укорачивает сон (многие программы, которые с интересом смотрят школьники, заканчиваются далеко за полночь). Сам характер программ, таких, например, как боевики, фильмы ужасов, эротические шоу и прочее перевозбуждает школьников и делает сон неглубоким и беспокойным, не несущим надлежащего отдыха. Нужно стараться ограничивать просмотр телепередач программами, рекомендованными для соответствующего возраста.

Литература

1. *Куинджи Н.Н.* Валеология: Пути формирования здоровья школьников: Методическое пособие. – М., 2000.
2. *Попов С.В.* Валеология в школе и дома (О физическом благополучии школьников). – СПб., 1997.

1.5. Здоровьесозидающий потенциал школьного урока (материалы для педагогического совета)

М.Г. Колесникова, к.п.н.,

доцент кафедры педагогики детства СПбАППО

Традиционная организация образовательного процесса создает у школьников постоянные стрессовые перегрузки, которые приводят к нарушению механизмов саморегуляции физиологических функций и способствуют развитию хронических болезней. Поэтому существующую систему школьного образования можно определить как здоровьезатратную.

Анализ школьных факторов риска показывает, что большинство проблем здоровья учащихся создается и решается в ходе ежедневной практической ра-

боты учителей, т.е. связано с их профессиональной деятельностью. Поэтому учителю необходимо найти резервы собственной деятельности в сохранении и укреплении здоровья учащихся.

Урок является основной организационной формой образовательного процесса, которая непосредственно зависит от учителя. Выявление критериев здоровьесозидающего потенциала школьного урока и построение урока на здоровьесозидающей основе является важнейшим условием преодоления здоровьезатратного характера школьного образования.

Возможно, вы тоже задумались над необходимостью увеличить здоровьесозидающий потенциал своих уроков, но не очень понимаете, как этого добиться. Эта работа будет более эффективной, если представить урок как совокупность отдельных компонентов и рассмотреть их с учетом специфики предметной области³.

Современное представление о здоровье имеет системный характер: Всемирная организация здравоохранения еще в 1946 году в своем Уставе записала, что «... здоровье следует понимать как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней или физических дефектов». Состояние благополучия (в современном представлении – качество жизни) определяется реализацией базовых потребностей человека. Поэтому основным критерием здоровьесозидающей направленности урока может служить соответствие урока базовым потребностям и психофизиологическим возможностям ребенка.

Для определения базовых потребностей учащихся целесообразно опираться на известную модель – иерархическую пирамиду потребностей (А. Маслоу, 1999). Анализ возможностей реализации базовых потребностей ребенка в образовательном учреждении позволяет дифференцировать школьные факторы риска и определить компоненты здоровьесозидающей педагогической деятельности. Кроме того, иерархическая модель задает логику продвижения от низшего уровня потребностей, общего у человека и животных, к высшим, гуманитарным.

Физиологические потребности (в пище, отдыхе, движении, свежем воздухе и т.п.) являются основой жизнедеятельности; их неудовлетворение создает сильный физический дискомфорт и практически разрушает успешную учебную деятельность. Не случайно именно физиолого-гигиеническая составляющая школьных факторов риска (перегрузка; статическая поза, ведущая к гиподинамии; состояние учебного помещения и т.п.) чаще всего обсуждается и медицинскими работниками, и педагогами, и родителями.

Поэтому важной составляющей работы учителя является гигиеническая обоснованность урока, т.е. соответствие образовательного процесса, состояния учебного помещения, а также учебных режимов требованиям СанПин (сани-

³ Схема комплексного анализа урока по представленной модели в пособии:

Колесникова М.Г. Практикум: Учебно-методическое пособие к учебному курсу «Здоровый образ жизни». – 2-е изд. – СПб., 2006. – С.85-87.

тарные правила и нормы). Следует отметить, что основания для тревоги в отношении соблюдения этих норм есть.

Кроме того, неблагополучное состояние здоровья учащихся в современной школе требует от педагога профилактической направленности урока: систематического включения в урок специальных профилактических приемов увеличения двигательной активности, снижения уровня эмоционального напряжения школьников и т.п.

После удовлетворения физиологических потребностей на следующей ступени находится *потребность в психологической и физической безопасности*, недостаточное удовлетворение которой создает эмоциональный стресс. Стрессовая педагогическая тактика (несоответствие между школьными требованиями и психофизиологическими возможностями учеников, авторитарный характер взаимоотношений, «традиционная» система оценивания и т.п.) находится на первом месте среди школьных факторов риска и, как следствие, формирует у учащихся дидактогенные невроты.

Кроме того, авторитарный стиль воспитания создает у детей представление о самих себе как об объектах возможных манипуляций, агрессии, лишает возможности освоения конструктивных форм преодоления жизненных ситуаций и мешает формированию устойчивой позитивной самооценки, самоуважения. При этом задаются факторы риска для всех видов отклоняющегося поведения, включая аддиктивное.

Рассмотренные выше потребности относятся к гомеостатическим: недостаточное их удовлетворение создает дискомфорт, который исчезает в случае удовлетворения. Однако качество жизни человека в наибольшей степени определяется следующими по иерархии высшими, «человеческими» потребностями. Согласно концепции А. Маслоу это «потребности роста». В процессе жизни человека они могут вообще не актуализироваться; однако их удовлетворение сопровождается сильными положительными эмоциями, которые побуждают вновь и вновь переживать этот опыт и стимулируют личностный рост (вспомните, например, опыт собственной творческой деятельности). Актуализация высших потребностей учащихся является важнейшей задачей общего образования, которая может быть обеспечена за счет личностной ориентированности обучения.

Создание в школе условий для реализации *потребности учащихся в общении* (принадлежности к группе, привязанности), а также *в уважении* (признании, одобрении) возможно в диалогическом взаимодействии как между учителем и учащимися, так и между учащимися. В.В. Сериков называет диалог элементарной единицей гуманистического обучения (В.В. Сериков, 1998). Необходимым условием учебного диалога является «диалогическая готовность» учителя, который должен быть готов как к изменению своего мнения и совместному поиску истины вместе с учащимися, так и к организации кооперативного обучения (созданию ситуаций обучающего взаимодействия учащихся).

Современный компетентностный подход определяет усиление личностной ориентированности целей образования. Цели усвоения учащимися пресловутых предметно-дисциплинарных ЗУН и морально-нравственных норм сменяются

необходимостью создания условий для развития его личности: формирования внутренней учебной мотивации, устойчивой позитивной самооценки, освоения способов деятельности и умения принимать ответственные решения. Становление этих личностных качеств обеспечивает, на наш взгляд, реализацию *потребности в самоактуализации* (уважении к самому себе, самоосуществлении).

Изменение целей ведет к необходимости изменения содержания и технологий обучения. Анализ технологий, предлагаемых современной педагогической практикой, позволяет выделить сущностные черты их личностной ориентированности: создание в ходе образовательного процесса ситуаций, стимулирующих субъектную активность учащихся. Личностно ориентированными являются образовательные технологии, ориентированные на свободный выбор, творчество и самореализацию учеников (Г.К. Селевко, 1998).

Кроме того, современная жизнь создает повышенный риск социально обусловленных заболеваний: проблема наркозависимости, венерических болезней, туберкулеза, ВИЧ-инфицирования смещается в более ранние возрастные периоды и нарастает быстрыми темпами. Поэтому важным направлением здоровьесозидающей деятельности педагога является работа *по формированию здорового образа жизни учащихся* как в рамках содержания предметной области, так и во внеклассной воспитательной работе.

Итак, мы выявили как проблемы современного урока, так и компоненты его здоровьесозидающей направленности:

- личностная ориентированность;
- психологическая и физическая безопасность;
- гигиеническая обоснованность и профилактическая направленность;
- направленность на формирование здорового образа жизни.

Полностью компоненты здоровьесозидающей направленности урока представлены в *приложении 2*.

Очевидно, что практическая реализация каждого компонента требует отдельного основательного разговора. Однако эффективная профессиональная деятельность возможна только при условии сформированной профессиональной позиции, системы отношений профессионала к какой-либо проблеме. В данном случае речь идет об отношении учителя как к здоровью учащихся, так и к собственному здоровью.

На наш взгляд, пассивное отношение педагогов к собственному здоровью в значительной степени определяет недооценку роли их педагогической деятельности в сохранении и укреплении здоровья школьников. Проблемой сохранения и укрепления здоровья учителя является практическое отсутствие обеспечения этого направления в школе. Поэтому педагогу стоит помочь самому себе: усилить мотивацию к сохранению собственного здоровья, вооружиться методами самоанализа и саморегуляции.

При этом необходимо понимать, что профессиональные риски педагогического труда во многом определяются реализацией учителем «традиционных» подходов к обучению, которые, как было выяснено выше, негативно влияют на здоровье школьников. Приобретение профессиональной позиции и копинг-

стратегий поведения, направленных на сохранение и укрепление здоровья учащихся, уменьшает насильственный характер педагогического труда и отчасти обеспечивает сохранение здоровья педагога. Поэтому здоровьесозидающая деятельность педагога имеет обобщенный характер и создает возможность сохранить и укрепить как здоровье учащихся, так и собственное здоровье.

Литература

1. *Ирхин В.Н., Ирхина И.В.* Валеологически обоснованный урок в современной школе: Учебное пособие. – Барнаул, 1998.
2. *Колесникова М.Г.* Практикум: Учебно-методическое пособие к учебному курсу «Здоровый образ жизни». – 2-е изд. – СПб., 2006.
3. *Колесникова М.Г.* Валеологический анализ школьных уроков // Валеология. – №3. – 2003. – С.45–53.
4. *Кушнир А.М.* Методический плюрализм и научная педагогика // Народное образование. – №1. – 2001. – С.50–57.
5. *Маслоу А.* Мотивация и личность. – СПб.: Евразия, 1999.
6. *Сериков В.В.* Личностный подход в обучении: концепции и технология. – Волгоград: «Перемена», 1998.
7. *Селевко Г.К.* Современные образовательные технологии: Учебное пособие для педвузов и институтов повышения квалификации. – М.: «Народное образование», 1998.

1.6. Ребенок с трудностями в обучении: патология или норма?

Еремеева В.Д., к.б.н.,

зав. кафедрой педагогики детства СПбАППО

Говоря о здоровье, педагоги и родители чаще всего имеют в виду здоровье физическое. Однако не менее важно, чтобы ребенок был здоров психически, тем более, что психическое и физическое здоровье тесно взаимосвязаны. Грань между патологией и нормой может быть очень тонкой. В связи с этим педагогам, работающим с нормальными детьми в обычных образовательных учреждениях, необходимы знания о возможных механизмах появления школьных трудностей, связанных не с медицинскими, а с педагогическими проблемами, но диагностируемыми как минимальная мозговая дисфункция, задержка психического развития, дисграфия и т.д.

Школьная жизнь невозможна без стрессов. Умеренный стресс несет важную функцию, не давая человеку отклониться от естественного пути развития, оберегая от ошибок и мобилизуя организм на решение проблем. Но если стресс превышает нормальный уровень, накапливается, не завершается необходимым и важным этапом, который назван учеными этапом «торжества победы» (я старался, и все получилось!), то страдает не только психика – это приводит к снижению иммунитета, происходят сбои в «слабых» системах организма, обостряются хронические болезни и просыпаются дремлющие наследственные заболевания. Все это называется психосоматическими болезнями.

Значит, удары по психике ребенка совсем не безопасны. В психологическом плане они формируют так называемую выученную беспомощность, боязнь ошибки, трусость мысли и комплексы неполноценности, которые, поя-

вившись в детском возрасте, могут преследовать человека всю жизнь. Как же этого избежать?

Чтобы ребенок нормально развивался, при обучении и воспитании необходимо учитывать закономерности развития: возрастные, половые, типологические и индивидуальные. Когда ребенок рождается, он уже обладает определенным, свойственным лишь ему потенциалом развития и имеет свои особенности организации мозга – субстрата психики. Этот потенциал будет реализовываться (или не реализовываться) на разных этапах жизни ребенка. При этом важно знать, что мозг и психика не могут развиваться самостоятельно, без влияния социума и в первую очередь родителей и педагогов. Это четко видно на примере слепоглухонемых детей и «детей-маугли».

Если для «ребенка-маугли» социум – это волчья стая, то реализуется только малая часть заложенной в мозгу программы, и поезд развития пойдет по пути, ведущему в тупик. А обратного хода у него нет. Если ребенку попались знающие педагоги, своей любовью и педагогической чуткостью восполняющие недостаток наших знаний о законах развития человека и создающие атмосферу, наилучшую для произрастания «цветка жизни», то развитие не отклонится от того пути, на котором максимально реализуются заложенные природой возможности.

Возрастные особенности диктуют последовательность и темпы развития психических функций. Разные отделы мозга по мере своего формирования берут на себя организацию той или иной психической функции и строго закономерно передают ее от одной структуры мозга другой. Поэтому одна и та же психическая функция у взрослого и ребенка может осуществляться с помощью разных механизмов мозга.

Но взрослые, обучая ребенка, ориентируются на свой, взрослый тип психики. Мы считаем, что если «мне так легче, удобнее, проще», то и ребенку тоже. Но часто это не так. У него иной тип восприятия, мышления, памяти, эмоций, коммуникации. Если же мы будем навязывать ребенку свой путь познавательной (или любой иной) деятельности, то организм реагирует стрессом, а ребенок нас либо «не слышит», либо пытается избежать наших педагогических воздействий, либо старается следовать по указанному нами пути, то есть делать то, к чему нет физиологических предпосылок. В результате он либо терпит фиаско, либо формирует данную психическую функцию на основе неоптимальных мозговых механизмов. Когда же мозг созрел, то перестроить эту функцию (например, чтение) на нужные рельсы зачастую будет невозможно или почти невозможно, и она может навсегда остаться дефектной. Нельзя произвольно и необоснованно менять последовательность и темпы образовательной деятельности, а главное – принципы построения обучения и воспитания.

Индивидуальные различия в развитии тоже опираются как на социальные факторы, так и на особенности функциональной организации мозга. Во-первых, у каждого человека даже размер и форма разных областей мозга, отвечающих за определенные психические функции, имеет свои отличия. Во-вторых, функциональная специализация двух полушарий мозга, пути ее формирования, а также взаимосвязи двух полушарий индивидуально различны.

У человека левое полушарие является речевым (так как только здесь расположены центры речи), аналитическим, алгоритмическим, логическим. Оно делит мир на части и анализирует каждую по отдельности, составляет алгоритм и действует по нему. Ему свойственно последовательное, линейное мышление. Но при недостаточности информации или при отсутствии алгоритма левополушарное мышление дает сбой, мыслительная цепочка рвется.

Правое полушарие воспринимает мир целостно. Ему свойственно панорамное, образное и интуитивное мышление. Оно способно принимать решения даже при недостатке информации и выручает нас в нестандартных ситуациях.

У ребенка функциональная специализация полушарий только формируется. И тем не менее потенциально особенности этой специализации уже заложены в программе развития и могут быть реализованы при благоприятных условиях. При этом правое полушарие развивается быстрее, так как ребенку сначала надо наработать целостную чувственную картину мира, ее целостную модель, а уж потом дробить на кусочки и анализировать каждый из них. У взрослого мозг уже высоко специализирован, развито и правое, и левое полушарие.

Обучение в школе строится во многом по логике взрослого человека. В школе происходит «левополушарное третирование», то есть обучение требует от ребенка дробить целостный мир на части, делить его на достаточно изолированные блоки, обозначать каждый словесной меткой и в дальнейшем работать с этими метками, заменяющими живой целостный мир. Все обучение делится на предметные блоки – школьные предметы. Учитель дает определенные алгоритмы: правила, формулы, типовые задания, жесткие формы оформления в тетради и т.д., смысл которых скрыт от ребенка. Слово делится на кусочки, каждый из которых по отдельности тоже не несет смысла: корень, суффикс, приставка, окончание.

Если ребенок успел сформировать целостный чувственный образ мира, если его левое полушарие готово принять предложенные взрослым функции, то ребенок успешен, и его психическому здоровью ничего не угрожает. Если же обучение по логике взрослого человека начато слишком рано, если он еще мал по биологическому возрасту, если не завершён предыдущий этап психического развития, дающий фундамент для перехода к следующему этапу, то дальнейшее развитие будет ущербным, приведет к дефектам в формировании определенных психических функций, к дидактогенным нарушениям психического и физического здоровья. Ребенок должен полноценно прожить каждый этап своего развития, ничего не пропуская и не перепрыгивая через ступеньки. Если же какая-то область мозга в силу физиологических причин не успела сформироваться, так как соответствующий скачок в ее развитии приходится на семь, а не на шесть лет (например, ассоциативные лобная и нижнетеменная области), то ребенку может быть поставлен неправомерный диагноз – минимальная мозговая дисфункция.

Но помимо возрастных, есть еще и половые особенности развития. Мальчики младше девочек по биологическому возрасту и имеют целый ряд отличий в познавательной деятельности. Даже мозг у них устроен немного иначе: левое полушарие развивается медленнее, чем у девочек, а мозолистое тело – пучок

нервов, соединяющих оба полушария, который у детей, непропорционально тонкий, по сравнению со взрослыми, у мальчиков на 20% тоньше, чем у девочек.

В школе уже в первом классе все больше вводят символов, формальных условных обозначений, не имеющих опоры на реальные чувственные образы. Членение на слоги для переноса не соответствует естественному членению на основе дыхания и артикуляции. Понятие падежей, частей речи, членов предложения спускается на все более младшие возрастные группы. С первого-второго класса вводится иностранный язык, причем не в разговорной, естественной для материнского способа обучения форме, а сразу в буквах, символах.

Особенно страдают при этом дети – правополушарники, то есть те, у которых ведущим полушарием в отношении большинства высших психических функций является правое. Всех людей природа разделила на три основных нейрорепсихологических типа: левополушарники, правополушарники и промежуточный тип. Каждый из этих типов имеет свои преимущества психической деятельности, свои особенности восприятия, мышления и других психических функций и свои маршруты развития. Существующие в настоящее время методики обучения менее всего рассчитаны на обучение правополушарников.

Мышление детей этого типа целостно и нелинейно. Для них главное – смысл. Они должны в первую очередь понять принцип, основную мысль. Всю полученную информацию они должны встроить в целостную модель мира, а не хранить в памяти как отдельный, ни с чем не связанный блок. Они не могут запомнить, не понимая смысла. Они не могут идти по последовательным ступенькам знаний, если эти знания никак не связаны с жизнью, если смысл откроется им только на последних, самых верхних ступеньках линейного левополушарного обучения. Для них слово – не набор букв и слогов, а образ мира, поэтому разбор слов и предложений дается им с трудом. Он пытается научиться читать целостным «глобальным» методом, который предполагает период, характеризующийся большим количеством ошибок, а учитель требует слогового чтения. А ведь мы, взрослые, читаем именно глобальным способом.

Правополушарники стремятся к смысловому решению задач, а не к решению на основе заданного алгоритма, шаблона. Для них более актуальны трудности соотнесения правого и левого в пространстве. У таких детей (например, у левшей и скрытых левшей) парные органы чувств могут развиваться асинхронно: один глаз уже видит так же, как у здорового взрослого, а другой дальноразличительный, как у дошкольника. Это может приводить при определенных условиях к нарушению бинокулярного зрения. Бывает и такое, что ребенок, который плохо читает двумя глазами (переставляет слоги, читает справа налево), закрыв один глаз, начинает читать быстро и правильно. Это связано с тем, что для таких детей особенно важны полноценные межполушарные отношения, а незрелое в этом возрасте мозолистое тело (пучок нервов, соединяющих оба полушария) частично заблокировало передачу информации из одного полушария в другое. И опять ребенку может быть поставлен определенный диагноз.

Мы заставляем детей учить правила. Но правила – не самоцель, а инструмент познания. Они хранятся в левом полушарии и используются тогда, когда знание непрочное. Это как бы костыли наших знаний. Упроченное же знание

передается в правое полушарие и уже не требует обращения к правилам. Мало того, акцент на воспроизведение правил может мешать грамотному письму. Особенно это характерно для правополушарников.

Правополушарники с трудом воспринимают новую информацию путем дидактических объяснений или ознакомления с правилами. Они жаждут целостного и осмысленного, а мы их заставляем дробить на лишние смысловые части. Им нужен диалог, а им предлагают монолог учителя или автора учебника. Они хотят понять, а учитель требует запомнить. Им нужно найти место новых знаний в контексте целостного мирознания, в целостной модели мира, а им предлагают расчленить мир на блоки.

В школе акцент делается не на самостоятельный поиск принципа, а на заучивание шаблона, что облегчает школьную (но не дальнейшую) жизнь левополушарников, а правополушарников может привести в ряды детей «с трудностями в обучении», «энцефалопатов» и тому подобных.

Таким образом, используемые в настоящее время методы школьного обучения, смена принципов обучения, возраста, с которого начинается обучение, последовательности и межпредметных связей вводимого материала затрудняют возможности усвоения знаний, особенно правополушарниками.

Как это не парадоксально, учитель и автор учебника иногда мешают ученику усваивать знания, мешают научиться и сами же при этом ставят на нем клеймо троечника или дислексика и дисграфика. Таких детей Д. Н. Исаев называет «приговоренными к необучаемости». А они не ленивые, не глупые, не больные, а просто другие. Это они способны из разрозненных фактов построить целостную теорию. Это они способны найти решение в безвыходной ситуации. Это они способны увидеть лес там, где левополушарники видят только деревья. Они нужны нам. Без правополушарников прогресс остановится.

Итак, низкий биологический возраст, правополушарный тип психики и даже мужской пол являются факторами риска и могут при обучении, не учитывая законы развития мозга и психики ребенка, привести к отклонениям в нормальном развитии личности и к психогенным заболеваниям. Цель педагога состоит в том, чтобы найти для каждого ребенка тот методический прием, который позволил бы ему максимально раскрыть его природные задатки и не нарушить нормальное здоровое развитие.

Родители в большинстве своем не владеют педагогическими знаниями. Они хотят поскорее увидеть ребенка умным, умелым, взрослым, не понимая закономерностей развития ребенка и не чувствуя индивидуальных особенностей познавательных способностей ребенка. Поэтому педагог должен не просто идти за запросами родителей, а формировать эти запросы.

Взрослые развивают мозг и психику ребенка. Без участия взрослого нормальное развитие невозможно. Но и любая ошибка в обучении, допущенная взрослыми, может исказить нормальное развитие и даже стать причиной заболевания. Использование здоровьесберегающих и здоровьесозидающих технологий позволит сохранить бесценный генетический и духовный потенциал, который подарили нам природа и общество, и вырастить поколение, здоровое душой и телом.

Литература:

1. *Де Боно Э.* Латеральное мышление. – СПб: Питер Паблишинг, 1997.
2. *Два пола: зачем и почему / Сост. В.А. Геодакян.* – СПб., 1992.
3. *Еремеева В.Д., Хризман Т.П.* Мальчики и девочки – два разных мира. – СПб.: Тускарора, 1998–2005.
4. *Еремеева В.Д.* Проблемы дифференцированного обучения: как научить каждого. – СПб.: ИОВ РАО, 2003.
5. *Еремеева В.Д.* Мальчики и девочки: учить по-разному, любить по-разному. – Самара, 2005.

1.7. Контракты в образовательной среде

*В.В. Бондарева, к.п.н.,
доцент СПбИСПиП им. Р. Валленберга*

Здоровый человек – это человек гармоничный. Соответственно аномалии в развитии личности наиболее ярко заявляют о себе в проявлениях дисгармонии, утрате равновесия с социальным окружением, т.е. в нарушении процессов социальной адаптации, сопряжения с образовательной средой. И наоборот, только у психически здорового, т.е. уравновешенного человека, мы наблюдаем проявления относительного постоянства поведения, адекватности внешним условиям и умения договариваться.

Образовательная среда (И.А. Баева, 2006) – психолого-педагогическая реальность, содержащая специально организованные условия для формирования личности, а также возможности для развития, включенные в социальное и пространственно-предметное окружение; психологическая сущность этой реальности – совокупность деятельностно-коммуникативных актов и взаимоотношений участников учебно-воспитательного процесса. Фиксация данной реальности возможна через систему отношений участвующих субъектов образовательного процесса.

В педагогической стратегии проекта модернизации образования одной из проектируемых целей общего образования является достижение обучающимися уровня образованности, соответствующего их личностному потенциалу и обеспечивающего способность к самостоятельному решению проблем в различных сферах деятельности и готовность к продолжению образования на следующем уровне.

Реализация указанной выше цели предполагает освоение различных видов деятельности на уровне функциональной грамотности, что определяется как совокупность навыков поведения, обеспечивающих реализацию определенной социальной роли, основанных на навыках ориентации в существующих правилах и нормах. Таким образом, функциональная грамотность проявляется в способности выполнять социальные роли (избирателя, работника, учащегося, члена семьи и т.д.) на основе принятых в обществе норм и правил.

Признаками функциональной грамотности являются не только знания наиболее распространенных норм и правил социального поведения, но и освоение способов использования достижений цивилизации в бытовой сфере и в других сферах социальной жизни, а так же ориентация в источниках информации о нормах и правилах социального поведения, в том числе и умение обосновать существующие правила и нормы.

Структуру функциональной грамотности можно определить, исходя из сфер взаимодействия человека с окружающей средой. Использование контрактов позволяет реализовать на практике следующий перечень практических навыков взаимодействия с образовательной средой: навыки учебной деятельности, навыки адекватного поведения в условиях школы. Выполнение социальных ролей: учащийся, член ученического коллектива, одноклассник.

Использование контрактов – одна из основных, характерных особенностей практики эффективного социального взаимодействия Эрика Берна, автора теории транзактного анализа (далее ТА).

Толковый словарь В. Даля определяет «контракт» как совершенное на законном основании письменное условие, договор в законном порядке. Контрактуют – договариваться, заключать условие могут обе стороны, взаимно заключившие условие или сделку и называемые контрагентами. Договором, по В. Далу, является уговор, взаимное соглашение, условие, обязательство; на деловом языке – предварительные условия или частное обязательство.

В словаре иностранных слов «контракт» (в юридическом значении) – договор, соглашение, устанавливающее права и обязанности для обеих сторон и обусловленные сроками.

Обобщая вышесказанное можно заключить, что контракты включают в себя:

- участвующие стороны;
- содержание деятельности участвующих сторон;
- продолжительность контрактного процесса;
- ожидаемые цели или результаты;
- условия расторжения контракта.

Большое значение, уделяемое контрактам в практике транзактного анализа (ТА), вытекает из философской посылки о том, что «Все люди – О'кей». При этом терапевт и клиент (в нашем случае учитель и ученик) равны друг перед другом, следовательно, они несут одинаковую ответственность за те изменения, которые хотят иметь. Практики ТА исходят из убеждения, что любой человек способен самостоятельно думать и в конечном счете несет ответственность за свою жизнь, так как именно он будет сталкиваться с последствиями собственных решений. Поэтому ученик, также как и учитель, решает, что он хочет изменить в своей жизни. Роль учителя заключается в том, чтобы указать на те аспекты, которые способствуют достижению цели. Общим сторонам необходимо ясно представлять характер желаемого изменения, а также конкретный вклад каждой стороны в его осуществление.

К. Стайнер отмечает *четыре условия, необходимых для заключения полноценного контракта:*

1. *Взаимное согласие.* Это означает, что обе стороны должны прийти к единому мнению относительно условий контракта. При этом не педагог, ни ученик не навязывают друг другу организационные вопросы и цели. Контракт заключается в результате переговоров двух участвующих сторон. Например, когда родители принимают решение устроить своего ребенка в школу, они пи-

шут заявление, которое подписывается администрацией образовательного учреждения – это является фактом взаимного согласия между семьей и школой.

2. *Законность*. Цели и условия контракта должны соответствовать существующим законам. Для специалистов Службы здоровья законность означает также приверженность этическим принципам. Законность между семьей и школой устанавливается соблюдением во взаимодействии сторон законодательных актов, регулирующих отношения сторон: Конвенция о правах ребенка (ООН 1989 г.), Декларация прав ребенка (ООН 1959), Закон РФ «Об образовании» (с изм. и доп., вступившими в силу с 12.08.2005), Семейный кодекс, Гражданский кодекс и др.

3. *Компетентность* – это обладание знанием, так как компетенция в переводе с латинского означает принадлежность по праву: 1) круг полномочий какого-либо органа или должностного лица; 2) круг вопросов, в которых данное лицо обладает познаниями, опытом. Компетентность обусловлена теми, кто осознает свое право превращать собственный интерес в цель собственной деятельности и нести перед собой ответственность за ее реализацию. Одной из задач школы является передача родителям ответственности за реализацию образования и воспитания собственных детей. Для этого как школа в лице педагогов, так и родители должны выполнить все условия контракта. Педагог должен обладать определенными профессиональными навыками, необходимыми для того, чтобы помочь родителю достичь желаемого результата, а родитель должен понять условия контракта и обладать способностями для его осуществления.

4. *Адекватная компенсация*. Предполагает равную информированность и согласованность сторон по следующим вопросам:

- Какие цели и задачи согласованы?
- Кто и за какую часть контракта ответственен?
- Когда будут достигнуты цели и выполнены задачи (по плану)?
- Какая форма компенсации (конкретные действия каждой стороны) предполагается?
- Как и когда будет происходить оплата?
- Какова процедура расторжения контракта?
- Какова процедура изменения контракта и разрешения конфликтов?

В практике построения оптимального психологического климата в образовательной среде важно понимать, что настоящие перемены в школьной культуре идут рука об руку со структурными изменениями. Для построения другой школьной культуры необходимо исходить из политики построения структуры, которая предоставляет для этого пространство. И наоборот, настоящие изменения в культуре непременно отражаются на структуре образовательной среды.

Конструктивные контрактные отношения только входят в наш опыт взаимодействия в образовательной среде. Любой опыт, в том числе и внедрение контрактов (договоров) между субъектами образовательного процесса, требует длительной апробации. Очевидно лишь, что контракты дают ясную и четкую структуру взаимодействия, а значит, гарантируют границы свободы каждого из участников образовательного процесса, транслируя новые культурные образцы

демократических ценностей – право осознанной свободы как гарантии сохранения ответственности человека перед собой, другими, государством и обществом в целом.

В нашем опыте взаимодействия с общеобразовательными школами Санкт-Петербурга был успешно реализован опыт подписания договора при проведении советов по профилактике с трудными учениками и их родителями. Были отмечены заинтересованность, понимание и высокая эффективность сотрудничества родителей с классным руководителем и представителями службы сопровождения школы после подписания ими контрактной формы (пример контрактной формы в *приложении 3*).

Отношения между родителями и школой, родителем и ребенком, педагогом и учащимся определяются типичными закономерностями в общении. Конфликты часто возникают из-за неправильной передачи информации, путаницы в содержательно-эмоциональном контексте, на уровне личных отношений, из-за искаженного представления о своей реальной ответственности, недостатка точной реакции противоположной стороны.

В основе контракта лежит развитие договорных отношений между разными субъектами, стремящимися таким образом зафиксировать свое равноправие. Контракт – договор позволяет удерживать субъектов от посягательств на права друг друга, поскольку он является результатом их совместного, добровольного установления некой нормы, которой стороны обязуются следовать.

Контракты позволяют родителям, учителям и ученикам ставить совместные цели и планировать, чего они намерены добиться. Контракты представляют собой своего рода промежуточный опыт между абсолютной свободой учиться чему угодно (что интересно) и учебным процессом, который относительно свободен, но все же остается в рамках определенных структур и формальных требований.

Контракты могут составлять на любой отрезок времени и продолжительность первых контрактов обычно невелика. Впоследствии она может увеличиваться в соответствии со способностями ученика и тем отрезком времени, которое он сам определяет в решении трудностей обучения, связанных зачастую с возрастными кризисами. Поскольку мы используем учебные контракты как инструмент педагогической поддержки, рассматриваемой с точки зрения протекания процесса индивидуализации ученика, то она (поддержка) должна учитывать специфику возраста, ситуации и цели воспитательного процесса.

Литература

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. – М., 1997.
2. Словарь иностранных слов. – М.: ЮНВЕС, 1996.
3. Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка: Т.1–4. – М.: Русский язык, 1989.
4. Ян Стюарт, Вэнн Джойнс. Современный транзактный анализ. – СПб., 1996.
5. Rosemare Napper & Trudi Newton. Tactics, 2000.
6. Психология влияния. Хрестоматия. – СПб., 2000.

РАЗДЕЛ II

ПОВЫШЕНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

2.1. Повышение культуры здоровья педагогов в Центре валеологической поддержки учителя

В.В. Вершинина, к.п.н, доцент кафедры валеологии СПбАППО;

Н.Г. Коновалова, зав. ЦВПУ СПбАППО

Актуальность вопросов «состояние здоровья» и «культура здоровья» работников сферы образования обусловлены сегодня целым рядом факторов.

Во-первых, это особенности современной ситуации всеобщего кризиса, которая характеризуется отсутствием ориентиров жизнедеятельности, обострением противоречий социально-психологического характера, ростом нервно-психического напряжения, обилием стрессовых ситуаций в разных сферах жизнедеятельности и общим ухудшением здоровья населения. Такая ситуация существенно осложняет условия работы учителя, предъявляя к нему повышенные требования в отношении умений и навыков владения собой, оперирования ценностными аспектами и т.п.

Во-вторых, это особенности работы учителя как специалиста категории «человек–человек», для которого главным инструментом профессиональной деятельности является он сам. Успех в его работе определяется в первую очередь качеством его «настройки» (в том числе, психологического и физического состояния). В качестве узлового механизма подобной «настройки» выступает уровень общей культуры специалиста. Поэтому при работе с педагогами необходимо особое внимание уделять общекультурным аспектам, которые включают в себя вопросы психологической и физической культуры), в первую очередь, таким как знание механизмов эффективного контакта, умение конструктивно общаться с собой, людьми и миром, умение обращаться к общечеловеческим ценностям.

В-третьих (а может быть и во-первых) это реальное состояние здоровья работников сферы образования. Сегодня педагог не готов к решению задач, связанных с охраной и укреплением как своего здоровья, так и здоровья учащихся и воспитанников. Поэтому крайне необходимым направлением постдипломного образования педагогов разных специальностей является приобщение учителя к новым знаниям в общеоздоровительной системе образования, повышение их способности управлять собственным здоровьем и здоровьем учащихся. И как показали исследования, эти знания повышают не только работоспособность учителя, но работоспособность, комфорт учащихся.

Самым сложным аспектом в работе педагога в современной ситуации, непосредственно отражающимся на его здоровье, является, на наш взгляд, его личное мировоззрение, устойчивость иерархии его ценностных установок. Учительство как специфическая профессиональная и социокультурная группа характеризуется тем, что оно находится на стыке обострившегося ныне конфликта «старых» и «новых» ценностей, который для педагогов проявляется в про-

цессе реализации образовательных программ (особенно новых). Это неизбежно ведет к ситуации постоянного ценностного конфликта, являющегося основой любых проблем жизнедеятельности, но в данном случае весьма обостренного. Если мы скажем, что учитель постоянно находится в стрессовой ситуации, то несколько не погрешим против реальности.

В качестве сопутствующих профессиональных проблем педагогов следует назвать сильную загруженность по основному и, как правило, единственному месту работы, необходимость систематической корректировки образовательных программ, зачастую сложный психологический климат в коллективе, долгое нахождение в позе «стоя», большая нагрузка на голосовые связки и т.п. Как следствие, при отсутствии дополнительной работы с собой, создания неких «компенсаторных» механизмов происходит неизбежное увеличение психосоматических заболеваний, на основе которых развиваются все прочие, и к 40–45 годам очень мало кто из педагогов может похвастать своим здоровьем.

К наиболее распространенным проблемам и болезням, встречающимся у работников сферы образования, следует отнести проблемы, связанные с переутомлением нервной системы (хроническая усталость, невозможность расслабиться, нарушение сна и т.п.); проблемы, связанные с опорно-двигательным аппаратом (общая усталость и тяжесть в ногах, нарушение подвижности в суставах и т.п.); проблемы, связанные с позвоночником (неприятные ощущения в области позвоночника, остеохондроз, сколиоз, нарушение осанки и т.п.); проблемы, связанные со зрением (быстрая утомляемость, снижение зрения и т.п.); проблемы, связанные с голосовым аппаратом и большой голосовой нагрузкой (частые простуды, ларингит и т.п.).

Взрослые люди, как правило, здоровьем занимаются «по остаточному принципу» – когда остается время; по принципу «жареного петуха» – когда организм начинает болеть, мешать выполнению определенных социальных функций, нарушает планы. Для учителей этот аспект выражен еще сильнее. Например, в некоторых исследованиях отмечается, что учителя предпочитают не брать больничные до тех пор, пока «не смогут стоять на ногах».

В этой ситуации работа, направленная на развитие психологической и физической культуры личности, на развитие умения видеть и использовать резервы своего организма (а не тратить время на то, чтобы заработать деньги на лекарства), обращение к своему внутреннему миру, может, на наш взгляд, стать одним из важнейших направлений, способных решить поставленные задачи. И в первую очередь этими знаниями должны обладать педагоги – категория людей, постоянно находящаяся в сложной психологической ситуации, действующая на стыке «разных культур», и призванная научить согласовывать и «примирять» эти культуры, эти отношения (коллег, детей, родителей), призванная воспитать здорового человека. А это может сделать не столько человек, владеющий знаниями по предмету и методиками воспитания, сколько человек, обладающий здоровьем и знающий как его сохранить.

Отмеченные выше негативные тенденции в здоровье, низкий уровень компетентности в вопросах здорового образа жизни и управления состоянием соб-

ственного организма показали целесообразность оказания помощи конкретному учителю в управлении своим здоровьем.

Для решения этих вопросов в 1997 г. в СПбАПО открылся Центр валеологической поддержки учителя, который развивает новое направление: валеологическая поддержка профессиональной деятельности учителя.

Основной целью работы Центра является повышение культуры здоровья слушателей и сотрудников Академии, оказание им практической помощи в формировании здорового образа жизни и укрепления своего здоровья.

Под культурой здоровья учителя мы понимаем взаимосвязь ценностно-ориентированных представлений о здоровом образе жизни и деятельности по оздоровлению условий собственного Бытия, т. е. претворение своих ценностных ориентаций в практику собственной жизни.

Основные задачи Центра:

- создание мотивации педагога к деятельности по формированию здорового образа жизни и укреплению своего здоровья;
- формирование научного понимания сущности здорового образа жизни;
- оказание помощи в создании собственного варианта валеологически обоснованного поведения, включающего в себя индивидуальные способы закаливания, двигательной активности, психосаморегуляции, пищевого режима и т. д.

Организационно-педагогические условия функционирования Центра:

- разработанная нормативная база (концепции, положение о центре, должностные инструкции сотрудников);
- ресурсное обеспечение (люди, материально-техническая база). При центре открыт оздоровительный комплекс (зал релаксации, массажный кабинет, тренажерный зал, сауна, бассейн с контрастным душем);
- учебные программы, разработанные сотрудниками академии, связанные с просветительской, образовательной и технологической деятельностью.

Для реализации данных направлений в практической деятельности используются разнообразные формы и методы:

- занятия по авторским учебным программам преподавателей академии (мастер-классы, спецкурсы);
- социально-психологические тренинги (партнерское общение как элемент психологии здоровья; анализ конфликтных ситуаций; формирование уверенного поведения; обучение навыкам бесконфликтного общения).

Серьезное внимание уделяется применению технологий психофизиологической разгрузки, использованию методов физической культуры (оздоровительная гимнастика, занятия на тренажерах); оздоровительным водным процедурам.

В феврале 2003 г. в академии на базе ЦВПУ был открыт кабинет «БОС–Здоровье». Специалистами академии была разработана образовательная программа повышения квалификации «Технология биологической обратной связи» и коррекционно-оздоровительная программа «Метод биологической обратной связи (БОС) как составляющая здоровьесберегающей деятельности человека» (12 часов).

Эти программы наряду с теоретической подготовкой по проблемам индивидуального здоровья позволяют овладеть навыками самоконтроля и саморегуляции, методикой снятия стрессов, возникающих в учебном процессе, наметить пути самосовершенствования, а, если необходимо, то и нормализации психосоматического статуса.

В рамках программы СПбАППО «Здоровье педагога» (научный руководитель д.п.н., проф. Л.Г. Татарникова) тренинг саморегуляции с использованием тренажеров «БОС-Дыхание» включался в курсовую подготовку педагогов разных специальностей.

Тренинг саморегуляции «БОС-Дыхание» позволяет выработать диафрагмально-релаксационный тип дыхания (ДРТД) путем последовательной тренировки в выполнении статических дыхательных упражнений с акцентом на диафрагмальный тип дыхания, на фоне релаксации с целью достижения показателей дыхательной аритмии сердца, соответствующих норме для данного биологического возраста.

Формирование и тренировка ДРТД производится с использованием компьютерного аппаратно-программного комплекса (КАПфс-БОС) путем преобразования электрофизиологических сигналов в звуковые и зрительные сигналы обратной связи.

Формы проведения занятий могут быть индивидуальными, малогрупповыми и групповыми.

Тренировка и закрепление навыка ДРТД производится в соответствии с методическими рекомендациями для медицинских и педагогических работников школьно-дошкольных учреждений «Оздоровительная дыхательная гимнастика с использованием метода биологической обратной связи в школьно-дошкольных учреждениях», утвержденными Комитетом по здравоохранению и Комитетом по образованию Правительства Санкт-Петербурга.

Методика предписывает проведение оздоровительного курса в несколько этапов:

1-й этап – подготовительный, включающий в себя несколько теоретических уроков, имеющих целью обобщение знаний о здоровом образе жизни, знакомство с работой кардиореспираторной системы и взаимосвязью работы сердца и дыхания, понятием о дыхательной аритмии сердца (ДАС), о стрессе и его влиянии на организм человека, о диафрагмально-релаксационном типе дыхания, о принципе работы тренажера БОС и т.д.

2-й этап – выработка нового типа дыхания с помощью приборов БОС, этап включает в себя от 1 до 3 практических занятий на тренажерах.

3-й этап – основной, состоящий из курса оздоровительных процедур (практических занятий) на тренажерах для формирования и закрепления освоенного навыка дыхания с максимальной ДАС. Этап включает 10–12 занятий.

Занятия проводятся не реже двух раз в неделю. Об успешности курса можно судить по динамике показателей до и после курса занятий

С февраля 2003 по март 2006 г. в СПбАППО по данной методике прошли обучение более 700 педагогов. Из них 25% прошли курс оздоровления в полном

объеме, остальные после изучения теоретических основ и возможностей метода на практике ознакомились с ним на 1–6 занятиях.

Данная методика в течение последних 15 лет прошла многочисленные и подробные клинические апробации, получила хорошее аппаратно-программное обеспечение и нашла широкое применение не только в медицине и коррекционной педагогике, но и в массовых школах и ДОУ, в качестве эффективного средства профилактики ряда заболеваний и инструмента противодействия негативным последствиям влияния учебного процесса на организм ребенка.

Программа «Основы психической и физической саморегуляции», разработанная на кафедре валеологии (руководитель программы к.п.н. доцент кафедры валеологии В.В. Вершинина), включает в себя теоретическое и практическое ознакомление учителей с минимально необходимым комплексом знаний, умений и навыков, позволяющим эффективно управлять состоянием своего организма, активизировать внутренние механизмы саморегуляции физического и психического состояния, со способами конструктивного контакта с собой и людьми. «Краеугольным камнем» данной программы является переключение внимания человека с внешнего на свой внутренний мир.

Первый блок программы «Знакомство и управление своим организмом» включает в себя знакомство на теоретическом и практическом уровне с основными элементами управления своим психологическим и физическим состоянием: расслаблением – напряжением, дыханием, концентрацией внимания.

Ведущим подходом в этой работе является обращение к своему внутреннему миру, к механизмам произвольной и непроизвольной регуляции, к тому потенциалу, который дан нам от природы, но обычно не используется. Например, в массовых программах обучения детей (и тем более взрослых) отсутствуют программы развития умений напрягаться и расслабляться конструктивными способами. Иногда их используют специалисты (например, психологи в качестве элементов аутотренингов, психологических тренингов). Но, к сожалению, данные практики не имеют пока широкого распространения. То же самое можно сказать и в отношении правильного дыхания. Большинство людей знакомы с положением, что «правильным» является – диафрагмальное дыхание. Но владеть им, управлять с его помощью своим состоянием способны единицы. Что касается умения произвольно концентрировать внимание, то надо отметить, что на практике в абсолютном большинстве случаев это касается ментального уровня. А умение концентрации на физическом, чувственном, интуитивном планах практически отсутствует, что лишает нас возможности пользоваться этими сферами в полной мере.

Второй блок программы «Основы конструктивного взаимодействия» захватывает три вопроса: «основа контакта», «виды контакта» и «настройка на контакт». Основой контакта являются общие цели его участников и способы восприятия друг друга. А основным препятствием к установлению контакта является ориентация «на отличия», которая формируется в детстве. При рождении у ребенка есть «части» одинаковые для всех, те, что объединяют его с другими, те, что лежат в самой основе структуры человека: например, базовые физиологические механизмы, способы восприятия мира через органы чувств и т.п.

А есть «части», отличающие его от других: индивидуальность, отличия, особенности. При воспитании ребенка главное внимание уделяется не основе, не тому, что объединяет нас, не целому, не «глубине», но индивидуальности, отличиям. Ребенок учится видеть в людях то, чем они отличаются друг от друга, и чем дальше, тем меньше мы понимаем друг друга.

Вопрос о видах контакта раскрывает значимость невербальных способов общения: эмоционального, чувственного, тактильного, интуитивного. К сожалению, в современной ситуации (а особенно в образовательной системе) основным видом контакта (и обучения) является вербальный. Ему специально учат, его планомерно «совершенствуют», тех, кто владеет им хуже других, считают неполноценными. Но такая оценка противоречит исторически сложившейся структуре восприятия человеком этого мира. Довербальные способы общения являются более глубокими, более емкими. Они складывались, формировались и совершенствовались на протяжении всего развития человечества, в то время как вербальными мы владеем сравнительно недавно и они являются вторичными по отношению к первым, и складываются на их основе. Поэтому основным вопросом эффективного контакта (и обучения) является адекватное соотношение видов контакта в процессе общения, владение каждым из них и сознательное использование каждого из видов в соответствии с его возможностями.

Следующим вопросом эффективного контакта является наше состояние, наш настрой. Чтобы конструктивно взаимодействовать с людьми, мы должны научиться «настраивать себя правильно». В том числе, правильно дышать в процессе контакта с аудиторией. В зависимости от качества дыхания ведущего меняется его голос, тональность, обертоны, иная жестикация, мимика, несущие искажения, которые слушатели улавливают («проглатывают») на подсознательном и довербальном уровне. В результате начинаются искажения и у слушателей («некачественная пища приводит к...»). Приведя дыхание к норме, можно снять эту ненужную информацию, помехи, зажимы, сделать информацию более чистой и, следовательно, более воспринимаемой. Совершенствуя свое дыхание и навыки управления им, учитель в любом случае улучшит свое состояние, повысит качество своей работы и работы аудитории.

Апробация этой программы на разных группах учителей показала ее высокую эффективность и актуальность. Педагоги, посетившие данную программу, оценили ее значимость для учителей в современной ситуации в 8–10 баллов по 10-бальной шкале. Особо они отметили важность и эффективность обращения к своему внутреннему миру, эффективность предлагаемого подхода и практических методов. В процессе занятий самочувствие педагогов улучшалось на 25–50% по субъективным оценкам и результатам тестов. Кроме общего улучшения состояния, они отметили также повышение настроения, снижение чувства психической и физической усталости, снижение болевых синдромов и т.п.

Реализация данных программ в процессе повышении квалификации педагога позволяет, на наш взгляд, выявить основы деятельности учителя, наиболее эффективно использовать его психологический и физический потенциал, снизить психологическое напряжение, обусловленное как повседневной жизнью, так и работой в ситуации всеобщего кризиса.

Литература:

1. Введение в педагогику здоровья учителя: Научно-методическое пособие / Л.Г. Татарникова, Н.Г. Коновалова, С.И. Сметанкина; Под ред. Л.Г. Татарниковой. – СПб., 2006.
2. Профессиональные аспекты здоровья учителя: Материалы к стажировке / Сост. В.В. Вершинина. – СПб., 2002.

2.2. Психологическое здоровье педагога как основа сохранения его профессионального долголетия (материалы к педагогическому совету)

Н.В. Панова, кандидат пед. наук,
доцент кафедры педагогики детства СПбАППО

Психология здоровья изучает явления, относящиеся к здоровью человека, решает задачи прогнозирования факторов, оказывающих воздействие на здоровье. В рамках этой научной дисциплины появилось понятие «психологическое здоровье», в качестве центрального объекта исследований выступает «здоровая личность» [4]. Инициатива в постановке и разработке проблемы психологического здоровья принадлежит гуманистической психологии, оказавшей заметное влияние на сферу образования. Понятие «психологическое здоровье» в настоящее время рассматриваются с точки зрения уровня благополучия человека, качества его жизни.

Состояние психологического здоровья является производным от поэтапного приобщения к человеческой сущностной основе – саморазвитию самости. Следовательно, психологическое здоровье характеризует процесс и результат нормального развития субъективной реальности в пределах индивидуальной жизни, жизнеспособности и человечности индивида. Состояние психологического здоровья имеет «мерцательную природу», т.е. здоровье и нездоровье сосуществуют в виде противоборствующих субъективных тенденций и смысловых содержаний, каждое из которых может преобладать в отдельные моменты жизни.

Психологическое здоровье характеризует процесс восхождения индивида к вершинам человеческой сущности и проявляется прежде всего в просоциальной личностной позиции [7]. А.Г. Маслоу считал, что, понимание себя позволяет человеку не быть все время занятым собой, руководствоваться чувством долга [3]. А.Р. Фонарев утверждает, что психологическое здоровье влияет на выбор личностного развития: если собственные интересы игнорируются, это приводит педагога к сложным жизненным ситуациям. Поэтому психологическое здоровье важно как смыслообразующая и системообразующая категория профессионализма педагогов.

Развитие личности педагога протекает в процессе профессионализации. А.Р. Фонарев разрабатывает идею *модусов жизнедеятельности* (модусы взаимодействия человека с миром, определяющие особенности смысловой сферы личности, его ценностей, потребностей), которые могут быть использованы для определения ступеней профессионального роста педагога:

- *модус обладания* – овладение предметом или другим человеком, при котором возникает определенный круг благ;

- *модус социальных достижений* – зависит от окружения, когда возникает соперничество, антагонизм, «показуха»;
- *модус служения* – стремление к социальному статусу, достижению собственных, профессиональных успехов.

Повышение уровня осуществления деятельности может «тянуть» за собой развитие модусов жизнедеятельности, а снижение – обуславливать их деградацию. Так происходит становление личности профессионала, выражающееся либо в повышении профессионализма, либо в возврате к предыдущим этапам профессионализации, который отражает регресс личности и деструкцию деятельности в той или иной степени [6].

В целом для учителей после 50 лет характерна целостность, оптимистичность жизненной позиции, что связано с альтруистическим образом их жизни, в отличие от многих других профессиональных общностей. Постоянная готовность отдать свои знания, исполнительность, ответственность, трудовой патриотизм – вот основные характеристики, которые могут быть даны людям данной возрастной категории. Неспособность к изменению, предпочтение ориентироваться не на реальность происходящего – драматический момент в характеристике людей данной возрастной группы [7].

Анализ показывает, что учителя, досрочно покинувшие школу, испытывают значительное нервно-психическое напряжение и утомление. На «финише» профессиональной жизни, как и на предшествующих этапах, ощущается явный дефицит общественного признания, весьма болезненно переживаемый учителями. Чувство собственного достоинства, оптимизм и уверенность в значимости прожитого жизненного пути должны возвращаться вместе с обращением общества к общечеловеческим ценностям, к гуманизму.

Одним из резервов интенсификации человеческого фактора является продление сроков активной профессиональной деятельности, большое значение приобретают такие качества, как мудрость и свежесть ума, при сохранении основных закономерностей психического развития: пластичности, неравномерности, компенсаторности. В.А. Сухомлинский советовал: «Старение – закономерность, от которой не уйти. Однако ей нужно и можно противопоставить любовь к жизни, верность идеалам, способность жить интересами и чувствами своих учеников, трудиться с полной самоотдачей». Речь идет, таким образом, о нравственно-психологических факторах, мешающих старению [1;5].

Ниже представлены факторы, способствующие сохранению творческой активности:

- определенная совокупность черт личности (оптимистичное мировосприятие, энергичность, оптимизм и чувство юмора);
- здоровый образ жизни (оптимальный режим труда и отдыха, рациональное питание, занятия спортом, трезвость);
- включение учителя в систему непрерывного образования и самообразования.

Непрерывное образование и самообразование становятся факторами творческой молодости при следующих условиях:

- рациональное использование возможностей самообразования;

- вариативность самообразовательных программ в зависимости от фиксируемых пробелов;
- изменение задач образования в зависимости от психодиагностики старения (перцептивных, мыслительных, коммуникативных, мнемических и др.).

Ориентация на профессиональное долголетие, механизм сохранения молодости в старости – это то, чему следует учить в вузе, в годы студенчества. В частности, степень удовлетворенности работой является «гигиеническим» фактором по отношению к здоровью. На удовлетворенность работой влияют:

- интерес к работе,
- ответственность,
- достижения (квалификация) и признание успеха,
- продвижение по службе,
- возможность профессионального роста,
- способ управления,
- условия труда,
- межличностные отношения на рабочем месте,
- заработок,
- стабильность работы,
- влияние работы на личную жизнь [2].

На представленных выше основаниях разработана *система сохранения профессионального долголетия педагогов*. В систему работы с педагогами входят клубы встреч учителей и психолога с особыми нуждами, занятия на которых проходят в форме тренингов (разработка авторского тренинга для педагогов представлена в *приложении 4*). Выбор индивидуального образовательного и оздоровительного маршрута педагога основывается на его здоровье и психическом состоянии, потребностях, социальном запросе относительно собственного оздоровления. Поэтому работа с педагогами опирается на предварительное исследование.

Решая образовательные задачи, педагогу очень важно определить свой потенциал – предел в нагрузке, когда еще не возникают различные неблагоприятные явления (перенапряжение, стресс, чрезмерное утомление, соматическая астенизация и др.), т.е. нахождение индивидуального оптимума педагогической деятельности, не опасного для здоровья. Изучение функционального состояния зрительных и слуховых анализаторов в совокупности с медицинским заключением позволяют учителю определить нагрузки, избегая переутомления и не нанося вреда и ущерба своему здоровью.

Наблюдение за состоянием здоровья педагога в процессе преподавания и отдыха определяет режим жизнедеятельности педагога. Эффективность реабилитационной деятельности педагогов, реализуемая на уровне успешности деятельности, позволяет сохранить его потенциал.

Виды постоянного сопровождения здоровья педагогов включают комплекс реабилитационных услуг, среди которых:

- посещение фитобара для приема общеукрепляющих напитков; прием гомеопатических препаратов (адаптогены, антигриппин и т.д.);
- санация полости рта;

- программа общего УФО и УФО стопы с целью повышения резистентности организма к простудным заболеваниям;
- посещение сауны один раз в неделю;
- прием водных процедур (циркулярный душ, жемчужные ванны с фитодобавками);
- профилактика переутомления педагогов (проветривание, температурный режим, психогигиена, аэроионизация классных комнат, релаксопедия, физкультминутки, работа с офтальмотренажерами и др.).

В целом *сопровождение профессионального здоровья педагога* можно определить через:

- 1) диспансеризацию педагогов в учреждении, наличие санаторно-курортного лечения;
- 2) содержание и качество общего обеспечения здоровья педагогов в учреждении;
- 3) психологическую защищенность педагога в образовательном процессе;
- 4) эффективность реализации образовательного потенциала учащихся.

Попробуем сформулировать несколько выводов, касающихся *динамических личностных факторов профессионального здоровья педагога*:

1. Секреты профессионального здоровья лежат в мотивации деятельности учителей, в признании социальной значимости их деятельности.

2. Длительное нервно-психическое перенапряжение и переутомление является основной причиной неудовлетворенности трудом и расставания со школой.

3. Рациональное использование учителем ресурсов собственного здоровья остается актуальной проблемой.

4. Возрастает значение интеграции профессиональных и, акмеологических и психологических знаний, общекультурного образования как условия сохранения здоровья учителя.

Литература

1. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. – М.: Академия, 2001.
2. Кузьмина Н.В. Профессионализм личности преподавателя и мастера производственного обучения. – М.: Высшая школа, 1990.
3. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Евразия, 1999.
4. Никифоров Г.С. Психология здоровья. – СПб.: Речь, 2002.
5. Учитель: крупным планом. Социально-педагогические проблемы учительской деятельности/ Год ред. С.Г. Вершловского. – СПб., 1994.
6. Фонарев А.Р. Формы становления личности в процессе ее профессионализации // Психология работы с персоналом в трудах отечественных специалистов: Хрестоматия / Под ред. Л.В. Винокурова. – СПб.: Питер, 2001.
7. Шатино В.Д. Социальная активность пожилых людей в СССР. – М.: Наука, 2003.
8. Шувалов А.В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья // Вопросы психологии. – 2004. – № 6. – С.18.

2.3. Опыт валеологического образования подростков

Г.К. Зайцев, д.п.н.; А.Г. Зайцев, д.м.н.; Г.М. Брадик, к.п.н.

Наиболее заметное увеличение функциональных отклонений, соматических, психических и сексуальных расстройств, а также социальных заболеваний (алкоголизма, наркомании, проституции, СПИДа) происходит в период взросления – в подростковом и юношеском возрасте. Одной из причин сложившегося положения является то, что сами «взрослеющие люди» в этот период плохо заботятся о своем здоровье и приобретают немало вредных привычек, а взрослые (родители и учителя) не побуждают их вести здоровый образ жизни и не обучают этому должным образом. В то же время хорошо известно, что в период взросления у человека начинает активно формироваться индивидуальный образ жизни, от которого в будущем в наибольшей степени зависит его здоровье (Ю.П. Лисицын, В.П. Петленко). Поэтому именно в этот период важно побудить и научить человека укреплять собственный организм, правильно управлять своей психикой и сексуальностью, противостоять вредным привычкам.

В подростковом возрасте у детей актуализируются (становятся доминирующими) идеальные потребности в самопознании и поиске смысла. Соответственно, ведущими для подростков становятся рефлексивная и смыслотворческая деятельности. С учетом этого педагогическая задача в области валеологического образования подростков должна состоять в том, чтобы создать такую рефлексивную среду, которая позволяет ученикам вести свободный творческий поиск решения проблем, связанных с пониманием сущности здоровья, проводить валеологический самоанализ и вносить целесообразные коррекции в собственный образ жизни, а в конечном итоге познать свои соматические, психические и сексуальные особенности и научиться управлению своим здоровьем. Обязанность учителя на занятиях валеологией с подростками должна состоять в том, чтобы предложить им необходимую информацию о них самих и вооружить их способами получения такой информации, помочь им в смыслотворческой деятельности и формировании индивидуального способа здорового образа жизни.

Для осуществления данной задачи использовалась авторская программа и учебные пособия, обеспечивающие ее реализацию: Г.К.Зайцев, А.Г.Зайцев «Твое здоровье: Укрепление организма» (для учащихся 5–6-х классов), Г.К. Зайцев, А.Г.Зайцев «Твое здоровье: Регуляция психики» (для учащихся 7-го класса) и Г.К.Зайцев, А.Г.Зайцев «Твое здоровье: Формирование сексуальности» (для учащихся 8-го класса).

Обучение проводилось в форме факультатива, с согласия родителей подростков. В практическом плане это осуществлялось следующим образом.

Весь учебный материал (по классам и отдельным предметам) был разделен на отдельные темы, которые были названы «Уроками». Каждый «Урок», в свою очередь, включал в себя три части (или раздела): «Реферат», «Валеологический анализ» и «Валеологический самоанализ».

На всем протяжении обучения основное внимание уделялось валеологическому самоанализу учащихся, благодаря которому они могли определять свои соматические (физиологические), психические и половые особенности, а также тенденции в собственном здоровье, обусловленные характером их образа жизни.

ни. Другие разделы («Реферат» и «Валеологический анализ») служили информационной базой для внесения учащимися полезных изменений в собственный образ жизни и овладения эффективными способами укрепления организма, регуляции психики и формирования собственной сексуальности.

При работе с «Уроками» учащемуся рекомендовалось придерживаться следующей простой схемы.

1. Сначала надо прочитать первые два раздела «Урока» (*Реферат и Валеологический анализ*) и подчеркнуть (лучше — маркером желтого цвета) те ключевые слова в тексте, которые, по мнению ученика, характеризуют основное содержание этих разделов.

2. Затем следует провести «самодиагностирование» (на добровольной основе заполнить анкету или выполнить тестовое задание, которые даны в разделе *Валеологический самоанализ*).

3. После этого необходимо вновь прочитать первые два раздела «Урока» и подчеркнуть (лучше — маркером синего цвета), но уже те слова, а также способы укрепления организма, регуляции психики и формирования сексуальности, которые связаны с решением их собственных валеологических проблем.

4. В заключение ученику предлагалось составить программу улучшения (оздоровления) своего образа жизни.

В соответствии с программой с учащимися 5–6-х классов проводились занятия по *физиологическим основам здоровья*. На начальном этапе обучения учащимся было предложено провести анализ двух аспектов собственного здоровья – соматического и психического. Анализ соматического компонента здоровья осуществлялся с помощью анкеты, в которой было три вопроса:

1. Болел(а) ли ты в последние полгода? Если болел(а), перечисли заболевания.

2. Что было причиной твоих болезней?

3. Как ты считаешь: хорошо ли ты заботаешься о своем здоровье? ⁴

Психический компонент здоровья анализировался учащимися с помощью предложенного набора разнополюсных состояний. В результате были получены данные, которые позволили проследить изменения в состояниях учащихся с 5-го класса (когда дети только начинали изучать основы валеологии) до окончания ими курса психологии здоровья (спустя три года обучения).

На основании проведенного самоанализа по указанной выше схеме (валеологический самоанализ → программа коррекции своего образа жизни) осуществлялось последовательное изучение остальных 2–3-х тем, составляющих содержание валеологического образования учащихся 5-6-х классов. На заключительном (контрольном) уроке учащимся было предложено повторно проанализировать тенденции в собственном здоровье (но только на соматическом уровне, так как психический аспект здоровья более обстоятельно предстояло изучать в следующем учебном году) и составить записку оздоровления своего образа жизни.

⁴ См.: Г.К.Зайцев, А.Г. Зайцев. Твое здоровье: Укрепление организма. – СПб., 2003.

В течение последующего учебного года с теми же испытуемыми (уже учащимися 7-го класса) проводились занятия по *психологии здоровья*⁵. Методика обучения, построенная на основе учета доминирующих потребностей школьников, позволила получить материал, характеризующий процесс формирования у подростков способности психической саморегуляции. Тема «Настроение» служила контрольной.

Обучение основам валеологии была продолжено в следующем 8-м классе по программе *полового воспитания*, которая была предварительно согласована с родителями детей (проводилось раздельное обучение). Использование методики обучения, построенной на основе учета доминирующих потребностей школьников, позволила получить материал, характеризующий процесс формирования у подростков способности регуляции своей сексуальности. В качестве контрольной использовалась тема «Отношение человека к сексуальности»⁶.

На завершающем этапе экспериментальной работы важно было определить, какое влияние используемая система валеологического образования оказала на смысловую сферу подростков (их готовность вести здоровый образ жизни) и на состояние их здоровья. С этой целью была предпринята попытка выявить типичные для них стратегии понимания здорового образа жизни, по содержанию которых можно судить об их готовности управлять своим здоровьем. Кроме того, был проведен сравнительный анализ состояния здоровья участников эксперимента до и после периода обучения.

Понимание подростками сущности здорового образа жизни определялось на основании написания ими в свободной форме (в конце 4-го года обучения) соответствующей записки. Применение контент-анализа позволило выявить состав основных суждений по предложенной теме, а факторный анализ – вскрыть стратегии понимания здорового образа жизни, типичные для девочек и мальчиков, участвовавших в экспериментальном обучении.

В результате факторизации полученного материала у девочек и у мальчиков выделилось по три фактора, соответственно, по три стратегии понимания. Их интерпретация позволила говорить о том, что девочки здоровый образ жизни, как правило, связывают: 1) с увеличением соматического резерва здоровья преимущественно с помощью закаливающих процедур; 2) с укреплением своей психики и умением ею управлять; 3) с формированием в себе женских качеств и подготовкой к будущей семейной жизни. А мальчики чаще всего основу здорового образа жизни видят: 1) в улучшении соматического статуса за счет повышения общей работоспособности организма; 2) в сохранности органов и систем организма и активном закаливании; 3) в развитии психики (интеллекта) и способности психосаморегуляции, формировании в себе ответственного отношения к жизни (в том числе — половой жизни). Приведенные данные свидетельствуют о компетентности восьмиклассников в вопросах здорового образа жизни и их готовности заниматься собственным здоровьем, что не свойственно основной массе даже более старших по возрасту школьников.

⁵ См.: *Зайцев Г.К., Зайцев А.Г.* Твое здоровье. Регуляция психики. — СПб., 2000–2003.

⁶ См.: *Г.К.Зайцев, А.Г.Зайцев.* Твое здоровье: Формирование сексуальности. – СПб., 2000.

Данные диспансерного учета состояния здоровья школьников-подростков (до и после обучения) позволили судить о том, насколько реализованная система обучения помогла детям (путем оптимизации своего образа жизни) укрепить собственное здоровье. За время прохождения курса обучения состояние здоровья подростков достоверно улучшилось (у них сократилось число хронических болезней и частота острых заболеваний). Это выразилось прежде всего в нормализации деятельности их сердечно-сосудистой системы и системы пищеварения, улучшении осанки, а также сокращении у них частоты заболеваемости гриппом и простудными заболеваниями. В этой связи напомним, что общая тенденция, согласно литературным данным, характеризуется ухудшением здоровья детей в процессе школьного обучения.

Резюме

Потребностно-информационный подход в валеологическом образовании подростков обеспечивает создание у них мотивационно-смыслового отношения к своему организму, психическому и половому статусу, формирование научно-го понимания сущности здорового образа жизни, оздоровление текущей жизнедеятельности, в конечном итоге – улучшение их здоровья.

Литература

1. *Изард К.* Эмоции человека. – М., 1980.
2. *Зайцев Г.К.* Школьная валеология: Педагогические основы обеспечения здоровья учащихся и учителей. – СПб., 1997–2001.
3. *Зайцев Г.К., Зайцев А.Г.* Твое здоровье. Укрепление организма. – СПб., 1998–2003.
4. *Зайцев Г.К., Зайцев А.Г.* Твое здоровье. Регуляция психики. – СПб., 2000–2003.
5. *Зайцев Г.К., Зайцев А.Г.* Твое здоровье. Формирование сексуальности. – СПб., 2000.
6. *Зайцев Г.К., Зайцев А.Г.* Валеология взросления. Педагогические основы обеспечения здоровья подростков и молодежи. – СПб., 2004.
7. *Зайцев Г.К., Зайцев А.Г., Бродик Г.М.* Валеология подростков: Дополнительное образование школьников 5–8 классов. – СПб., 2000.
8. *Симонов П.В.* Мотивированный мозг. – М., 1987.

2.4. Учебный курс «Культура здоровья» как основа становления готовности старшеклассников к здоровому образу жизни

*Р.С. Минвалеев, к.б.н.,
доцент СПбГУ*

Повышение уровня культуры здоровья учащихся (воспитанников) и становления на ее основе готовности к здоровому образу жизни в образовательном учреждении в первую очередь должно решаться в рамках самого образовательного процесса. К сожалению, нередко приходится сталкиваться с почти устойчивыми представлениями о том, что одной из главных причин снижения уровня здоровья учащихся и воспитанников образовательного учреждения является «перегруженность» учебной программы. И соответственно, «естественным» решением задачи сохранения и укрепления здоровья учащихся и воспитанников будет снижение избыточной учебной нагрузки. Иными словами, здоровье учащихся противопоставляется объему и уровню приобретаемых знаний

и навыков, что противоречит самой сути образовательного процесса, который в первую очередь должен соответствовать нарастающим объемам научно-технической и гуманитарной информации. Снижение учебной нагрузки неминуемо приведет и уже приводит к несоответствию современным требованиям уровня полученных знаний и приобретенных навыков у выпускников. Образование – это тяжелый труд, и одна из задач создаваемых Служб здоровья образовательных учреждений – обеспечить тот уровень здоровья и работоспособности учащихся, который позволит им успешно освоить как обязательную, так и дополнительную части учебных программ.

По нашему глубокому убеждению, неспособность многих учащихся освоить общеобязательный государственный образовательный стандарт является следствием низкого уровня культуры здоровья, что следует из элементарной неосведомленности подрастающего поколения в вопросах собственного здоровья и собственной работоспособности. К сожалению, существующие методы формирования здорового образа жизни малоэффективны, формальны по виду и неубедительны по существу, носят декларативный характер и своей цели не достигают. Учащиеся не получают лично-значимой для них информации из того набора сведений, который принято относить к здоровому образу жизни.

По нашему мнению, приобщение учащихся к здоровому образу жизни должно вестись не через формальные лозунги, но через введение в учебный процесс новой дисциплины «Культура здоровья», удовлетворяющей прежде всего известную потребность подрастающего поколения в самопознании на строго естественно-научной базе.

Необходимость изучения в школе дисциплины естественно-научного цикла «Культура здоровья» диктуется тем, что современная система образования в настоящее время дает ограниченный объем знаний по прикладной физиологии человека, ориентированной на оздоровление и владение приемами личной профилактики заболеваний. Вместе с тем потребность в получении такого рода знаний реально существует. В рамках работы Службы здоровья обязательное знание курса «Культура здоровья» необходимо для поддержания высокого уровня умственной и физической работоспособности учащихся и воспитанников и равным образом педагогов.

Предлагаемый естественно-научный курс «Культура здоровья» может быть реализован при организации профильного обучения в старших классах общеобразовательной школы как элективный курс следующих профилей: естественно-научного (углубление курса биология), оборонно-спортивного (углубление курса ОБЖ), социально-экономического (углубление курса социология), гуманитарного (углубление курса обществознание). Кроме того, данный курс может быть разбит на модули, которые органично включаются в учебные планы ряда дисциплин общеобразовательного цикла в 10–11-х классах: биология, физическая культура, история, краеведение. Полностью учебная программа курса представлена в *приложении 5*.

2.5. Оценка эффективности уроков «БОС-Здоровье»

А.А. Сметанкин, к.м.н.; Д.В. Афанасьев; В.В. Аверьянов; С.Я. Захаров;
НОУ «Институт Биологической Обратной Связи»

В 2002 г. в системе образования России появилась новая оздоровительная технология, получившая название «БОС-Здоровье». В этой технологии используется принцип биологической обратной связи (БОС), которая позволяет увидеть и услышать работу органов и систем человека и обучить его организм более совершенной работе. На уроках «БОС-Здоровье» в детском саду и в школе дети и педагоги учатся более совершенной работе своего сердца и дыхательной системы, правильной речи и зрению, совершенной осанке и другим, необходимым для жизни навыкам.

Первое и самое важное, чему должен обучиться с помощью технологии БОС ученик, учитель или любой другой человек – это сформировать и поддерживать у себя навык диафрагмально-релаксационного типа дыхания (ДРД) с максимальной дыхательной аритмией сердца (ДАС). Напомним читателю об этих основных понятиях.

Диафрагмальное дыхание «без усилий», или релаксационное, является естественным и физиологически наиболее оптимальным для организма человека, а величина ДАС отражает успешность взаимосвязанной работы основных физиологических систем – дыхательной и сердечно-сосудистой. Под величиной ДАС понимают разницу между величинами пульса на вдохе и на выдохе, возникающую как результат влияния фаз дыхания на частоту сердечных сокращений (ЧСС). Это означает: на вдохе величина пульса увеличивается, на выдохе – уменьшается. Чем больше величина ДАС, тем лучше гомеостаз человека, лучше функционируют физиологические системы. Этот показатель дает возможность выставлять на каждом занятии оценку за приобретенный навык.

Есть оценка, значит, можно делать анализ полученных результатов и получать статистические данные для количественной оценки эффективности проведенных уроков «БОС-Здоровье».

Важно отметить, что внедрение таких уроков в образовательный процесс позволяет решать целый ряд задач: повысить уровень культуры здоровья учащихся (воспитанников) и педагогов, сохранить и укрепить свое здоровье, снизить заболеваемость наиболее распространенными болезнями, в том числе обусловленными образовательным процессом.

Разработанный стандарт по организации уроков «БОС-Здоровье» предполагает проведение теоретических и практических уроков. В дошкольных образовательных учреждениях, начальной и средней школах рекомендовано проводить не менее трех теоретических занятий, в старшей школе – достаточно одного занятия.

Правильная организация кабинета БОС-Здоровье предполагает оборудование 12 рабочих мест с компьютерами, объединенных в локальную сеть совместно с компьютером учителя (организация класса с имеющимся количеством посадочных мест также легко осуществима).

Для оценки эффективности проводимых уроков была создана компьютерная программа «Журнал Здоровья 2.0», позволяющая за минимальное количе-

ство времени получить исчерпывающую информацию об изменении состояния ученика или группы учеников в ходе курса оздоровительных уроков. Здесь следует отметить, что в основу создания системы отчетности по урокам «БОС-здоровье» легли не только забота о здоровье детей и подростков, но также стремление облегчить труд и значительно сэкономить рабочее время педагога («учителя здоровья»), администрации школы или ДООУ. К слову сказать, по статистике почти половина всего рабочего времени у педагогов и администрации тратится на создание отчетной документации.

Что же собой представляет программа «Журнал здоровья 2.0»?

Фактически он является аналогом традиционного классного журнала с большими возможностями автоматической статистической обработки полученных результатов. Нажатием одной кнопки учитель «БОС-здоровья» может увидеть целостную картину уровня формирования навыка ДРД в своем классе, проконтролировать посещаемость уроков, отметить пропуски по болезни и т.д.

Кроме того, «Журнал здоровья 2.0.» позволяет сформировать несколько видов отчетов по проведенным урокам «БОС-Здоровье». Перечислим их:

- индивидуальный отчет (анализ результатов оздоровительного курса для каждого учащегося);
- индивидуальный отчет – «Паспорт Здоровья» (диагностика уровня здоровья учащегося/педагога);
- групповой отчет (отчет по группе/классу);
- отчет по школе – расширенный вариант группового отчета (отчет по нескольким классам или группам/образовательным учреждениям).

Ученик прошел урок на тренажере «БОС-Дыхание» продолжительностью 7, 10 или 12 минут. После чего компьютер выводит результат на экран монитора в виде: оценки, среднего показателя величины ДАС за урок «БОС-Здоровье», графика изменения пульса и частоты дыхания во время урока. Эти данные записываются в память компьютера под именем данного ученика. На следующий этот ученик снова придет заниматься, значит, результаты следующего урока также попадут в память на хранение.

Отметка за здоровье... с одной стороны звучит, по крайней мере, парадоксально, а с другой является необходимым атрибутом образовательного процесса. Сегодня современные технологии БОС вкупе с научной базой и огромным практическим опытом позволили сделать отметку за здоровье реальностью.

По окончании урока «БОС-Здоровье» у ученика фиксируется среднее значение ДАС. Далее компьютерная программа, учитывая возраст и показатель ДАС ученика, выставляет отметку за здоровье (таблица 1).

Таблица 1

**Взаимосвязь величины ДАС и «оценок здоровья»
(возраст от 4 до 20 лет)**

ДАС, в уд./мин.	Оценка здоровья, в баллах
≥ 33	«5»
25–32	«4»

17–24	«3»
9–16	«2»
0–8	«1»

Полученные сведения поступают для статистической обработки в программу «Журнал Здоровья 2.0». В результате анализа данных формируются индивидуальные и групповые отчеты. «Журнал» состоит из следующих разделов:

- титульный лист;
- лист оценок;
- групповой отчет по одному классу/группе (при необходимости – отчет по образовательному учреждению – по школе/детскому саду, по любому количеству образовательных учреждений);
- индивидуальный отчет.

Благодаря «листу оценок» можно детально проконтролировать посещаемость уроков «БОС-Здоровье» и динамику оценок здоровья по каждому ученику (педагогу) на протяжении всего курса практических занятий.

Индивидуальный отчет (ИО) – сводная информация о ходе и результатах уроков «БОС-здоровье», посещаемых конкретным учеником (ребенком или педагогом). Этот отчет предназначен для контроля изменений уровня здоровья конкретного ученика и, соответственно, оценки эффективности проведенного оздоровительного курса уроков «БОС-Здоровье». Индивидуальный отчет представлен пользователю в виде графиков, таблиц и печатного текста.

«Паспорт Здоровья» – особая форма индивидуального отчета, направленная на диагностику уровня здоровья ребенка или взрослого исходя из анализа 1–2 уроков «БОС-Здоровье». Напомним, что продолжительность основного этапа оздоровительного курса, направленного на формирование и закрепление навыка «дыхания животом», составляет 10–12 занятий, с частотой проведения не реже двух раз в неделю. Однако достаточно 1–2 оздоровительных уроков для получения объективных данных об уровне гармонизации работы дыхательной и сердечно-сосудистой систем ученика или педагога. Программа «Журнал Здоровья 2.0» позволяет всего за 9–12 минут определить биологический возраст человека, наглядно продемонстрировать, как менялись физиологические параметры (ДАС, ЧСС, ЧД) в течение дыхательной тренировки.

Индивидуальный отчет позволяет решать следующие задачи:

- контролировать посещаемость уроков «БОС-Здоровье» каждым учеником (ребенком); его заболеваемость;
- анализировать изменение физиологических параметров в конце каждого урока, выставлять соответствующую оценку за здоровье;
- фиксировать динамику изменения уровня здоровья ученика на протяжении всего курса оздоровительных уроков;
- предоставить в доступной форме полученные данные всем лицам, которые непосредственно связаны с контролем над здоровьем ребенка (родители, медперсонал ОУ, классный руководитель);

- планировать свою дальнейшую работу, учитывая предлагаемые в отчете рекомендации.

Кроме этого, руководство учреждения имеет возможность контролировать уровень здоровья каждого педагога. Внимание к здоровью специалистов со стороны руководства ОУ позволяет в большей степени реализовывать принцип: здоровый педагог – здоровые дети!

Групповой отчет или отчет по группе – структурированная информация о ходе и результатах уроков «БОС-здоровье», посещаемых учениками отдельной группы (или нескольких групп). Групповой отчет предназначен для контроля изменений среднего уровня здоровья группы учеников (класс(ы), группа(ы) в ДООУ и т.д.) как в рамках одного образовательного учреждения, так и одновременно в нескольких учреждениях. Объем информации в отчете прямо зависит от количества образовательных учреждений, сведенных в базу данных⁷.

Итоги группового отчета позволяют увидеть процентное соотношение количества учащихся получивших «удовлетворительные» и «неудовлетворительные» оценки на основных этапах оздоровительного курса. Эти данные объективно отражают эффективность уроков «БОС-Здоровье»: например, как изменилось процентное соотношение учеников с «удовлетворительными» и «неудовлетворительными» оценками в конце занятий по сравнению с началом занятий.

Здесь же предлагаются различные рекомендации по дальнейшей работе с данной группой: проведение повторных курсов «БОС-Здоровье»; необходимость проведения индивидуальных дополнительных занятий и комплексного обследования для учащихся с неудовлетворительными результатами.

С целью анализа результатов уроков «БОС-Здоровье» на уровне школы (любого образовательного учреждения) был создан расширенный вариант группового отчета. Основное отличие «Отчета по школе» от «Группового отчета» состоит в том, что здесь анализ полученных результатов осуществляется с учетом интересов и специфики среднеобразовательной школы. Дополнительные графики и таблицы отражают результаты оздоровительных уроков с учетом распределения учащихся по классам и возрастам.

Отчет по группе, школе (ДООУ), району, городу, региону позволяет:

- учителям здоровья – анализировать изменения уровня здоровья в классе(ах), группе(ах), а так же по всему образовательному учреждению;
- директорам образовательных учреждений (ОУ) – анализировать значения показателей здоровья, как по всему образовательному учреждению, так и по отдельным группам (классам);
- руководителям отделов образования – дать оценку эффективности уроков «БОС-Здоровье» в ОУ района, города, региона, России;

⁷ База данных – специальная компьютерная программа, которая предназначена для сбора и анализа сведений об уроках «БОС-Здоровье», предоставляемых образовательными учреждениями в ЗАО «Биосвязь».

- президенту страны, губернаторам регионов, главам городских и районных администраций – оценить уровень здоровья и эффективность применяемой технологии БОС по укреплению и сохранению здоровья граждан.

В заключение необходимо еще раз отметить, что при правильной организации технология БОС позволяет не только существенно повысить средний уровень здоровья учащихся и педагогов, но и с помощью программы «Журнал Здоровья 2.0» объективно оценить результаты оздоровления. Эта компьютерная программа дает возможность с наименьшими временными затратами получать объективную информацию о состоянии здоровья детей, учащихся и педагогов, оценивать эффективность проведенных профилактических и оздоровительных мероприятий.

Литература:

1. Конспекты теоретических уроков / Под общ. ред. А.А. Сметанкина. – СПб., 2004.
2. *Нагавкина Л.С, Татарникова Л.Г.* Валеологические основы педагогической деятельности. – СПб.: «Каро», 2005.
3. Оздоровительная дыхательная гимнастика с использованием метода биологической обратной связи в школьно-дошкольных учреждениях. – Методические рекомендации для медицинских и педагогических работников школьно-дошкольных учреждений. – СПб, 2003.
4. *Сметанкин А.А.* Метод биологической обратной связи по дыхательной аритмии сердца – путь к нормализации центральной регуляции взаимодействия дыхательной и сердечно – сосудистой систем. – СПб., 1999.
5. *Сметанкин А.А.* Открытый урок здоровья. – СПб.: Питер, 2005.

2.6. Группа здоровья – что это такое? (беседа для родителей)

*С.В. Рычкова, к.м.н., доцент, главный детский специалист
Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга по профилактической и
оздоровительной работе в образовательных учреждениях*

Группа здоровья, что это такое? Проблема? Состояние? Диагноз? Этот вопрос волнует многих родителей, поскольку и в выписке из родильного дома, в амбулаторной карте ребенка, при оформлении в детский сад всегда обозначена группа здоровья. А все непонятное не только волнует, но и вызывает чувство тревоги. По поводу группы здоровья, наверное, не стоит так уж волноваться, так как термин этот во многом условный и отражает состояние здоровья ребенка по совокупности данных. Группы здоровья вошли в медицинскую практику в 1983 г., когда Институтом гигиены детей и подростков были разработаны критерии комплексной оценки состояния здоровья детей, которые были утверждены приказом Министерства здравоохранения СССР от 19 января 1983 г. №60 (см. таблицу в *приложении б*).

Итак, попытаемся отойти от сухого языка документов и еще раз обозначить группы здоровья. К первой группе относятся дети, у которых нет отклонений в состоянии здоровья. Разве что иногда они болеют респираторными заболеваниями. К сожалению, таких практически здоровых детей в Петербурге почти нет.

Во вторую группу входят дети, имеющие какие-либо функциональные изменения, чаще всего связанные с неравномерным ростом и развитием, например, функциональные систолические шумы в сердце, дискинезия желчевыводящих путей, нарушение осанки, дефицит или избыток массы тела 1-й степени.

Это переходный период между здоровьем и болезнью. Надо обязательно обследоваться и лечиться, чтобы заболевание не перешло в хроническое.

Третью группу составляют дети с хроническими заболеваниями в стадии компенсации. Например, хронический пиелонефрит без почечной недостаточности, хронический гастродуоденит, хронический тонзиллит и другие.

Четвертая группа включает в себя хронические заболевания в стадии субкомпенсации. Например, у ребенка имеется врожденный порок развития почек – гидронефроз и на его фоне отмечается снижение функции почек или у ребенка бронхиальная астма в периоде приступа с нарушением функции дыхания, ревматоидный артрит с ограничением функции суставов и т.д. Это могут быть и острые состояния, временно ограничивающие жизненные возможности ребенка (переломы, травмы, острые заболевания с тяжелым течением, например воспаление легких с явлениями дыхательной или сердечной недостаточности). Если такое заболевание или травма заканчиваются благополучно, то ребенок возвращается в прежнюю группу здоровья.

К пятой группе относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации. Это дети-инвалиды.

Критерий группы здоровья является больше статистическим, чем врачебным и позволяет оценить состояние здоровья любого пациента по совокупности данных. Критерии оценки по группам здоровья учитывались при проведении Всероссийской диспансеризации детей и подростков. Так, по данным Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, только 26% детей в возрасте от 0 до 17 лет признаны здоровыми (1-я группа здоровья), 52,1% имеют функциональные отклонения (2-я группа здоровья), 21,6% хронические заболевания (3-я и 4-я группа здоровья). Доля здоровых детей до одного года составляет всего лишь 24,1%, увеличиваясь к 3 годам до 30%, в дальнейшем их количество снижается и к 15–17 годам составляет 23,9%. К сожалению, в подростковом возрасте практически каждый третий ребенок имеет хроническую патологию и соответственно 3-ю группу здоровья. Грустная получается статистика, не правда ли? Пора задуматься о состоянии здоровья детей, ибо дело врача – помочь в решении проблемы, а здоровье нужно не только беречь, но и созидать его неуклонно.

РАЗДЕЛ III ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ И ОЗДОРОВЛЕНИЕ УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

3.1. Адаптивная физическая культура в общеобразовательной школе

О.Э. Аксенова, к.п.н.,
доцент кафедры адаптивной физкультуры
СПбГУФК имени П.Ф. Лесгафта

Школы имеют, по крайней мере, три очевидных преимущества в планировании физической активности учащихся: школы посещают люди в том возрасте, когда происходят наиболее значительные изменения в их развитии; стратегия деятельности образовательных учреждений позволяет школьникам получить базовое образование; организация и содержание физического воспитания осуществляется главным образом через применение соответствующих образовательных программ и использование системы методов обучения.

Государственным образовательным стандартом по физической культуре определены следующие цели: развитие основных физических качеств и способностей; укрепление здоровья, расширение функциональных возможностей организма; формирование культуры движений; обогащение двигательного опыта физическими упражнениями общеразвивающей и корригирующей направленности; приобретение навыков в физкультурно-оздоровительной и спортивно-оздоровительной деятельности; воспитание устойчивых интересов и положительного эмоционально-целостного отношения к физкультурно-оздоровительной и спортивно-оздоровительной деятельности; освоение знаний о физической культуре и спорте; их истории и современном развитии, роли в формировании здорового образа жизни.

Решающую роль в оптимальном создании условий для учета требований государственного стандарта играет применение личностно-ориентированного подхода, под которым понимается методологическая ориентация в педагогической деятельности, позволяющая посредством опоры на систему взаимосвязанных понятий, идей и способов действий обеспечивать и поддерживать процессы самопознания, самостроительства и самореализации личности ребенка, развития его неповторимой индивидуальности.

Традиционная система физического воспитания в образовательных учреждениях на современном этапе для обеспечения необходимого уровня физической культуры, физического развития и подготовленности дошкольников и учащейся молодежи, особенно тех, у кого имеются отклонения в состоянии здоровья, нуждается в усилении образовательной направленности учебных занятий по традиционной и адаптивной физической культуре, новых подходах к воспитательной работе, в расширении внеучебной физкультурно-оздоровительной и спортивной деятельности, в значительном улучшении материально-технической базы.

Одним из важнейших направлений работы образовательных учреждений по изменению ситуации с состоянием здоровья детей и учащейся молодежи яв-

ляется внедрение в практику адаптивной физической культуры, включая все ее основные виды: адаптивное физическое воспитание, адаптивную двигательную рекреацию, адаптивный спорт, физическую реабилитацию, экстремальные виды двигательной активности и креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики.

Основная цель адаптивного физического воспитания состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них, готовности к смелым и решительным действиям, преодолению необходимых для полноценного функционирования субъекта физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и в осуществлении здорового образа жизни. С практической точки зрения в процессе уроков по адаптивной физической культуре учащиеся должны освоить умения и навыки психосоматической саморегуляции, поддержания необходимого уровня функционирования своих органов и систем организма.

В процессе адаптивного физического воспитания, которое должно начинаться с момента обнаружения той или иной патологии, первостепенное внимание уделяется задачам коррекции основного дефекта, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, выработке компенсаторных механизмов осуществления жизнедеятельности, если коррекция не удастся, профилактической работе.

Именно здесь огромное значение приобретают так называемые межпредметные связи, когда в процессе занятий физическими упражнениями, осуществляется освоение умственных, сенсорно-перцептивных, двигательных действий и понятий, происходит умственное, нравственное, эстетическое, трудовое и другие виды воспитания.

Огромную роль в процессе адаптивного физического воспитания имеют теоретические уроки по АФК, где детям рассказывают не только о функционировании здорового организма, но и о тех или иных видах заболеваний, мерах их предупреждения, способах преодоления и профилактики.

При этом необходимо помнить, что одним из недостатков процесса воспитания, реализуемого в любом образовательном учреждении, является отождествление этого процесса с учебным. Предъявление логически, психологически и дидактически обоснованной последовательности изучаемого материала не может быть использовано в программах воспитания, поскольку его существование не ограничивается информационным содержанием урока, а составляет естественную, инициативную, самобытную, непредсказуемо меняющуюся жизнедеятельность ребенка и педагогического коллектива.

Принципы авторитарной «плановой» педагогики постепенно заменяются принципами гуманистической педагогики, которая во главу угла ставит «мягкие» и гибкие методы, стремится «создать условия для» и «влиять в процессе взаимодействия». Адаптивное физическое воспитание является благоприятным «полем деятельности» для детей с проблемами в развитии и реализации идей, принципов и методов гуманистической педагогики и предполагает введение в школе обязательных уроков по АФК для учащихся с ослабленным здоровьем. Эти уроки должны проводиться в те же часы, что и уроки обычной физической

культуры, в соответствии со школьным расписанием. Но занятия должны проводить специалисты по адаптивной физической культуре в специальном (отдельном) спортивном зале по программам, отличающимся от программ по традиционной физической культуре.

Разделение класса на группы школьников с учетом состояния их здоровья является непременным условием правильной организации уроков по адаптивному физическому воспитанию в образовательном учреждении. Недооценка возможностей адаптивной физической культуры в коррекции состояния здоровья детей приводит к тому, что в настоящее время они чаще просто освобождаются от занятий физическими упражнениями. Или вместо того, чтобы разделить класс на группы (как это делается по таким предметам, как иностранный язык, информатика) и проводить обязательные уроки по адаптивной физической культуре в рамках действующего расписания школьных уроков, рекомендуется осуществлять оплату труда учителей, проводящих занятия с учащимися спецгруппы, в пределах имеющейся экономии денежных средств по фонду заработной платы учителей. Таким образом, по существу предлагается финансировать работы учителей по коррекции состояния здоровья детей по остаточному принципу. Учитывая уровень здоровья современных школьников, нельзя согласиться с подобными предложениями.

В соответствии с «Положением о врачебном контроле над лицами, занимающимися адаптивной физической культурой и спортом», учащиеся, занимающиеся по государственным программам физического воспитания, проходят медицинское обследование по установленной форме не реже одного раза в течение учебного года у врачей, обслуживающих учебные заведения.

Медицинское обследование учащихся в процессе осуществления врачебного контроля над физическим воспитанием проводится по комплексной методике, принятой в отечественной спортивной медицине.

На основании полученных данных о состоянии здоровья, физического развития и физической подготовленности учащихся распределяют на три отделения: основное, подготовительное, специальное.

При определении медицинской группы для школьников с отклонениями в состоянии здоровья необходимо предусматривать доступность физических нагрузок, а также создание оптимальных условий для выздоровления и предупреждения обострений заболевания. Для отнесения учащихся, перенесших заболевания, в соответствующую группу целесообразно использовать рекомендации, разработанные на основе данных ряда исследователей (С.Ф. Цвек, В.С. Язловецкий, 1983; Э.Г. Булич, 1986; Н.Б. Тамбиан, 1998, 2000 и др.).

Проведение занятий с ослабленными детьми в специальной группе (отдельно от здоровых школьников) позволяет избежать многих методических и педагогических ошибок, щадить психику ребенка, использовать дифференцированные нагрузки и контролировать состояние учащихся и их адаптацию к нагрузке (В.К. Велитченко, 1998).

В зависимости от тяжести и характера заболевания учащихся, отнесенных к специальной медицинской группе, рекомендуется разделять на подгруппы –

«А» и «Б», с целью более дифференцированного подхода к назначению двигательных режимов.

Подгруппа «А» – школьники, имеющие отклонения в состоянии здоровья обратимого характера, ослабленные различными заболеваниями.

Подгруппа «Б» – школьники, имеющие тяжелые необратимые изменения в деятельности органов и систем (органические поражения сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем, печени, высокую степень миопии с изменением глазного дна и др.).

В подгруппе «А» физические нагрузки постепенно увеличиваются по интенсивности и объему – согласно адаптационным и функциональным возможностям организма. Двигательные режимы рекомендуется выполнять при частоте пульса 120–130 уд/мин в начале четверти, постепенно увеличивая интенсивность физических нагрузок в основной части урока и частоту пульса до 140–150 уд/мин к концу четверти.

В условиях аэробного дыхания двигательные режимы выполняются при частоте пульса не более 120 уд/мин в течение всего учебного года, так как по данным физиологов, при данной ЧСС они способствуют гармонической деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, опорно-двигательного аппарата и других органов и систем организма: увеличивается минутный объем крови (за счет систолического объема), улучшается внешнее и тканевое дыхание.

В соответствии с законом Российской Федерации о физической культуре, устанавливающим обязательное увеличение объема часов на занятия физическими упражнениями в общеобразовательной школе, настоящая программа рассчитана на учебный материал в объеме 102 уроков (по 40–45 мин) адаптивной физической культуры в год. Время, выделяемое на различные виды программного материала по адаптивному физическому воспитанию в 1–4-х классах, представлено в *приложении 7*.

Содержание программного материала уроков состоит из двух основных частей: базовой и вариативной.

Освоение базового компонента объективно необходимо для каждого ученика. В специальном медицинском отделении изучение базовых основ физической культуры осуществляется с учетом характера имеющегося заболевания и противопоказаний. Без базового компонента невозможна успешная адаптация к жизни в человеческом обществе. Базовый компонент составляет основу общегосударственного стандарта общеобразовательной подготовки в сфере физической культуры.

Вариативная часть программы физической культуры обусловлена необходимостью учета индивидуальных способностей детей, учета характера заболевания, региональных, национальных и местных особенностей работы школы.

При составлении содержания вариативной части программы учитывался собственный опыт работы с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья, и данные литературных источников последних лет.

Теоретический материал лучше всего давать блоками (проблемами). Сообщения знаний организовать в форме бесед (групповых и индивидуальных)

до, после и в процессе двигательной подготовки и на отдельном теоретическом уроке.

Литература:

1. *Аксенова О.Э.* Материалы к теоретическому и практическому разделам программы по физическому воспитанию студентов специальной медицинской группы: Методические указания. – СПб., 1998.
2. *Аксенова О.Э.* Содержание и организация АФК в профессиональной подготовке студентов высшего учебного заведения: Учебно-методическое пособие. – СПб., 2003.
3. АФК в школе. Начальная школа / Автор-составитель О.Э. Аксенова; Под общей ред. С.П. Евсеева. – СПб., 2003.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебное пособие. В 2 т. Т.1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / Под общ. ред. проф. С.П. Евсеева. – М., 2002.
5. Физическая культура и здоровье: Учебное пособие / Под ред. В.В. Пономаревой.– М.: ГОУ ВУНМЦ, 2001.

3.2. Организация профилактики наркозависимости в образовательном учреждении

Р.С. Бондаревская,

зав. кабинетом профилактики зависимого поведения СПбАППО

Наркомания – одно из наиболее опасных социально обусловленных заболеваний. Особую тревогу вызывает ее распространение среди подрастающего поколения.

Опасность употребления наркотиков в детском и подростковом возрасте заключается в том, что у несовершеннолетних катастрофически быстро формируется установка на дальнейшую наркотизацию и одновременно останавливается личностный рост, деформируются и разрываются социальные связи, нарушаются семейные отношения. Злоупотребление наркотическими веществами неумолимо ведет к ранней инвалидизации и нередко к смерти несовершеннолетних. Более того, до настоящего времени эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий остается крайне низкой, только 5–7% наркозависимых не возвращаются к злоупотреблению наркотиками после прохождения традиционных курсов лечения.

В такой ситуации актуальность педагогической профилактики наркозависимости в образовательном учреждении является бесспорной. Педагогическая профилактика наркозависимости – это предупреждение употребления детьми психоактивных веществ (ПАВ) педагогическими методами. Предупреждение употребления детьми ПАВ достигается в системе образования за счет формирования и усиления защитных механизмов против употребления наркотических веществ и устранение или ослабление провоцирующих механизмов.

Выделяют две группы факторов защиты: внешние и внутренние.

В качестве *внешних факторов защиты* ребенка против употребления наркотиков могут выступать следующие факторы:

1. Правильные стратегии воспитания детей в семье. Защитным фактором является любовь к ребенку и в то же время требовательность к нему, отсутствие в семье традиций употребления ПАВ. В образовательных учреждениях родители

могут получать консультативную помощь по правильным стратегиям воспитания, которую могут оказать педагоги-психологи и социальные педагоги, прошедшие специальную подготовку.

2. Успех ребенка в обучении в школе является защитой, поскольку способствует адекватной положительной самооценке, формированию мотивационно-достижений и перспектив жизни. Уважительное отношение к ученику в школе, справедливое оценивание, обеспечение комфортности обучения способствует осознанию ребенком ценности собственного существования, собственной жизни. Школа способствует организации занятости детей во второй половине дня, формирует развитие негативного отношения учащихся к наркотикам, организует обучение умению отказываться.

3. Сверстники, которые защищают ребенка, помогают ему в трудных ситуациях. Дети отмечают, что друзья – это одна из самых сильных защит в жизни, в том числе от употребления наркотиков. Действия образовательного учреждения, направленные на укрепление товарищеских отношений в классном коллективе, на развитие негативного отношения к употреблению наркотиков в классе, умения обратиться за помощью в трудной жизненной ситуации, являются опосредованной профилактикой наркозависимости.

4. Средства массовой информации. Защиты против употребления ПАВ являются профессионально подготовленные передачи о вреде наркотика и всех его отрицательных последствиях, передачи по формированию социально-одобряемым целям жизни (ценностным ориентациям).

5. Искусство. В роли защиты выступают художественная литература и музыкальные произведения о целях жизни, о духовности, о здоровом образе жизни, о нравственности, о вреде наркотиков.

В качестве *внутренних факторов защиты* ребенка выступают психические образования в четырех сферах психики: интеллектуальной, эмоциональной, волевой, мотивационно-потребностной.

1. В интеллектуальной сфере у ребенка могут формироваться определенные защитные убеждения. Эту роль могут выполнять убеждения о своих целях в двух основных сферах: работа (карьера) и семья. «Я буду успешным специалистом в своей сфере», «Я создам свою счастливую семью», «Я буду иметь детей, которых хорошо воспитаю» и т.п. Отрицательные убеждения по отношению к ПАВ также является защитой: «Курение вредит здоровью», «Алкоголь разрушает мозг», «Я не буду курить», «Я не буду употреблять алкоголь» «Я не буду употреблять наркотики» и т.п.

Кроме того, в психике ребенка могут иметься образы, отталкивающие (защищающие) его от наркотиков: зрительные образы о вреде курения, алкоголя, наркотика и т.п.: например, сигареты и морщинистое лицо человека, бутылка пива и неприятное лицо человека, наркотик и разлагающееся тело человека и т.п.

2. При мысли о наркотиках у ребенка могут возникать защитные эмоции: страх, отвращение, возмущение, злость и т.п. Целью профилактики является сформировать у детей эти отрицательные эмоции к ПАВ. Кроме того, эмоциональная сфера выполняет защитную функцию, если у ребенка в целом преобла-

дают положительные эмоции. Ребенок любит своих родителей, окружающих, эта любовь не позволяет ему совершать противозаконные действия, включая употребление ПАВ. Важно, если ребенок умеет преодолевать злость, подавленность, уныние.

3. У ребенка имеются не только убеждения, но и желания достигнуть успеха в профессиональной сфере и в семейной жизни. Эти желания или потребности базируются на зрелых убеждениях, направляют ребенка в жизни, не позволяют ему отклоняться от намеченного пути, в том числе не позволяют наркотикам сбить его с пути.

4. У ребенка развита воля, он может преодолевать трудности в жизни, с которыми он встречается. Когда ребенку трудно, то он не обращается к ПАВ, чтобы снять с себя отрицательные состояния, а терпением преодолевает их. Воля дает силы ребенку отказываться от ПАВ, когда ему их предлагают.

Семья, школа, сверстники, СМИ, искусство, могут выступать и в качестве провокаторов употребления подростками наркотических веществ, ослабляя их внутренние механизмы защиты. Это происходит, когда указанные выше здоровьесозидающие факторы игнорируются.

Педагогическая профилактика может быть общей и специальная.

Общая педагогическая профилактика – создание условий в образовательном учреждении, препятствующих употреблению наркотических веществ, усиление факторов защиты и снижение факторов риска. Общей профилактикой могут заниматься весь педагогический коллектив образовательного учреждения.

Специальной педагогической профилактикой могут заниматься специалисты, прошедшие подготовку и имеющие соответствующий сертификат, определяющий категорию реципиентов и содержание профилактики. Специальную профилактику можно выделить трех уровней: первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика направлена на всех детей. Детям необходимо дать сведения о вреде употребления ПАВ и научить отказываться, если эти вещества будут им предложены. При этом необходимо учитывать, что нельзя развивать интерес у детей к наркотикам, работа по первичной педагогической профилактике должна быть строго дозированной.

Вторичная профилактика проводится с детьми, нуждающимися в психолого-педагогической помощи: подвергающимся унижению со стороны сверстников, с низкой мотивацией, находящихся в трудных жизненных ситуации.

Третичная профилактика проводится с детьми, которые уже пробуют курить, употреблять алкоголь, экспериментируют с токсическими веществами, с другими наркотиками.

При разработке программы профилактики в образовательном учреждении необходимо учитывать следующие принципы:

1. *Комплексность*. В образовательном учреждении должна осуществляться общая и специальная педагогическая профилактика. В программе должна быть отражена работа со всеми участниками образовательного процесса, программа должна быть рассчитана на детей всех возрастов, начиная с детского сада и до

старшей школы. Профилактика должна проводиться по отношению ко всем психоактивных веществ, включая употребление табака, алкоголя и летучих наркотических веществ. Одним из важных условий реализации программы является разработка технологий профилактики.

2. *Компетенция.* Специальную профилактику может проводить специалист, получивший сертификат, в котором отмечается сфера его компетенции: с какой категорией он работает, в какой области профилактики.

3. *Методическая обеспеченность.* Для выполнения профилактических мероприятий необходимо создать условия: подготовить кадры и обеспечить их необходимыми методическими материалами.

4. *Долгосрочность программы.* Программа предполагает работу с детьми в течение нескольких лет, краткосрочные мероприятия являются неэффективными.

5. *Сертифицированность специальных программ.* В специальных профилактических программах должны использоваться хорошо проверенные, стандартизированные методы с детальным планом занятия и дидактическим материалом.

6. *Использование активных методов специальной профилактики* (моделирование ситуаций, ролевые игры, дискуссии, обратная связь, подкрепление и т.п.).

7. *Профилактика через эффективный образовательный процесс.* Профилактика может эффективно осуществляться прежде всего через образовательный процесс: содержание и педагогические технологии.

8. *Профилактика во второй половине дня.* Программа охватывает различные сферы деятельности учащегося во второй половине дня: через различные кружки, систему самоуправления, специальные психологические занятия.

Ошибки профилактики.

Ошибка 1. Рассказ в лекциях о наркотиках, какие они бывают и какой эффект вызывают наркотики.

Одной из самых распространенных форм профилактической работы является лекция, сообщение или рассказ о наркотиках. Цели ставятся гуманные, рассказать детям о наркотиках, об их последствиях. При этом нередко в начале лекции описываются те привлекательные состояния, которые получают экспериментаторы в самом начале применения наркотика. После этого в лекциях рассказывается о негативных последствиях употребления наркотика.

Однако результаты такого подхода негативны. Некоторые ученики концентрируются на привлекательных эффектах употребления наркотиков. У них появляется желание испытать эти состояния. Таким образом, не желательно в лекциях акцентировать внимание детей на причинах употребления наркотика, так как они на этом материале знакомятся с ситуациями, в которых люди чаще всего начинают употреблять наркотик. Не желательно в лекциях выяснять, что дети знают о наркотиках. Если некоторые из них мало что знали о наркотиках, то на этих лекциях они узнают о них, и нередко узнают привлекательную сторону. Иногда в результате таких лекций дети начинают интересоваться нарко-

тиком и даже их пробовать. Несмотря на всю опасность лекций, детей необходимо просвещать обо всех негативных последствиях употребления наркотиков.

Ошибка 2. Предъявление альтернативной информации (защита разных точек зрения).

В некоторых руководствах предлагается в дискуссионной форме обсудить проблему наркотика. Одна команда описывает привлекательные стороны употребления наркотика, другая команда доказывает отрицательные стороны. Цель занятия сводится к тому, чтобы отрицательные стороны наркотиков повлияли на мнения детей о наркотиках.

Однако те, кто доказывает привлекательные стороны употребления наркотика, сами начинают (прежде всего, бессознательно) верить в истинность своих аргументов, в то, что наркотики имеют привлекательные стороны. Некоторые слушатели, воспринимающие эту дискуссию, получают информацию о привлекательных воздействиях наркотика, и у них возникает желание попробовать, испытать эти состояния. Этот прием рекомендуется использовать с интеллектуальными взрослыми реципиентами, при этом учитывается опасность (важность, сложность) обсуждаемой проблемы. Практиковать этот прием с теми, кто не употребляет наркотик, является весьма рискованным занятием.

Ошибка 3. Тренинг умения говорить «нет».

Двое или трое участников тренинга уговаривают кого-то что-то сделать: взять сигарету, выпить спиртное и даже практикуются ситуации со шприцем. Предлагается взять шприц и ввести себе дозу. При этом разработчики ставят благую цель перед занятием: научить того, кого уговаривают, противостоять давлению окружающих, обучить его техникам отказа.

Для данного участника это занятие действительно может быть полезным при соблюдении дозировок информации. Однако для других участников может быть эффект занятия совершенно отрицательным. Когда слушатели ищут аргументацию для достижения своих целей (уговорить покурить, выпить, уколиться и т.п.), то в когнитивной сфере у них могут происходить изменения оценочных суждений. Они сами начинают убеждаться в этих аргументах. У них может быть изменение оценочных суждений в сторону того, которое они защищают. Таким образом, обучая одного умениям противостоять давлению, мы подталкиваем двух других к экспериментированию с ПАВ.

Ошибка 4. Участие в профилактической работе неавторитетного лица.

Неавторитетное лицо не способствует принятию того, что он говорит. Если детям кто-то из неавторитетных преподавателей говорит, что наркотик – это плохо, то ему дети не верят. Если потом кто-то из авторитетных специалистов начнет убеждать ребят в этом же самом, то потребуются уже больше усилий для формирования соответствующего оценочного суждения.

Ошибка 5. Отторгаемый, враждебный коммуникатор.

Если детям о вреде курения говорит коммуникатор, к которому у реципиента враждебное чувство, то может быть эффект бумеранга. Реципиент делает наоборот. Встречаются ситуации, когда дети начинают употреблять наркотик как месть своим близким.

Ошибка 6. Предъявление фильмов по профилактике большой аудитории (более 12 человек). В такой ситуации дети переговариваются, шумят. Некоторые плохо видят и слышат, так как далеко сидят. Эффект фильма сводится на нет. Просмотр фильма одновременно двумя, тремя классами не является эффективным методом профилактики.

Ошибка 7. Коммуникативная среда. Иногда предъявляется фильм по профилактике, направленный на формирование чувства защиты (страха, тревоги, боязни и т.п.). Однако в аудитории яркий свет, даже может быть солнечный, далеко телевизор, впереди сидят друзья, в такой ситуации не может быть получен большой эффект.

Ошибка 8. Внушающие эффекты. В некоторых программах авторы применяют крайние, однозначные оценочные суждения (например, «Сейчас во всех школах продается наркотик», «Почти все школьники пробуют наркотик» и т.п.). Истинность суждений ни кем не установлена, однако они вселяют чувство безысходности в слушающих и подавляют их способность противостоять распространению наркотиков.

Желательно избегать крайних суждений, либо адаптировать их к соответствующей аудитории.

Рекомендуемые формы информационного обмена между специалистами образовательного учреждения в процессе организации профилактики и психолого-педагогической коррекции зависимого поведения учащихся представлены в *приложении 8*.

Литература:

1. *Ананьев В.А., Малыгина Я.В., Васильев М.А.* Концептуальные основы системной профилактики девиантного поведения. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2003.
2. *Колеченко А.К.* Профилактика наркозависимости в системе образования: Методические рекомендации организаторам профилактики наркозависимости. – СПб.: СПбГУПМ, 2001.
3. Проект Инструкции по межведомственному взаимодействию органов государственной исполнительной власти, органов управления и учреждений системы органов противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту Санкт-Петербурга в профилактике наркомании.

3.3. Модель социально-педагогической технологии профилактики и реабилитации девиантного поведения

С.А. Косабуцкая, к.п.н.,
доцент кафедры педагогики
социального творчества СПБАППО

Девиантное поведение – устойчивое поведение личности, отклоняющееся от каких-либо норм, причиняющее реальный вред личности или обществу.

Девиантное поведение может быть разделено на три условных группы:

1. *Саморазрушительное – разрушительное* – это поведение, отклоняющееся от медицинских и психологических норм, угрожающее здоровью и развитию личности. Может проявляться в следующих формах: физические и психические нарушения, агрессивное поведение (невербальная агрессия), зависимое или аддиктивное (химическая зависимость – токсикомания, курение, наркозависи-

мость, лекарственная, алкогольная; пищевая зависимость – переедание, голодание, отказ от еды; гэмбинг – поведение связанное с азартными играми), суицидальное поведение – суицидальные акты сознательные и провокационные.

2. *Аморальное – асоциальное* – отклонение от морально-нравственных норм, непосредственно угрожающее благополучию межличностных отношений. Данное поведение может проявляться в следующих формах: педагогически запущенный ребенок (имеет отставание по ряду предметов школьной программы, сопротивляется педагогическим воздействиям, дерзит учителям и родителям, негативно относится к учебе); социально-запущенный ребенок или социальный сирота (отчуждение от семьи и школы, плохо учится, не сформированы полезные навыки и умения); дети группы риска (более других подвержены внешним неблагоприятным воздействиям общества и его криминальным элементам); трудновоспитуемые дети (не восприимчивы, сопротивляются педагогическому воздействию учителей и родителей); дети улицы, беспризорники, уличные дети (любой несовершеннолетний, для которого улица стала обычным местом пребывания, решения проблем, защиты); школьная дезадаптация (нарушение взаимоотношений со школой, учителями, неуспеваемость, не дисциплинированность, грубость, лживость).

3. *Антисоциальное – эгоистическое* – это поведение, которое противоречит правовым нормам, угрожает социальному порядку и благополучию окружающих людей. К этому виду поведения можно отнести делинквентное поведение (действия подростка (до 14 лет), отклоняющиеся от правовых норм, принятых в данном обществе, уголовно не наказуемые), правонарушение (поступки против интересов общества, моральных, личных интересов), агрессивно-насильственное (вандализм, поджоги, агрессивно-садистские действия), корыстное поведение (мелкие кражи, вымогательство, собирание милостыни, угон автотранспорта).

К социально-экономическим причинам возникновения девиантного поведения можно отнести: разрушение института семьи; отсутствие у подростков жизненных перспектив; плохая организация досуга; целенаправленное «подсаживание на иглу» подростков взрослыми наркоманами.

К социально-психологическим причинам возникновения девиантного поведения можно отнести: нарушение отношений «родители – дети», вовлеченность в группу сверстников, употребляющих наркотики; асоциальное поведение; дезадаптированность к учебному процессу; личностные характеристики.

К биологическим причинам возникновения девиантного поведения можно отнести: патологию беременности и осложненные роды, тяжелые и хронические заболевания, сотрясения мозга, алкоголизм или наркомания у родителей, психические заболевания у кого-либо из близких родственников.

Модель социально-педагогической технологии профилактики и реабилитации девиантного поведения состоит из следующих этапов.

1 этап – диагностический.

Главная цель и задачи диагностики заключаются в выявлении специфики и проблем в отношениях ребенка с социумом. Логика осуществления диагностики включает в себя следующие *подэтапы*:

1. Определение и обобщение фактов, свидетельствующих о проявлениях девиантного поведения и попытка определения на их основе типа девиантного поведения:

- выявление причин девиантного поведения ребенка, связанных с не сформированностью и неадекватностью отношений к самому себе: уровень мотивации к различным видам деятельности, желаний и целей ребенка – «Чего я хочу?», т.е. отношение к саморазвитию, самосовершенствованию, активность и устремленность в самостоятельном достижении цели в работе над собой);
- уровень готовности ребенка к решению проблем («Что я могу?», т.е. индивидуальные особенности, возможности ребенка, его позитивный потенциал);
- уровень страхов, тревожности («Чего я боюсь? Что мешает мне?», т.е. индивидуальные отклонения в развитии и самореализации ребенка, особенности развития ребенка).

3. Выявление причин девиантного поведения ребенка, связанных с не сформированностью и неадекватностью отношения к различным субъектам окружающего социума:

- уровень принятия внешних требований («принятия – отчуждения») тех или иных субъектов социума (родители, педагоги, сверстники) и их требований;
- уровень адаптивности (адаптивность – не адаптивность) в той или иной среде (школа, сверстники, социум);
- уровень толерантности (конфликтность – толерантность).

4. Выявление круга проблем, решение которых будет способствовать восстановлению отношений «человек – социум» и преодолению девиантного поведения ребенка,

5. Анализ возможностей решения выявленных проблем в процессе реабилитации и профилактики.

Диагностика может восстановить «историю», приведшую ребенка к девиации; какие факторы спровоцировали актуальное состояние ребенка; какая часть микросреды оказалась наиболее несостоятельной в ее положительных воздействиях на ребенка; является ли влияние перечисленных факторов многоплановым, многосторонним, интенсивным, длительным, и на какой период развития ребенка падают эти воздействия; как ребенок реагирует на позитивное, негативное или дезинтегрирующее влияние микросреды, какова его сопротивляемость; исследование внутренней среды: мотивы, ценности, Я-концепция, самооценка.

На диагностическом этапе используются следующие методы и приемы сбора информации: наблюдение, беседа, анкетирование, интервью (свободное, фокусированное, формализованное, стандартизированное, с открытыми вопросами), методы экспертной оценки, параметрический метод, методы оценки эффективности, тестирование, биографический метод, методы арт-терапии.

II этап – проектировочно-деятельностный.

На этом этапе происходит проектирование и осуществление деятельности по преодолению девиантного поведения. На основе анализа диагностических данных выявляется общее направление реабилитации и профилактики, формулируются общие цели и конкретные задачи. Происходит подбор целесообраз-

ных средств (природы, культуры, искусства, социума), направленный на формирование, восстановление или компенсацию функций ребенка, которые являются реализацией его личностных отношений во взаимодействии с другими субъектами социальной жизни. Идет поиск возможных субъектов реабилитации, способных осуществлять целесообразную реабилитационную деятельность, определяется профессия и характер деятельности реабилитолога (медицинская, психологическая, социальная).

Проектировочный этап включает в себя следующие *подэтапы*:

1. Определение основных изменений в поведении ребенка.
2. Определение основных изменений в отношениях с самим собой.

Этот подэтап предполагает:

- сглаживание (ликвидация) локальных эмоциональных расстройств (возбудимость, страхи, эмоциональная неустойчивость);
- восстановление и развитие отдельных интеллектуальных функций;
- формирование положительной мотивации и усвоение норм и правил поведения, соответствующих ролевым позициям, обусловленных системой социальных отношений, в которую включается ребенок;
- развитие навыков психической саморегуляции способности к волевым условиям;
- формирование адекватного отношения к собственному «Я», своим возможностям;
- развитие положительных склонностей и способностей, формирование адекватной самооценки;
- формирование или изменение личностных состояний: расширение круга интересов, формирование социально-ценностных ориентаций, потребностей, чувств, развитие коммуникативных навыков;
- восстановление статуса ученика;
- воспитание социальной ответственности ребенка за свой успех в жизни, повышение активности ребенка.

3. Определение основных изменений в отношениях к миру. Этот под-этап предполагает:

- переход от негативного отношения ребенка к окружающей действительности к позитивному;
- приспособление по том или ином уровне к условиям внешней среды,
- стимулирование социальной активности;
- расширение и укрепление социально-значимых связей, включение в различные виды деятельности в социально-приемлемых формах;
- восстановление общности интересов и потребностей ребенка с первичным коллективом, семьей и средой неформального общения, преодоление культурных ограничений в поведении ребенка.
- оптимизация взаимодействия в диаде «ребенок – родитель», «ребенок – учитель», взаимоотношений в семье, школе, социуме;
- оптимизация уровня коммуникативной деятельности в целом.

4. Определение основных видов деятельности, в которые будет включен ребенок. Данный подэтап предполагает:

- разрушение единства ребенка с неблагоприятной для него средой;
- изменение среды, в которой у ребенка появляются нежелательные формы поведения или реагирования.
- по возможности устранение внешние травмирующие ребенка факторы, приводящие к девиации, либо создаются условия для изменения отношения ребенка к этим обстоятельствам,
- создание благоприятной, положительной среды; создание таких условий, при которых ребенок поверил бы в свои силы, способности;
- создание условий для личностного развития и психических преобразований,
- создание «поля возможностей» личности, помогающего обнаружить и раскрыть «скрытые резервы ребенка».
- создание с учетом возрастной специфики и индивидуальных отличий ребенка, таких условий, которые бы обеспечивали наилучшие формы прохождения жизни.

Ребенок может быть включен в следующие виды деятельности: обучение, общение, игровая, арт-педагогическая, коллективно творческое дело.

5. Методы осуществления проекта:

- коррекция активно-волевых дефектов, страхов, навязчивых мыслей и действий, самокоррекция, самоубеждение, внушение, самовнушение, самораскрытие, релаксация;
- коррекция через труд, рациональную организацию детского коллектива, экскурсии, спортивные соревнования, конкурсы, практикумы, организацию совместного досуга через клубы по интересам, праздники, походы, яркий эмоциональный рассказ, книжно-иллюстрированная выставка, реклама деятельности кружков и секций, монологическое изложение научных данных и фактов педагогом, самостоятельная работа с книгой, викторины, олимпиады;
- семейное и индивидуальное консультирование, беседа, убеждение, тренинги, поощрение, наказание, стимулирование, внушение, требование, пример, включение в новую ситуацию, установление логических взаимосвязей, конкретное пожелание, парадоксальная инструкция, эмоциональное заражение, переоценка, ролевое проигрывание, социальные пробы, позитивный настрой;
- круглые столы, патронаж, деловые и ролевые игры, диспут, семинары;
- включение в учебный процесс различных видов терапий (живописитерапия, музыкотерапия, сказкотерапия, ароматерапия, смехотерапия, флоротерапия, трудотерапия и т.п.), беседа, консультирование, наблюдение.

III этап – вторичная диагностика.

На данном этапе происходит выявление:

1. Насколько изменилось представление ребенка о самом себе («Чего я хочу?», «Что я могу?», «Чего я боюсь? Что мне мешает?»).
2. Как изменилось отношение ребенка к миру на биологическом, морально-нравственном и социальном уровнях?
3. Определение круга проблем, которые ребенок стал удачно решать. Определение круга проблем, которые ребенок решать не может, не научился, не хочет или не готов к их решению.

4. Определение особенностей поведения ребенка в ситуациях, которые порождали девиантное поведение.

По окончании работы педагог оценивает, насколько эффективно решены проблемы ребенка. Возможны два случая:

- специалист положительно решает проблему ребенка. На этом этапе его деятельность прекращается.
- специалист не смог или частично решил проблему ребенка. Необходимо выяснить, на каком этапе были допущены ошибки или возникли неопределенные препятствия, и произвести корректировку деятельности. После этого необходимо вернуться к решению проблемы.

Литература:

1. Василькова Ю.В., Василькова Т.А. Социальная педагогика: Курс лекций. – М., 2001.
2. Гордеева В.А. Реабилитационная педагогика в общеобразовательном контексте. – М., 2002.
3. Змановская Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения). – М., 2003.
4. Методика и технологии работы социального педагога. – М., 2002.

3.4. Зачем делать прививки? (беседа для родителей)

*С.В. Рычкова, к.м.н., доцент, главный детский специалист
Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга
по профилактической и оздоровительной работе
в образовательных учреждениях*

Многие века тысячи человеческих жизней уносили инфекционные заболевания. Вспышки заболеваний получили название эпидемий (от греческого «эпи» – на, «демос» – народ). На Руси наши предки подобные заболевания называли словом «мор». Не зная истинных причин губительных эпидемий, их рассматривали как кару духов или богов за нарушение различных запретов, как проклятие, сглаз или порчу. Прошли столетия, прежде чем наукой были выделены микробы и определена их болезнетворная сущность. День, когда голландец Антони Ван Левенгук (1663–1723) с помощью линз открыл новый неизвестный мир «забавных зверушек-анимакулей», можно считать днем зарождения микробиологии. Однако задолго до европейцев древние китайцы и индусы не только изолировали инфекционных больных, но и владели некоторыми практическими навыками активной профилактики, например, пропитывали одежду выделениями из оспенных пустул, просушивали и надевали на детей, чтобы вызвать у них легкую форму заболевания и последующую невосприимчивость к нему. В 18 веке английский врач Эдвард Дженнер стал вакцинировать людей коровьей оспой, чтобы защитить их от тяжелой натуральной оспы. В 1779 г. он основал первый в мире оспопрививальный пункт, таким образом было положено начало научному походу к активной иммунизации. Первая вакцинация в России была проведена мальчику Антону Петрову в московском воспитательном доме. Вакцина была получена из Англии от Э. Дженнера. После этого события особым указом воспитанника Петрова переименовали в Вакцинова. Эра

вакцинации в медицине наступила позже, когда спустя почти 100 лет французским микробиологом Луи Пастером проведена не только успешная вакцинация против бешенства, но и обоснован метод специфической иммунизации для профилактики инфекционных болезней. Все это оказалось возможным благодаря тому, что Пастер предложил методику аттенуации возбудителей (снижения их болезнетворных свойств) на специальных средах. В 1887 г. в Париже был открыт институт вакцин и сывороток, который назван именем Луи Пастера. К концу 20 века появилась возможность предотвращать развитие более 40 инфекционных заболеваний. В настоящее время в мире производится более 100 различных вакцин. С каждым годом их ассортимент расширяется.

Прививки (иммунизация, вакцинация) – создание невосприимчивости к инфекционным болезням путем предварительного введения в организм человека вакцин или анатоксинов. Вакцины содержат убитые или ослабленные бактерии/вирусы, в ответ на введение которых организм вырабатывает против них специфические защитные вещества – антитела. Анатоксины – это обезвреженные специальными методами микробные токсины (яды). Активный искусственный иммунитет (естественный иммунитет развивается после перенесенных заболеваний) возникает в среднем через 2–3 недели после завершения вакцинации и сохраняется месяцами и даже годами, для поддержки выработки защитных антител проводятся ревакцинации. Человеческий организм способен вырабатывать защиту против нескольких инфекционных факторов одновременно, что позволило создать поликомпонентные вакцины (например, дифтерия, коклюш, столбняк), и что значительно сокращает количество проводимых прививок. В каждой развитой стране существует календарь профилактических прививок, которые являются обязательными для населения, это так называемые плановые прививки. Есть прививки по эпидемиологическим показаниям, например при вспышке каких-либо болезней (гепатит А, клещевой энцефалит), или при выезде в другие страны для предупреждения заражения тропическими инфекциями и т.д.

Новый национальный календарь профилактических прививок в России утвержден приказом Минздрава РФ № 229 от 27.06.2001г. (см. таблицу в *приложении 9*).

Как видно из таблицы, календарь прививок стал более напряженным, и самая значимая часть формирования защиты приходится на детей младшего возраста. Проведение прививок у маленьких детей связано с тем, что именно эта группа населения больше всего подвержена инфекционным заболеваниям. Сегодня, к сожалению, приходится сталкиваться с мнением, что прекрасно можно прожить без прививок, что они вредны и это приводит к отказам от вакцинации. Действительно, сразу малыш может и не заболеть, поскольку до 3–4 месяцев его защищают антитела, полученные от матери, если мама кормит ребенка грудью, то она и с молоком передает защитные компоненты, кроме того ребенка окружают привитые люди. К сожалению, за последние годы процент привитого населения стало меньше, появились вспышки заболеваний. Как только малыш или непривитой ребенок старшего возраста сталкивается с инфекцией, он заболевает, и тут-то гарантировать выздоровление или даже жизнь очень слож-

но. В 21 веке в России вследствие отказа от прививок есть смертельные случаи дифтерии у детей и взрослых, после перенесенного полиомиелита дети остаются обездвиженными, перенесенная мальчиком свинка (паротит) может привести к бесплодию, коклюш – к пневмонии, вирусный гепатит В – к циррозу печени. Да, могут заболеть и привитые дети и взрослые, но болезнь в этих случаях протекает намного легче и не оставляет тяжелых изменений. Сегодня профилактические прививки проводятся как в поликлиниках, так и в специальных прививочных центрах. Вся информация о проведенных вакцинациях заносится в специальный сертификат и в амбулаторную карту. Эти сведения обязательно предоставляются при зачислении ребенка, дошкольное учреждение или школу.

Как же подготовить ребенка к прививке? Несколько простых рекомендаций. Нужно знать и помнить, что прививка делается только здоровым детям. Если ребенок перенес простудное заболевание или у него было обострение хронической болезни, то прививка делается не ранее чем через месяц после перенесенного заболевания. Чтобы хорошо вырабатывался иммунитет, должны быть хорошие показатели крови (на фоне анемии прививать ребенка нельзя). Не рекомендуется делать прививки при выявленных глистно-паразитарных заболеваниях (лямблиоз, аскаридоз, энтеробиоз и др.), поскольку наличие паразитов у же свидетельствует о сниженном иммунитете и при проведении прививки в этом случае не вырабатывается достаточная иммунная защита. Нельзя делать прививки в период акклиматизации, особенно при резкой перемене климата, лучше подождать 2–3 недели. В любом случае перед прививкой ребенка должен осмотреть врач, оформить заключение о состоянии здоровья и допуск к прививке, только после этого можно проводить вакцинацию. Введение вакцины в организм ребенка сопровождается развитием вакцинального процесса, который, как правило, протекает бессимптомно. Однако у некоторых детей могут развиваться прививочные реакции (общих и местных). К местным реакциям относят покраснения и припухлость в месте инъекции. При общей реакции возможно повышение температуры, ухудшение самочувствия, возможно появления симптомов, напоминающих болезнь, от которой проводится прививка. Обо всех прививочных реакциях (слабых и выраженных) необходимо сообщать врачу, тогда при следующей прививке возможно проведение специальной подготовки или выбирается другая вакцина. Если у ребенка хроническое заболевание, аллергия или он часто болеет, что привело к изменению сроков проведения прививок, то в этом случае ребенок прививается по индивидуальному графику.

В целом противопоказания к вакцинации делят на абсолютные и относительные. К абсолютным противопоказаниям относят: текущее заболевание с температурой выше 38°C; тяжелые состояния при различных заболеваниях. Кроме того, при ранее выявленных реакциях на прививку в виде повышения температуры тела до 40°C и выше и/или покраснение, уплотнение в месте инъекции 8 см и более на ранее введенную дозу (относится ко всем вакцинам), первичные иммунодефицитные состояния, злокачественные опухоли, беременность – противопоказано введение живых вакцин. Если у ребенка были судороги или имеется прогрессирующее заболевание нервной системы, нельзя вводить адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин (АКДС). При ранее от-

меченных аллергических реакциях на введение антибиотиков – неомицина, полимиксина, гентамицина, (анафилактический шок, отек или «ожоговая реакция» в месте введения) нельзя вводить вакцину против кори, краснухи, эпидпаротита, поскольку перечисленные антибиотики являются компонентами этих вакцин. При относительных противопоказаниях плановая вакцинация откладывается до исчезновения острых проявлений заболевания (кашля, насморка, повышенной температуры тела) или до стихания обострений хронических заболеваний. При легких формах простудных заболеваний или кишечных инфекций сегодня разрешено вакцинировать ребенка сразу после нормализации температуры тела.

В заключение необходимо напомнить, что болезнь проще предупредить, чем вылечить, а за состояние своего здоровья отвечаем мы сами, за здоровье детей до 15 лет – родители. Таким образом, своевременное проведение прививок позволяет сократить не только заболеваемость, но что особенно важно и детскую смертность.

3.5. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью

*Л.С. Чутко, д.м.н.,
заведующий центром нейротерапии
Института мозга человека РАН*

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) представляет большую социальную проблему, так как встречается у достаточно большого количества детей. По мнению большинства отечественных и зарубежных исследователей, это заболевание встречается у 5–10% детей в популяции, при этом в 3–4 раза чаще встречается у мальчиков. Дети и подростки, страдающие СДВГ, отличаются неусидчивостью, отвлекаемостью, гиперактивностью, импульсивностью, низкой успеваемостью. Ранее данное заболевание было принято называть минимальной мозговой дисфункцией (ММД).

В происхождении СДВГ играют роль генетические механизмы, неблагоприятные факторы в течение беременности и родов (недоношенность, хроническая внутриутробная гипоксия плода, внутриутробные инфекции), психосоциальные факторы.

Диагностика СДВГ осуществляется на основе диагностических критериев DSM-IV (1994).

Признаки заболевания:

Особенности поведения:

- появляются до 7 лет;
- обнаруживаются по меньшей мере в двух сферах деятельности (в школе, дома, в труде, в играх);
- не обусловлены психотическими, тревожными, аффективными, диссоциативными расстройствами или психопатиями;
- вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию.

1. *Невнимательность* (из перечисленных ниже признаков минимум шесть должны сохраняться не менее шести месяцев):

- неспособность выполнить задание без ошибок, вызванных невозможностью сосредоточиться на деталях;
- неспособность вслушиваться в обращенную речь;
- неспособность доводить выполняемую работу до конца;
- неспособность организовать свою деятельность;
- избегание нелюбимой работы, требующей усидчивости;
- потери предметов, необходимых для выполнения заданий (письменные принадлежности, книги и т.д.);
- забывчивость в повседневной деятельности;
- отвлекаемость на посторонние стимулы.

2. *Гиперактивность и импульсивность* (из перечисленных ниже признаков минимум четыре должны сохраняться не менее шести месяцев). Ребенок:

- суетлив, не может сидеть спокойно;
- вскакивает с места без разрешения;
- бесцельно бегает, ерзает, карабкается в неадекватных для этого ситуациях;
- не может играть в тихие игры, отдыхать;
- выкрикивает ответ, не дослушав вопрос;
- не может дождаться своей очереди.

В дошкольном возрасте основным проявлением заболевания является гиперактивность. Появление основных жалоб при СДВГ относится к младшему школьному возрасту. В этом возрасте проявляется проблема с сохранением внимания или способностью продолжать выполнение задания, пока оно не будет выполнено. Учителя и родители отмечают, что дети чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий. Эти проявления обуславливают школьную дезадаптацию и низкую успеваемость детей с СДВГ, несмотря на достаточно высокий интеллект. Навыки чтения и письма у детей с СДВГ ниже, чем у сверстников

В 50–80% случаев клинические проявления СДВГ переходят в подростковый возраст. Повышенная двигательная активность в этом возрасте может сменяться внутренним ощущением беспокойства. В подростковом возрасте на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью. Эмоциональное развитие подростков с СДВГ, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, заниженной самооценкой. В этом периоде нарастают семейные и школьные трудности.

Необходимо отметить то, что подростки, страдающие СДВГ, входят в группу риска по развитию аддиктивных расстройств: алкоголизма и наркоманий. Подростки с СДВГ в четыре раза чаще попадают под арест, чем их здоровые сверстники. У девочек-подростков СДВГ чаще встречаются незапланированные беременности.

Выделяют СДВГ с преобладанием гиперактивности, СДВГ с преобладанием невнимательности и комбинированный тип заболевания. Последний тип является наиболее распространенным.

Родителям детей, страдающих СДВГ, рекомендуется обратиться к врачу-неврологу. Необходимо помнить, что все лечебно-диагностические мероприятия должны проводиться в присутствии родителей (а не бабушек). Лучше обра-

таться в специализированный центр, где можно провести комплексное обследование, включающее в себя электроэнцефалограмму и специальные психофизиологические тесты. Цель такого обследования, объективно определить степень нарушения у ребенка, дифференцировать «настоящие» проявления СДВГ от проблем, вызванных дефектами воспитания. В нашем городе специализированным центром по диагностике и лечению СДВГ является Центр нейротерапии в Институте мозга человека.

Общепринятым является положение, согласно которому лечение СДВГ должно быть комплексным, т.е. включать как медикаментозную терапию, так и психотерапевтические методы. Необходимо помнить, чтобы избежать появления выраженных коморбидных поведенческих нарушений, лучше начинать лечение в дошкольном или младшем школьном возрасте, чем в подростковом возрасте.

Для изменения (модификации) поведения детей используются методы поведенческой психотерапии, основанные на оперантном подходе (оперантном обусловливании). Главным принципом такой терапии является применение вознаграждения (материального подкрепления) ребенка за требуемое поведение и наказания за неправильное. Родители должны сформировать систему поощрений. Дети с СДВГ постоянно нуждаются в оперативной, ясной, понятной и однозначной информации о впечатлении, которое производит их поведение.

Ребенок под руководством родителей может вести дневник, в котором отмечает частоту конфликтов с окружающими, ситуативные условия, последствия своих действий. На наш взгляд, такая методика более эффективна у детей младшего школьного возраста. Использование этого метода позволяет формировать предвидение возможных последствий своего поведения.

Другой крайностью по отношению к таким детям является вседозволенность, поэтому родители должны объяснять ребенку правила поведения.

В России для лечения СДВГ традиционно применяются ноотропные средства, основным проявлением действия которых является улучшение процессов обучения и памяти при их нарушениях. Кроме этого для лечения детей используется воздействие очень слабым электрическим током на определенные зоны мозга – транскраниальная микрополяризация. Такое лечение позволяет уменьшить проявления функциональной незрелости головного мозга, лежащей в основе СДВГ. Существует еще один способ лечения СДВГ – метод обратной связи, позволяющий мозгу самому найти оптимальный способ работы и улучшить внимание: поскольку у детей мозг достаточно пластичный, его можно «обучить» правильно функционировать. В игровой форме с помощью компьютерной техники, ребенку предлагается сознательно или бессознательно найти пути улучшения работы мозга.

В школе место гиперактивного ребенка за первой партой – перед глазами учителя. Рекомендуется включение нескольких минут активного отдыха в режим урока.

Литература

Чутко Л.С. Школьная дезадаптация в клинической практике детского невролога: Учебно-методическое пособие. – СПб., 2005.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Примерная форма оценки школьного расписания⁸

1. Укажите количество: классов начальной школы _____; классов основной и средней школы: _____.

2. Укажите количество кабинетов, задействованных в учебном процессе: _____.

3. Укажите наличие шкалы приемлемости для своего образовательного учреждения:

а) имеется;	б) не имеется;	в) используется стандартная шкала.
-------------	----------------	------------------------------------

4. Оцените наличие учета особенностей данной или другой шкалы в расписании:

а) в основном учтены;	б) в основном не учтены.
-----------------------	--------------------------

5. Оцените равномерность распределения уроков для разных классов:

а) равномерное;	б) неравномерное;
	количество необоснованных 7 и более уроков: при пятидневке – ____;
	при шестидневке – _____.

6. Оцените начало учебного дня (все классы начинают учебу с первого урока):

а) да;	б) нет;
	количество классов, начинающие учебу:
	с 2-го урока ____; с 3-го урока ____;
	с 4-го урока ____; с 5-го урока ____.

7. Оцените наличие в расписании чередование предметов разной направленности и сложности:

а) в основном соблюдается;	б) в основном не соблюдается.
----------------------------	-------------------------------

8. Оцените учет в расписании недельной динамики работоспособности учащихся:

а) в основном учитывается;	б) в основном не учитывается.
----------------------------	-------------------------------

9. Количество учителей, работающих в средней школе: _____; из них: совместителей _____; в начальной школе _____.

10. Укажите количество учителей, имеющих нагрузку: _____.

⁸ Выберите нужный ответ или укажите количество.

а) до 18 ч./нед. ____; б) от 18 до 27 ч./нед. ____; в) от 28 ч. и выше ____.

11. Оцените рациональность расстановки уроков для учителей:

а) в основном да, рациональная («окон» нет или имеется одно в неделю); б) в основном не рациональная, в неделю имеется «окон»: 1) 2–3 у _____ (кол-во) учителей; 2) 4 и более у _____ (кол-во) учителей.

12. Укажите максимальное количество уроков у учителей в день:

а) до 4-х уроков – у _____ % учителей; б) 5 и 6 уроков – у _____ % учителей; в) 7 уроков и более – у _____ % учителей.

13. Укажите количество учителей, имеющих методический день:

а) с нагрузкой до 24 часов в неделю _____ %; б) с нагрузкой от 25 до 30 часов в неделю _____ %; в) с нагрузкой более 30 часов в неделю _____ %.

14. Дайте комплексную оценку расписания:

Оценка расписания	Варианты ответов на пункты
Хорошо	3а, 4а, 5а, 6а, 7а, 8а, 11а, доминирование 12а и 12б, доминирование 13а
Удовлетворительно	3а и 3в, 4а, 5а, 6а, 7а или 7б, 8а или 8б, 11а, доминирование 11б1, 12а, 12б, 13а, 13б
Неудовлетворительно	3б, 4б, 5б, 6б, 7б, 8б, 11б2, 12б, 12в, 13б, 13в.

Компоненты здоровьесозидающей направленности урока

Направленность урока	Деятельность учителя	Возможные способы деятельности учащихся
I. Личностная ориентированность	1. Активация познавательного и социального интереса учащихся	1.1. Поисковая мыслительная деятельность 1.2. Занимательный учебный материал 1.3. Использование личного опыта 1.4. Нахождение практического применения содержания
	2. Создание условий для самостоятельности учащихся	2.1. Имитационное моделирование 2.3. Учебный эксперимент 2.4. Проектная деятельность
	3. Создание условий для совместной деятельности учащихся	3.1. Работа в парах 3.2. Групповая работа
	4. Диалогическое взаимодействие учителя и учащихся	4.1. Дискуссия с учителем 4.2. Игра с учителем
	5. Создание условий для свободного выбора учащимся содержания и способа деятельности	5.1. Выбор задания 5.2. Выбор способа выполнения задания 5.3. Выбор способа взаимодействия 5.4. Творческое задание
	6. Создание условий для оценочной и самооценочной деятельности учащихся	6.1. Взаимопроверка заданий 6.2. Участие в оценивании чужого ответа 6.3. Оценивание собственного ответа
II. Психологическая безопасность	1. Соответствие содержания и методов образования возрастным особенностям учащихся	
	2. Соответствие содержания и методов образования уровню развития, состоянию и индивидуально-типологическим особенностям учащихся	
	3. Обеспечение доброжелательных взаимоотношений между учителем и учениками	
	4. Оказание учителем помощи и поддержки учащимся	
	5. Эффективные и безопасные воздействия при нарушениях дисциплины	
	6. Безопасное оценивание (эффективная обратная связь)	
	7. Организация отношений сотрудничества, взаимопомощи, поддержки между учащимися	

III. Гигиеническая обоснованность	1. Соблюдение режима динамики работоспособности учащихся в ходе урока
	2. Соблюдение требований к общему объему учебной нагрузки
	3. Обоснованное применение средств обучения, в том числе и ТСО
	4. Соблюдение требований к санитарному состоянию кабинета
	5. Соблюдение требований к состоянию школьной мебели
	6. Организация положительного эстетического воздействия оформления кабинета (предметно-пространственная среда)
	7. Соблюдение правил охраны труда и техники безопасности учителем и учащимися
IV. Профилактическая направленность	1. Создание положительного эмоционального настроения учащихся на урок
	2. Применение приемов психологической разгрузки
	3. Применение приемов разгрузки органа зрения
	4. Включение в урок блоков и комплексов динамических нагрузок
	5. Увеличение двигательной активности учащихся за счет использования педагогических технологий урока
V. Направленность содержания на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни (включение содержания о здоровье и здоровом образе жизни на разных этапах урока)	

Форма заключения контракта между родителями и директором школы

Директору школы № XXX
Ивановой И.И.

от _____

(ФИО родителя)

Я, _____, поставлен(а) в известность о том, что мой ребенок _____, ученик(ца) _____ класса, не успевает по следующим предметам: _____.

Ознакомлен(а) с правилами допуска к итоговой аттестации.

Дата: _____ Подпись: _____

Семейный кодекс

С т а т ь я 63. Права и обязанности родителей по воспитанию и образованию детей.

1. Родители имеют право и обязаны воспитывать своих детей. Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психологическом, духовном и нравственном развитии своих детей. Родители имеют преимущественное право на воспитание своих детей перед всеми другими лицами.

2. Родители обязаны обеспечить получение детьми основного общего образования. Родители с учетом мнения детей имеют право выбора образовательного учреждения и формы обучения детей до получения детьми основного общего образования.

Закон РФ об образовании

С т а т ь я 52. Права и обязанности родителей (законных представителей).

2. Родители (законные представители) обучающихся, воспитанников обязаны обеспечить получение детьми основного общего образования (в редакции Федерального закона от 25.06.2002 № 71-ФЗ).

5. Родители (законные представители) обучающихся, воспитанников несут ответственность за их воспитание, получение ими основного общего образования.

Мне разъяснено, что в соответствии со ст. 63 (п. 1,2) Семейного кодекса РФ и ст. 52 (п. 2,5) Закона РФ «Об образовании» я несу ответственность за воспитание и образование своего ребенка.

Дата: _____ Подпись: _____

Обязуюсь принять меры по исправлению неудовлетворительных оценок и регулярно следить за успеваемостью моего ребенка. Для этого я намерен:

_____.

Дата: _____ Подпись: _____

Тренинг сохранения психологического компонента здоровья педагога

Основная идея тренинга

Ребенку нужны эмоциональное тепло, безопасность, терпеливое внимание его учителей и контакты с другими окружающими людьми. Важным фактором роста педагога является правильное, творческое отношение к построению общения с коллегами и учащимися на основе анализа, наблюдения, интервью, тренингов. Напряженность учителя вдет к снижению сплоченности и повышению конфликтности в педагогическом коллективе, которые могут быть скорректированы с помощью специальных педагогических воздействий. Участие в тренинге учителей, родителей, воспитателей способствует активизации взаимодействий всех категорий педагогических работников.

Общая цель тренинга – развитие личности педагога в профессиональной деятельности.

Задачи:

- развитие способности адекватного и наиболее полного понимания себя и других людей;
- диагностика и коррекция личностных качеств и умений снятия барьеров, мешающих реальным продуктивным действиям педагога в профессиональной деятельности.

Принципы:

- принцип диалогизации взаимодействия, т.е. полноценного межличностного общения на занятии группы, основанном на взаимном уважении участников, на их полном доверии друг к другу;
- принцип самодиагностики, т.е. самораскрытия участников, осознание и формулирование ими собственных значимых проблем.

Примечание:

После каждого упражнения тренинга проводится его обсуждение. Большая часть тренинговых упражнений и заданий может быть записана на ауди- и видеокассету для последующей работы с этим материалом самих участников (рефлексивный разбор ситуаций). Запись занятия делается только с согласия членов группы.

Рекомендации тренеру:

Вы – не учитель, преподающий свой обычный предмет и отвечающий за его усвоение. Каждый участник сам изучает себя и других людей, присутствующих на занятиях.

Вы – не судья, беспристрастно разбирающий чужие ошибки. Каждый судит сам себя и сам же определяет меру своей ответственности.

Вы – друг, понимающий, доброжелательный и, главное, способный помочь каждому участнику стать самим собой и ДРУГИМ. Вы только помогаете, всю работу над собой делает сам участник.

Правила группы:

- доверительный стиль общения;
- персонификация высказываний;

- искренность в общении;
- конфиденциальность всего происходящего в группе;
- недопустимость непосредственных оценок человека.

Продолжительность тренинга: 15 часов.

Периодичность: 2 раза в неделю по 5 часов.

Инструментарий: мяч, повязка на глаза, иголка, нитка, лоскуток материи, подстилка на пол.

Ход тренинга

З а н я т и е 1

1. Разминка.

Упражнение «Слепая пушка»

Инструментарий: повязка на глаза, мячик.

Инструкция к упражнению: Команда делится на пары (партнеры А и партнеры В). Партнер А не может говорить, но может трогать мяч. Партнер В все видит, но ему нельзя трогать мяч и партнера А. Партнер А должен попасть в любого игрока мячом, после чего взять другой мяч.

Упражнение «Карусель»

Инструкция к упражнению: Умение устанавливать контакты с учащимися класса позволяет чувствовать себя более уверенно в педагогическом процессе. Сейчас мы проведем серию встреч, причем каждый раз с новым человеком. Нужно легко и приятно войти в контакт, поддержать разговор, а также приятно с ним расстаться.

Упражнение «Портрет»

Инструкция к упражнению: Каждый участник в течение 3–4 мин. набрасывает «психологический портрет» кого-либо из членов группы. Указывает на признаки, особенно внешние, по которым можно сразу узнать конкретного человека в группе. В портрете должно быть не менее 10–12 черт характера, привычек, особенностей, характеризующих именно этого человека. Затем написавший портрет выступает со своим описанием, остальные пытаются угадать, чей это портрет. Во время обсуждения каждый может высказать свое предположение, заявить об этом и обосновать свой выбор. Автор «психологического портрета» выступает лишь после того, как выскажутся все желающие. Данное упражнение развивает в педагоге профессиональную рефлексивность, способность проектировать положительные поступки, социально одобряемое поведение учащегося. Педагог становится более раскованным и ответственным в контактах.

Игра «Маг»

Инструкция к упражнению: Все участники сидят в кругу. Выбирается по желанию ведущий, которого называют «маг». По очереди участники обращаются к «магу» со словами «О, великий маг, исполнится ли мое желание». «Магу» в начале круга дается установка, по какому принципу «исполнять» желания. Участники по ответам «мага» должны отгадать принцип «исполнения» желания. По желанию, «мага» избирают из того, кто правильно назвал принцип отбора «исполнения» желания.

2. Рабочая часть.

Упражнение «Слепой и поводырь».

Инструментарий: повязка на глаза.

Инструкция к упражнению: Группа разбивается по двое. Один из участников надевает повязку на глаза. Второй – поводырь. Поводырь должен провести «слепого» по помещению так, чтобы он чувствовал себя спокойно и уверенно. Это упражнение выполняется молча, без слов. После выполнения участники меняются ролями.

Упражнение «Тростинка на ветру»

Инструкция к упражнению: Участники становятся в плотный круг. Один из них становится в центре круга, ноги вместе и держаться нужно прямо. Все остальные поднимают руки на уровне груди. Когда стоящий в центре падает в одну из сторон, они должны поймать его и осторожно вернуть в исходное положение. При этом очень важно, чтобы участник в центре стоял очень прямо, как будто он деревянный. Нужно дать стоящему в центре в течение минуты попробовать свободно падать в разные стороны. Необходимо чтобы все участники имели возможность постоять в центре круга.

Упражнение «Только вместе»

Инструкция к упражнению: Участники разбиваются на пары и встают спиной друг к другу. Нужно медленно-медленно, не отрывая спины от спины партнера, сесть на пол. Затем нужно попытаться таким же образом встать. Нужно постараться определить, с какой силой опираться на спину партнера, чтобы обоим было удобно двигаться. Далее обмениваемся партнерами.

З а н я т и е 2.

Упражнение «Путаница»

Инструкция к упражнению: Участники стоят в кругу, близко друг от друга. Все закрывают глаза, протягивают правую руку и на ощупь находят правую руку одного из стоящих в кругу. Затем все протягивают левую руку немного в сторону, чтобы найти руку другого человека. Таким образом, участники держат за руки тех, кто находится не рядом с ними. Затем все открывают глаза и должны попытаться распутаться, не отпуская рук, так чтобы снова получился круг.

Имитационная игра «ЧП на Луне»⁹.

Имитационная игра «Необитаемый остров»¹⁰.

Упражнение «Пришивание пуговицы»

Инструментарий: иголка с ниткой, лоскуток материи.

Инструкция к упражнению: Участники делятся на пары. Взявшись одной рукой за руки, нужно другой с помощью партнера попытаться вдеть нитку в иголку, пришить пуговицу к лоскутку и сделать узелок, не разжимая рук.

⁹ Панфилова А.П. Деловая коммуникация в профессиональной деятельности. – СПб., 2001. – С. 27.

¹⁰ Там же. С. 30.

З а н я т и е 3

Упражнение «Можем ли мы разговаривать?»¹¹

Упражнение «Ситуация»

Инструкция к упражнению: Беседа продолжается 2-3 мин. По сигналу ведущего дается 1 мин. для выхода из беседы.

Ситуации к упражнению:

- Перед вами педагог, которого вы хорошо знаете, но довольно долго не видели, вы рады этой случайной встрече.
- Перед вами совсем маленький ребенок. Он очень напуган и боится и вот-вот расплачется. Начните с ним разговор, успокойте.
- Перед вами разгневанный родитель, которого не устраивает все: знания ребенка, школа, учитель.
- Перед Вами ученик, который давно разочарован в обучении. У него отсутствует мотивация учебной деятельности, и он всему классу подает отрицательный пример. Постарайтесь убедить его в необходимости учебы.

Упражнение «Все выше»

Инструкция к упражнению: Участники разбиваются на пары. Сидя на полу и упираясь носочками ног, друг о друга, нужно попытаться встать одновременно и не упасть.

Упражнение «Модальный словарь»

Инструкция к упражнению: Участники делятся на три группы. Каждая из групп должна придумать или вспомнить как можно больше слов заданной модальности (аудиальная, визуальная, кинестетическая).

З а н я т и е 4

Упражнение «Положи себя под микроскоп»

Инструкция к упражнению: У многих из нас есть мелкие слабости, привычки, от которых мы хотели бы избавиться как можно скорее. Они не столь заметны окружающим, сразу не бросаются в глаза, но тем не менее часто мешают в жизни, на уроке. У каждого в активном словарном запасе найдутся слова, которые он больше никогда не хотел бы произносить, а тем более вслух, в общении с учащимися. Давайте попробуем выявить эти неприятные мелочи собственного характера, как бы взглянем на себя через окуляр микроскопа. Что мы там сможем увидеть? Каждый индивидуально составляет перечень «неприятных мелочей» своего характера (5 мин). Далее по кругу проходит обсуждение «мелочей».

Упражнение «Приемы активного слушания»¹²

Упражнение «Найди совпадения»

Инструкция к упражнению: Участники разбиваются на пары и, сидя друг против друга, ищут совпадения; затем ищут различия.

Упражнение «Ромео и Джульетта»

Инструкция к упражнению: Участники делятся на пары. Все становятся в две шеренги напротив друг друга, закрывают глаза и в хаотичном порядке меняют-

¹¹ Там же. С. 68.

¹² Там же. С. 105.

ся местами только по своей шеренге. Каждый участник пары с закрытыми глазами ищет своего партнера, называя его по ранее обговоренном имени (такие например, как Ромео и Джульетта).

З а н я т и е 5

Упражнение «Детектив»¹³.

Упражнение «Подарок»

Инструкция к упражнению: Все участники встают в круг и делают друг другу подарки средствами пантомимы, изображают какой-то предмет (мороженное, машина и т. д.)».

Упражнение «Аплодисменты по кругу»

Инструкция к упражнению: Ведущий начинает хлопать в ладоши, глядя на одного из участников группы и постепенно подходя к нему. Затем этот участник выбирает из группы следующего, кому они аплодируют вдвоем. Третий выбирает четвертого и т. д. Последнему участнику аплодируют все.

Обсуждение всего тренинга, подведение итогов, обмен впечатлениями от проведенной работы.

¹³ Там же. С. 106.

Учебная программа «Культура здоровья»

Пояснительная записка

Данная учебная программа рассчитана прежде всего на учащихся старших классов.

Цель: вооружение учащихся знаниями о формировании, сохранении и укреплении здоровья и формирование у них жизненных установок на ведение здорового образа жизни.

Задачи:

- получение учащимися системы знаний о здоровье человека и факторах, влияющих на формирование и поддержание здоровья;
- изучение биологических основ жизнедеятельности организма и здорового образа жизни;
- обоснование необходимости ведения здорового образа и стиля жизни;
- изучение физиологических основ традиционных и современных оздоровительных систем;
- ознакомление учащихся с различными оздоровительными системами физических упражнений.

Лекционный материал содержит сведения об основных физиологических и психологических закономерностях жизнедеятельности организма человека. Рассматриваются вопросы адаптации организма к неблагоприятным факторам внешней среды, актуальные экологические проблемы, вопросы рационального питания, закаливания организма, основные аспекты саморазрушающего поведения, традиционные этнические оздоровительные системы тренировки, мировоззренческие аспекты здорового образа жизни.

Лабораторные (методико-практические) занятия предусматривают освоение методических приемов оценки функционального состояния организма, уровня физического состояния и количественной оценки соматического здоровья, а также методов коррекции состояния организма. Кроме того, эти занятия предусматривают освоение различных оздоровительных систем (туристические походы выходного дня и многодневные, лыжные прогулки, водный туризм, аутогенная тренировка, элементы восточных оздоровительных систем).

Темы и краткое содержание (лекционный курс)

Тема 1. Введение в дисциплину «Культура здоровья» (2 часа)

Лекция 1. Здоровье как человеческая ценность (2 часа).

Здоровье в системе человеческих ценностей. Компоненты здоровья. Понятия «болезнь» и «здоровье». Состояние здоровья населения России. Основные понятия и термины. Здоровье – как научная проблема. Здоровье как социальная ценность жизни. Основные факторы, определяющие здоровье. Индивидуальное и общественное здоровье. Показатели здоровья.

Тема 2. Биологические основы здоровья (14 часов)

Лекция 1. Биохимические основы функционирования здорового организма человека. Основные структурные системы организма (2 часа).

Белки, жиры и углеводы. Витамины и их значение для поддержания здоровья. Роль холестерина в нормальном функционировании организма. Холесте-

рин и атеросклероз. Клетка как минимальная единица организма. Строение клеточной мембраны. Рецепторы. Влияние на здоровье. Виды тканей и их роль в нормальном функционировании организма. Покровная ткань. Кожа как вид эпителиальной ткани. Принципы физиологической косметики. Виды соединительной ткани. Роль жировой ткани в организме человека. Нервно-мышечная система. Влияние физической подготовки на здоровье человека.

Лекция 2. Нервная ткань как система регуляции здоровья (2 часа).

Строение нейронных сетей. Виды нейронов. Понятие о синаптической передаче. Рефлекторная дуга и поддержание постоянства внутренней среды организма как основа здоровья и долголетия. Вегетативная нервная система и здоровье. Симпатическая нервная система и работоспособность. Методы повышения работоспособности. Парасимпатический отдел вегетативной нервной системы и гомеостаз. Вегетативная регуляция регионального кровотока. Учение о стрессе. Адреналин как гормон стресса.

Лекция 3. Опорно-двигательный аппарат и здоровье (2 часа).

Принципы организации опорно-двигательного аппарата. Двигательная активность и здоровье. Строение позвоночника как опоры тела. Роль правильной осанки для здоровья и социальной адаптации. Причины остеохондроза. Профилактика и устранение боли в спине традиционными методами.

Лекция 4. Дыхание и кровообращение – два главных условия жизни (2 часа).

Структура и функция сердечно-сосудистой системы. Артериальное давление и венозный возврат. Реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Респираторная система и основные оздоровительные системы, направленные на ее развитие. Легочная вентиляция. Транспорт кислорода и углекислого газа. Регуляция внешнего и тканевого дыхания. Гипервентиляция и мозговой кровоток. Физиологические механизмы психосоматических расстройств и пути их профилактики.

Лекция 5. Иммуитет и здоровье (2 часа)

Здоровье как функция неспецифического иммунитета. Болезнь как функция специфического иммунитета. Аллергия. Аутоиммунитет и болезни старения. Традиционные методы укрепления иммунной резистентности.

Лекция 6. Эндокринная система и здоровье (2 часа)

Основные гормоны и их роль в нормальной жизнедеятельности организма. Голодание и глюкокортикоиды. Половые гормоны и поведение. Тропные гормоны и старение.

Лекция 7. Пищеварение, рациональное питание и здоровье (2 часа)

Пищеварение в различных отделах пищеварительного тракта. Питание – необходимая жизненная потребность человека. Шесть классов питательных веществ (углеводы, жиры (липиды), белки, витамины, минеральные вещества, вода). Основы рационального питания человека. Питание в здоровом образе жизни. Распространенные заблуждения о питании. Ожирение и здоровье. Этиология ожирения. Регуляция массы тела. Проблемы здоровья в связи с избыточ-

ной массой тела и ожирением. Значение физической активности для регуляции массы тела.

Тема 3. Образ жизни и здоровье (6 часов)

Лекция 1. Здоровый и нездоровый образ жизни (2 часа)

Традиционные основы здорового образа жизни. Здоровый и нездоровый образ жизни. Основные факторы здорового образа жизни. Здоровый образ жизни – основа долголетия. Адаптационные процессы в организме и здоровье. Физиологические резервы организма – основа здоровья человека.

Лекция 2–3. Физическая активность и здоровье (4 часа).

Физическая активность и здоровье человека. Двигательная активность – жизненно необходимая биологическая потребность организма человека. Гиподинамия, гипокinezия и здоровье. Сердечно-сосудистые заболевания и физическая активность. Особенности физической активности различных контингентов населения. Понятие о резервах организма. Потенциал здоровья и его реализация. Выбор физических упражнений для укрепления здоровья и физической подготовленности. Основные оздоровительные эффекты физической культуры и спорта. Методы оздоровительной тренировки для сохранения и развития физического здоровья. Аэробные возможности человека и здоровье.

Тема 4. Окружающая среда, личная гигиена и здоровье (4 часа)

Лекция 1. Окружающая среда и здоровье (2 часа).

Образ жизни и экология. Гигиеническая культура, личная гигиена, режим дня. Биологические и физико-химические основы терморегуляции. Виды теплоотдачи. Охлаждение и перегревание. Закаливание организма.

Лекция 2. Сезонный образ жизни. (2 часа)

Традиционные основы сезонного образа жизни. Погода и метеозависимость. Применение результатов научно-обоснованных биоритмов к решению задач укрепления здоровья.

Тема 5. Аутопатогении (6 часов)

Лекция 1. Курение и здоровье (2 часа).

Распространенность курения в России и влияние курения на продолжительность жизни. Компоненты табачного дыма, влияние курения на здоровье. Никотин и никотиновые рецепторы. Курение и мозговой кровоток. Что должны делать специалисты (врачи, педагоги, психологи) по профилактике курения. Способы преодоления курения.

Лекция 2. Токсикомания, наркомания и здоровье (2 часа).

Вредные привычки и их социальные последствия. Виды токсикомании и последствия при их длительном употреблении. Виды наркомании и последствия при их употреблении. Медиаторные механизмы наркотической зависимости (опиаты, галлюциногены, амфетамины). Физиологический механизм героиновой "ломки". "Флэшбэк" и психоделическая культура. Необратимые последствия употребления наркотиков. Профилактические мероприятия.

Лекция 3. Пьянство и здоровье (2 часа)

Действие этанола на организм человека. Роль алкогольдегидрогеназы. Алкоголь и мозг. Алкоголь и дисфункция печени. Физиологические механизмы опьянения. Умение не приобщаться к пагубным привычкам в агрессивных социальных условиях.

Тема 6. Семейная этика, сексология и сексопатология (2 часа)

Лекция 1. Семейная этика, сексология и сексопатология (2 часа).

Анатомо-физиологические основы полового развития. Вегетативное обеспечение мужской и женской сексуальности. Половые гормоны и поведение. Тестостерон и половое влечение. Пролактин и родительское поведение. Влияние стереотипов поведения и морально-нравственного воспитания на половое развитие. Губительная роль порнографии и разврата на половую функцию. Медицинские, социальные и психологические аспекты полового воспитания. Венерические заболевания и их профилактика.

Перечень контрольных вопросов и заданий для самостоятельной работы

Тема 1. Введение в дисциплину «Культура здоровья»:

1. Что такое здоровье и болезнь?
2. Какие факторы определяют здоровье?

Тема 2. Биологические основы здоровья.

1. Что такое изомерия органических молекул и ее роль для здоровья?
2. Что такое холестерин?
3. Что такое жировая ткань?
4. Как ограничения в питании приводят к ожирению?
5. Почему «не годы старят, а невзгоды»?
6. Что такое чувствительные нейроны?
7. Что называется рефлекторной дугой?
8. Почему наркомания неизлечима или что такое синаптическая передача?
9. Что называется стрессом?
10. Что такое пилоэрекция?
11. Что такое «отложение солей»?
12. Что называется артериальным давлением?
13. Что такое венозный возврат?
14. Что такое варикозное расширение вен?
15. Каковы последствия гипервентиляции?
16. В чем опасность специфического иммунитета?
17. Что такое аллергия?
18. К каким последствиям ведет голодание?
19. Почему надо есть досыта?
20. Что такое специфическое динамическое действие пищи?

Тема 3. Образ жизни и здоровье

1. Что означает понятие "традиционные основы здорового образа жизни"?
2. Каковы основные факторы здорового образа жизни?
3. Какова роль физической активности в здоровом образе жизни?
4. Что такое гиподинамия и как она влияет на здоровье?
5. Каковы основные оздоровительные эффекты физической культуры и спорта?

6. Что такое аэробные возможности человека?

Тема 4. Окружающая среда и здоровье

1. Как влияет экологическая обстановка на здоровье?

2. В чем состоит значение режима дня?

3. Что такое закаливание организма?

4. Что такое метеозависимость?

5. Как влияет погода на здоровых людей?

Тема 5. Аутопатогения

1. Как влияет курение на здоровье человека?

2. Как влияет курение на мозговой кровоток?

3. Каковы способы преодоления курения?

4. Каков физиологический механизм наркотической зависимости?

5. Что такое «флэшбэк»?

6. Как влияет алкоголь на организм человека?

7. Какова функция алкогольдегидрогеназы?

Тема 6. Семейная этика, сексология и сексопатология.

1. Что делает мужчину мужчиной, а женщину женщиной?

2. Какова роль вегетативной нервной системы в обеспечении половой функции?

3. Как влияют половые гормоны на поведение?

4. Что такое первичные, вторичные, третичные и четвертичные половые признаки?

Распределение часов по темам и видам работ

	Тема	Общая трудоемкость (часы)	Аудиторные занятия (часы)		Самостоятельные занятия (часы)
			Лекции	Методико-практические	
1	Введение в дисциплину	4	2	-	2
2	Биологические основы здоровья	40	14	6	20
3	Образ жизни и здоровье	28	6	8	14
4	Окружающая среда и здоровье	8	4	-	4
5	Аутопатогения и здоровье	12	6	-	6
6	Семейная этика, сексология и сексопатология	4	2	-	2
	ИТОГО:	96	34	14	48

Литература

1. *Данилин А.Г.* LSD. Галлюциногены, психоделия: феномен зависимости. – М.: Изд-во Центрполиграф, 2001.
2. *Егоров И.В.* Клиническая анатомия человека. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.
3. *Коньшев В.А.* Кому что есть. Раздумья о пище. – М.: ФиС, 1998.
4. *Минвалеев Р.С.* Вся правда о диетах: Очерки прикладной физиологии. – М.:Фитон+, 2006.
5. *Минвалеев Р.С.* Похудеть без вреда. Очерки прикладной физиологии. – СПб: "Питер", 2002.
6. *Бабушкин А.* Баня: дом здоровья. – СПб: "Питер", 2000.
7. *Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л.* Мозг, разум и поведение. Пер.с англ. – М.: Мир, 1988.
8. *Дильман В.М.* Большие биологические часы. – М.: Знание, 1986.
9. *Девятова М.В.* Нет – остеохондрозу. – СПб.: Комплект, 1997.
10. *Дольник В.* Непослушное дитя биосферы: Беседы о человеке в компании птиц и зверей. – М.: Педагогика-Пресс, 1994.
11. *Орлов Б.Н., Гелашвили Д.Б., Ибрагимов А.К.* Ядовитые животные и растения СССР. – М.: Высшая школа, 1990.
12. *Селье Г.* На уровне целого организма. – М.: Наука, 1972.

**Схема распределения детей раннего и дошкольного возраста
по группам здоровья**

Группы	Хроническая патология	Функциональное состояние основных органов и систем	Резистентность и реактивность	Физическое и нервно-психическое развитие
Группа 1 Без отклонений	Отсутствует	Без отклонений	Заболеваемость за период, предшествующий наблюдению: редкие и легко протекающие острые заболевания	Нормальное, соответствует возрасту
Группа 2 С функциональными отклонениями (группа риска)	Отсутствует	Наличие функциональных отклонений	Заболеваемость: продолжительные острые заболевания с последующим затяжным периодом выздоровления – вялость, повышенная возбудимость, нарушения сна и аппетита, субфебрилитет и т.д.	Нормальное физическое развитие или избыток массы тела 1-й степени. Нормальное или не резко выраженное отставание нервно-психического развития
Группа 3 Состояние компенсации	Наличие хронической патологии, врожденных дефектов развития органов и систем без изменения функций.	Наличие функциональных отклонений без клинических проявлений.	Заболеваемость: редкие, нетяжелые по характеру течения обострения хронического заболевания без выраженного ухудшения общего состояния и самочувствия	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела 1-й или 2-й степени, низкий рост, нервно-психическое развитие нормальное или отстает

Группы	Хроническая патология	Функциональное состояние основных органов и систем	Резистентность и реактивность	Физическое и нервно-психическое развитие
Группа 4 Состояние субкомпенсации	Наличие хронической патологии, врожденных дефектов развития органов и систем	Изменение функций пораженных органов, клинические проявления заболевания	Заболеваемость - частые обострения основного хронического заболевания. Частые простудные заболевания с затяжным периодом восстановления	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела 1-й или 2-й степени, низкий рост, нервно-психическое развитие нормальное или отстает
Группа 5 Состояние декомпенсации	Наличие тяжелой хронической патологии или тяжелого врожденного порока, приводящих к инвалидности ребенка	Выраженные изменения функций пораженных органов и систем	Заболеваемость: частые тяжелые обострения основного хронического заболевания, частые острые заболевания	Нормальное физическое развитие, дефицит или избыток массы тела 1-й или 2-й степени, низкий рост, нервно-психическое развитие нормальное или отстает

Время (в часах), выделяемое на различные виды программного материала по адаптивному физическому воспитанию в 1–4-х классах

Номер п/п	Вид программного материала	Классы			
		1-й	2-й	3-й	4-й
1	Базовая часть программы	44	44	44	44
1.1	Теоретические сведения	20	20	20	20
1.1.1	Правила поведения на уроке	1			
1.1.2	Профилактика травматизма на занятиях	1			
1.1.3	Личная гигиена	1			
1.1.4	Гигиена повседневного быта	1			
1.1.5	Основы закаливания	1			
1.1.6	Основы самоконтроля	1	2	2	2
1.1.7	Определение физического развития	1	2	2	2
1.1.8	Формирование правильной осанки	1	2	2	2
1.1.9	Определение функционального состояния	1	2	2	2
1.1.10	Определение физической подготовленности	1	2	2	2
1.1.11	Основные физические качества. Классификация физических упражнений		2	2	4
1.1.12	Движения человека	1	2		
1.1.13	Здоровье и болезнь человека	2		1	
1.1.14	Здоровье человека и физическая культура	2	1	1	
1.1.15	Профилактика простудных заболеваний	1	2	2	2
1.1.16	Слух, зрение – их значение для человека	1			
1.1.17	Профилактика близорукости	2	2	2	2
1.1.18	История Олимпийских игр и зарождение физической культуры.	1	1	2	2
1.2	Практический материал (с учетом противопоказаний)	24	24	24	24
1.2.1	Гимнастика (без элементов акробатики)	8	8	6	6
1.2.2	Легкая атлетика (без прыжков)	4	4	2	2
1.2.3	Подвижные игры	8	6	4	4
1.2.4	Элементы спортивных игр:				
	- баскетбол		4	2	2
	- волейбол	4	2	2	2
	- футбол			2	2
1.2.5	Плавание			6	6
2	Вариативная часть программы	58	58	58	58
2.1	Теоретические сведения	14	14	14	14
2.1.1	Основы самомассажа:				
	- биологически активных точек;	2	1	1	1
	- кистей рук и стоп ног.		1	1	1
2.1.2	Основы саморегуляции:				

Номер п/п	Вид программного материала	Классы			
	- напряжение и расслабление;		1	1	1
	- мыслеобразы;		1	1	
	- эмоции	2	2	1	1
2.1.3	Внимание, память их значение для человека			1	
2.1.4	Понятие комфортности		1		
2.1.5	Пластичность	2	1	1	1
2.1.6	Дыхание в жизнедеятельности человека:				
	- дыхательные упражнения в профилактике заболеваний;	4			
	- дыхательные упражнения в коррекции проблемных зон в организме		2	2	1
2.1.7	Средства и методы коррекции близорукости		1	2	2
2.1.8	Средства и методы коррекции плоскостопия		1		
2.1.9	Средства и методы коррекции осанки		1	1	2
2.1.10	Стресс и его последствия				1
2.1.11	Антистрессовая пластическая гимнастика	4	2	2	2
2.2	Практический материал (с учетом противопоказаний)	44	44	44	44
2.2.1.	Коррекционная гимнастика для опорно-двигательного аппарата	6	6	6	6
2.2.2	Дыхательная гимнастика	2	2	2	2
2.2.3	Самомассаж	1	1	1	1
2.2.4	Гимнастика для глаз	2	2	2	2
2.2.5	Фитнесс:				
	- ритмическая гимнастика;	6	4	2	
	- базовая аэробика;	2	4	2	2
	- фитбол-аэробика;	2	4	6	2
	- степ-аэробика		2	6	
2.2.6	Креативные (художественно-музыкальные) телесноориентированные практики адаптивной физической культуры:				
	- психогимнастика;	4	4	2	2
	- антистрессовая пластическая гимнастика;	2	2	2	2
	- двигательная пластика;	4	2	2	4
	- танцевально-экспрессивный тренинг	1	1	1	1
2.2.7	Игры с элементами коррекции	12	12	14	14
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ		102	102	102	102

Формы информационного обмена между специалистами образовательного учреждения в процессе организации профилактики и психолого-педагогической коррекции зависимого поведения учащихся

Субъект	Функциональные обязанности в рамках организации и проведения профилактики наркомании	Информационные связи
Руководитель учреждения	Обеспечивает общий контроль и руководство работой по профилактике распространения злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами во вверенном учреждении	Отчитывается перед органами управления образованием, представителями родительских и попечительских советов учреждения, а также информирует представителей общественности по их просьбе о планах и об объемах, формах и результатах проведенной работы
Зам. руководителя по воспитательной работе	<p>Организует планирование и выполнение работы учреждения по вопросам профилактики злоупотребления ПАВ и участия в незаконном обороте наркотических и психотропных веществ учащимися и сотрудниками учреждения, а также психолого-педагогической коррекции проблемных групп.</p> <p>Обеспечивает прием заявлений от родителей и общественности по вопросам организации и проведения профилактики наркомании среди учащихся.</p> <p>Обеспечивает заключение договоров о сотрудничестве в вопросах реализации сопровождения учащихся, находящихся в трудной ситуации</p>	По поручению руководителя: в случаях возникновения ситуации с незаконным потреблением или фактом незаконного оборота ПАВ на территории образовательного учреждения решает вопросы о привлечении специалистов здравоохранения и \или сотрудников РУВД; информирует ОСЗН по факту выявления несовершеннолетних, находящихся в трудной жизненной ситуации

Субъект	Функциональные обязанности в рамках организации и проведения профилактики наркомании	Информационные связи
Преподаватели–предметники	Включают в учебные планы целесообразные тематические разделы (модули), обеспечивающие информирование обучающихся о недопустимости злоупотребления ПАВ и незаконного потребления наркотических и психотропных веществ	Информируют классных руководителей, кураторов групп о фиксируемых случаях неадекватного поведения обучающихся во время учебного процесса
Классные руководители, кураторы групп	Формируют общие и индивидуальные планы воспитательной работы с членами курируемой группы и родителями несовершеннолетних, привлекают необходимых специалистов для их реализации. Формируют и выносят предложения о включении (или исключении) обучающихся в группу риска по учреждению	На основании учета случаев неадекватного поведения обучающихся во время учебного процесса информируют о ситуации родителей или законных представителей несовершеннолетних и способствуют установлению контакта с психологом или социальным педагогом
Педагоги-психологи	Формируют планы обучающихся и развивающих курсов и факультативов психолого-педагогического содержания для обучающихся в учреждении, а также планы индивидуальной психолого-педагогической коррекции на основании списка группы риска по конкретному образовательному учреждению и обеспечивают их выполнение планов на условиях конфиденциальности содержания и гласности положительных результатов	Информируют родителей несовершеннолетних (с 15 лет с согласия последних) о зафиксированных случаях неадекватного поведения, причиной которого могут выступать случаи злоупотребления ПАВ. Способствует установлению контакта между родителями и несовершеннолетними. В условиях проведения мероприятий третичной профилактики взаимодействует (обменивается необходимой информацией) с лечащим врачом

Субъект	Функциональные обязанности в рамках организации и проведения профилактики наркомании	Информационные связи
Социальные педагоги и специалисты по социальной работе	Формируют и осуществляют планы социально-психологической адаптации и реабилитации обучающихся группы риска в условиях проведения этапа педагогической коррекции поведения и обеспечивают их выполнение. Обеспечивают индивидуальную профилактическую работу с обучающимися на условиях конфиденциальности содержания и гласности положительных результатов	Информируют родителей несовершеннолетних (с 15 лет с согласия последних) о зафиксированных случаях неадекватного поведения, причиной которого могут выступать случаи злоупотребления ПАВ. Способствует установлению контакта между родителями и несовершеннолетними. В условиях проведения мероприятий третичной профилактики взаимодействует (обменивается необходимой информацией) с лечащим врачом и\или инспектором ОДН и\или психологом
Технический персонал и персонал охраны образовательных учреждений	Формируют и осуществляют план мероприятий по формированию условий, препятствующих возникновению ситуаций злоупотребления ПАВ или незаконного оборота ПАВ на территории образовательного учреждения	Информирует администрацию учреждения о всех выявленных фактах, указывающих на злоупотребление ПАВ или незаконный оборот ПАВ на территории образовательного учреждения

Национальный календарь профилактических прививок в России.

Возраст	Прививка
Новорожденные (1 день)	1-я вакцинация против вирусного гепатита В
Новорожденные (3–7 дней)	Вакцинация против туберкулеза (БЦЖ)
1 месяц	2-я вакцинация против вирусного гепатита В
3 месяца	1-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
4,5 месяца	2-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
6 месяцев	3-я вакцинация против дифтерии, коклюша столбняка, полиомиелита, 3-я вакцинация против вирусного гепатита В
12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
18 месяцев	1-я ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита
20 месяцев	2-я ревакцинация против полиомиелита
6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита
7 лет	Ревакцинация против туберкулеза. 2-я ревакцинация против дифтерии, столбняка
13 лет	Вакцинация против краснухи (девочкам) Вакцинация против вирусного гепатита В (ранее не привитым)
14 лет	3-я ревакцинация против дифтерии столбняка, полиомиелита. Ревакцинация против туберкулеза
Взрослые	Ревакцинация против дифтерии, столбняка каждые 10 лет с момента последней ревакцинации

Содержание

Введение	3
Раздел 1. Аспекты здоровьесозидающей среды образовательного учреждения	5
1.1. Комплексный подход к организации здоровьесозидающего учебного процесса <i>Н.В. Васильева</i>	5
1.2. Содержание физкультурно-оздоровительных мероприятий в режиме дня школьников <i>С.В. Никольская</i>	8
1.3. Дифференцированный подход к организации физической активности детей <i>В.В. Нечепуренко</i>	12
1.4. Домашний режим школьника <i>С.В. Попов</i>	15
1.5. Здоровьесозидающий потенциал урока <i>М.Г. Колесникова</i>	20
1.6. Ребенок с трудностями в обучении: патология или норма? <i>В.Д. Еремеева</i>	24
1.7. Контракты в образовательной среде <i>В.В. Бондарева</i>	29
Раздел 2. Повышение культуры здоровья участников образовательного процесса	33
2.1. Повышение культуры здоровья педагогов в Центре валеологической поддержки учителя <i>В.В. Вершинина, Н.Г. Коновалова</i>	33
2.2. Психологическое здоровье педагога как основа сохранения его профессионального долголетия <i>Н.В. Панова</i>	39
2.3. Опыт валеологического образования подростков <i>Г.К. Зайцев, А.Г. Зайцев, М.В. Брадик</i>	43
2.4. Учебный курс «Культура здоровья» как основа повышения готовности старшеклассников к здоровому образу жизни <i>Р.С. Минвалеев</i>	47
2.5. Оценка эффективности уроков БОС-Здоровье <i>А.А. Сметанкин, Д.В. Афанасьев, В.В. Аверьянов, Я. Захаров</i>	48
2.6. Группа здоровья – что это такое? (беседа для родителей) <i>С.В. Рычкова</i> ...	53
Раздел 3. Профилактика болезней и оздоровление участников образовательного процесса	55
3.1. Адаптивная физическая культура в общеобразовательной школе <i>О.Э. Аксенова</i>	55
3.2. Организация профилактики наркозависимости в образовательном учреждении <i>Р.С. Бондаревская</i>	59
3.3. Модель социально-педагогической технологии профилактики и реабилитации девиантного поведения <i>С.А. Косабуцкая</i>	65
3.4. Зачем делать прививки? <i>С.В. Рычкова</i>	70
3.5. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью <i>Л.С. Чутко</i>	73
<i>Приложение 1</i>	76
<i>Приложение 2</i>	78
<i>Приложение 3</i>	80
<i>Приложение 4</i>	81
<i>Приложение 5</i>	86
<i>Приложение 6</i>	92
<i>Приложение 7</i>	94
<i>Приложение 8</i>	96
<i>Приложение 9</i>	99

Учебно-методический комплект
«Служба здоровья образовательного учреждения:
от замысла до реализации»

Выпуск 1. Учебно-методическое пособие «Служба здоровья образовательного учреждения: образовательная программа подготовки команды специалистов»

Содержит методологические и методические материалы для подготовки команды специалистов Службы здоровья образовательного учреждения: модель и образовательную программу подготовки, методический инструментарий и анализ результативности экспериментальной апробации программы, обоснование ее кадрового обеспечения.

Выпуск 2. Сборник методических материалов «Служба здоровья образовательного учреждения: методическое обеспечение деятельности специалистов»

Содержит методические и дидактические материалы, обеспечивающие различные направления деятельности специалистов Службы здоровья в соответствии с ее целями и задачами. Пособие служит также методическим и дидактическим обеспечением для подготовки специалистов Службы здоровья образовательного учреждения.

Выпуск 3. Учебно-методическое пособие «Служба здоровья образовательного учреждения: мониторинг здоровьесоздающей среды»

Содержит разработанные и апробированные в экспериментальных школах материалы по организации единого мониторинга здоровьесоздающей среды образовательного учреждения: методологию, методические формы мониторинга, методические рекомендации по их заполнению, вариативные модели, созданные по результатам применения мониторинга специалистами Службы здоровья.

Выпуск 4. Учебно-методическое пособие «Организация Службы здоровья в образовательных учреждениях Санкт-Петербурга»

Содержит пакет нормативных и методических документов, обеспечивающих создание и функционирование Службы здоровья в образовательных учреждениях, описание опыта создания Службы здоровья в экспериментальных образовательных учреждениях, имеющих разные стартовые возможности.

Учебное издание

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКТ
«СЛУЖБА ЗДОРОВЬЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ:
ОТ ЗАМЫСЛА ДО РЕАЛИЗАЦИИ»

**Служба здоровья образовательного учреждения:
методическое обеспечение деятельности специалистов**

Под научной редакцией М.Г. Колесниковой

Сборник методических материалов

Выпуск 2

Редактор: С.П. Левкович

Отпечатано: Тип. «Шик», СПб, ул. Химиков, 2
Гарнитура «Таймс». Формат А5. Бумага офсетная.
Тир. 110 шт.