



УДК 37.01

Здоровье как ценность, ориентир и результат деятельности обучающихся: педагогическая модель



Третьякова Наталия Владимировна,

доктор педагогических наук, доцент, директор института гуманитарного и социально-экономического образования Российского государственного профессионально-педагогического университета, г.Екатеринбург



Ле-ван Татьяна Николаевна,

кандидат педагогических наук, доцент, научный сотрудник института медико-биологических проблем Российского университета дружбы народов, г. Москва

Ключевые слова: здоровье, здоровьеориентированная деятельность, здоровьесберегающий потенциал личности, педагогическая модель

Аннотация. Изложены концептуальные положения и стратегические установки по формированию готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности как целевому ориентиру и результату здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций. Представлена модель данной готовности и условия её формирования.

Сегодня на образование, как на целостную структуру, обеспечивающую социализацию личности, возложена задача сохранения здоровья подрастающего поколения, как неотъемлемого условия и базового фундамента успешной адаптации и интеграции ребенка в общество. Будучи многофункциональным, наряду с основными видами деятельности



– обучение, воспитание и развитие, оно призвано выполнять функции сохранения здоровья обучающихся.

Традиционно деятельность по сохранению и укреплению здоровья обучающихся основывается на медико-биологическом подходе, преимущественно ориентируя образовательные организации на поддержание охранных условий образовательного процесса. Основанием к применению данного подхода служат, прежде всего, неуклонный рост заболеваемости детей, констатируемый Федеральной службой государственной статистики, и установленное значительное влияние внешних факторов среды на здоровье обучающихся (в том числе связанных с образовательным процессом).

В то же время, принимая во внимание, что уровень здоровья более чем на 50-60 % зависит от образа жизни (здорового или нездорового) важно стимулировать непосредственно деятельность человека в поддержании собственного здоровья. На личную ответственность человека за состояние своего здоровья указывается и в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ст. 27; изменения от 01 января 2012 г.).

В этой связи перед педагогическим сообществом ставится задача формирования у обучающихся ряда социальных компетенций связанных с сохранением и укреплением здоровья [2, 3, 4, 8].

В то же время достаточный уровень компетентности еще не является побуждающим фактором к изменению образа жизни человека. Соответственно, с позиции гуманизации образования и личностно ориентированной парадигмы в педагогике важны, наряду с реализацией образовательными организациями охранный стратегии здоровьесберегающей деятельности и формированием соответствующих социальных компетенций у обучающихся, развитие их личностных качеств. Данные качества должны быть направлены на актуализацию потенциала ребенка в отношении сохранения и укрепления здоровья, на организацию собственного стиля здорового и безопасного образа жизни, то есть речь идет о формировании готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности (субъективному состоянию, означающему желание и способность сохранять и укреплять здоровье). Именно формирование готовности обучающихся к



здоровьеориентированной деятельности должно выступать основой при определении сущностной и содержательной сторон здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций [13]. В связи с чем, раскрытие концептуальных положений формирования данной готовности выступает основной целью настоящего исследования.

Состояние здоровья детей, подростков и учащейся молодежи является важнейшим показателем благополучия общества и государства. В настоящее время в России остро стоит проблема сохранения и укрепления здоровья детей, подростков и учащейся молодежи, что связано со значительным снижением числа данной категории населения, ухудшением их соматического и психического здоровья. Исследование показало, что за период с 2002 по 2012 год число детей уменьшилось на 9,1 млн. чел., при этом наиболее значительно (на 8,1 млн. чел. – 42 %) снизилась численность детей подросткового возраста (10-17 лет) [1; 11].

В структуре патологии, выявляемой у детей, ведущие ранговые места занимают травмы и отравления, болезни органов пищеварения и кожи, болезни нервной, костно-мышечной и мочеполовой систем (рисунок 1) [11, с. 284–285].



Рисунок 1. Показатели заболеваемости детей в возрасте до 14 лет по основным классам болезней в 2011 г. (число зарегистрированных больных впервые в жизни установленным диагнозом, на 100 тыс. чел.)



Растет численность детей-инвалидов (в 1980 г. их число составляло 53 тыс. человек, на начало 2012 г. – 560 тыс. человек [11, с. 286]. Главными нарушениями, приводящими к ограничению жизнедеятельности, у детей-инвалидов исследователи выделяют висцеральные и метаболические нарушения, а также расстройства питания, в совокупности составляющие более 25 % от всех нарушений. Они, как правило, являются тяжёлыми последствиями имеющейся у ребенка соматической патологии и в 63 % случаев формируются к 10-17 годам [1, 11]. Исход хронического заболевания в инвалидность чаще всего связан с недостаточным уровнем профилактической работы со здоровым ребенком и оздоровительной и реабилитационной – с детьми, страдающими хронической патологией.

Проведенное нами исследование показало, что в целом современные дети в сравнении со своими сверстниками предшествующего десятилетия имеют отставание в физическом развитии и высокий уровень хронической патологии, как следствие, порядка 80 % выпускников общеобразовательных организаций по уровню состояния здоровья имеют ограничения при выборе профессии, а 35 % считаются непригодными к службе в армии; наличие у 22-25 % девушек расстройств менструального цикла являются следствием последующего нарушения репродуктивной функции, приводящей в свою очередь к снижению рождаемости и в целом к углублению демографического кризиса в стране.

В этой связи важно обратить внимание на изучение факторов риска, влияющих на уровень здоровья детей. Следует указать, что данные факторы изучаются не одно десятилетие, поскольку диапазон их влияния на ребенка весьма широк. Не являясь непосредственной причиной заболевания, они обуславливают функциональные отклонения роста и развития организма, возникновение болезней и их летальные исходы. Определяются факторы риска как сочетание условий, как определенное физиологическое состояние, образ жизни, значительно увеличивающие подверженность той или иной болезни, повышающие вероятность утраты здоровья, возникновения и рецидивирования болезней. Механизм их влияния на организм заключается в снижении резистентности, нарушении развития и облегчении возникновения болезней под воздействием причинных факторов [14, с. 18].

По мере накопления данных о факторах риска, предлагались разные подходы к распределению их по группам. Исследователями учитывались



особенности самого фактора риска, длительность, тяжесть его воздействия и т. п. Исследования, основанные на отборе наиболее значимых для оценки показателей здоровья факторов, привели к выводу, что образ жизни может являться ведущим фактором, обуславливающим состояние здоровья человека в современных условиях [1, 9, 10 и др.]. К образу жизни относятся более 50-55 % всех факторов риска, а главное, в отличие от социальных и природных условий, образ жизни действует на здоровье непосредственно (социальные и природные условия и факторы – опосредованно). На втором месте по силе (статистическому «весу») находится воздействие многообразных природных и социальных, техногенных и прочих факторов окружающей среды, оценка влияния которых на здоровье составляет 20-25 %; затем следуют генетические и наследственные факторы, удельный вес которых колеблется в пределах 15-20 %; на долю здравоохранения (систем, служб, учреждений) приходится 8-10 %.

Наравне с обширным спектром факторов риска социально-гигиенического характера существенное влияние на состояние здоровья обучающихся оказывают факторы риска, связанные с поведением ребенка. Данные факторы сегодня довольно надежно идентифицируются в процессе проведения специальных исследований. В частности, результаты исследований, проводимых в ряде стран под эгидой ВОЗ («Поведение детей школьного возраста») показали, что по числу обучающихся, которым нравится образовательный процесс в школе, Россия входит в последнюю десятку стран – участниц исследования. Еженедельно одиннадцатилетние мальчики (33 %) и девочки (41 %) жалуются на состояние своего здоровья. Не все дети ежедневно завтракают (мальчиков 64, девочек 66 %) и употребляют в пищу фрукты (мальчиков 27, девочек 33 %). Значительная часть детей (мальчиков 71, девочек 73 %) не имеют достаточной двигательной активности.

Одиннадцатилетние российские дети являются лидерами по числу курящих: не менее одного раза в неделю курят 5 % мальчиков и 4 % девочек, что крайне негативно сказывается на их здоровье в дальнейшем. В частности, отмечаются высокие корреляционные связи между курением и функциональными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и дыхания.



7 % российских учениц и 10 % учеников одиннадцати лет употребляют алкоголь, по меньшей мере, один раз в неделю (по данному показателю Россия уступает только Украине). Специально проведенные исследования Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (НЦЗР РАМН) отмечают высокую корреляционную связь между употреблением алкоголя и ростом функциональных нарушений со стороны сердечно-сосудистой и эндокринной систем, органов пищеварения, обменных нарушений [9], что является крайне негативным в период морфофункционального развития организма.

24 % девушек и 44 % юношей 15-ти лет указали на наличие опыта сексуального общения. Несмотря на то, что 73 % девушек и 77 % юношей этого возраста используют презервативы при сексуальном общении, российский Центр акушерства и гинекологии и перинатологии Минздравсоцразвития в 2007 г. зафиксировал 1,4 млн. аборт, из которых 10 % приходятся на подростковый возраст. На начало 2008 г. состоялось 2441 родов и было сделано 700 абортов пятнадцатилетними девушками.

В целом, факторы риска, связанные с поведением, имеют значительное разрушающее воздействие на состояние здоровья растущего организма, его формирование и его уровень в будущем. Исключение влияния данных факторов возможно только усилиями самого человека, его волеизъявлениям, что имеет прямую связь с уровнем его осознанности и ответственности в своих поступках, формирование которых закреплено за функциями образовательных организаций.

В целом, следует констатировать крайне негативную тенденцию в состоянии здоровья современных детей, подростков и учащейся молодежи, обусловленную действиями определенных факторов риска для здоровья, среди которых важное место занимают факторы, связанные с образовательным процессом, и поведенческие факторы. Представленные факторы риска для здоровья стоит рассматривать как направления деятельности образовательных организаций, работая по которым, можно переломить тенденцию к снижению уровня здоровья обучающихся детей, как возможность превратить здоровьеразрушающую систему образования в здоровьесберегающую. Теории о факторах риска позволяют выдвинуть и приступить к реализации концепции конструирования, создания здоровья, состоящей из двух фаз: фазы преодоления, уменьшения действия факторов риска, и фазы создания здоровья, его сохранения и укрепления.



Первая фаза реализуется посредством создания здоровьесберегающей образовательной среды. Вторую фазу реализовать гораздо труднее, так как она подлинно профилактическая, основанная на недопущении действия факторов риска и непосредственных причин заболеваний – это фаза сохранения и укрепления здоровья. Условием ее реализации выступает личная активность обучающегося, направленная на создание собственного стиля здорового образа жизни. Соответственно ведущим направлением здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций является формирование здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся, их готовности к здоровьесберегающей деятельности – деятельности по сохранению и укреплению здоровья.

Рассматривая готовность обучающихся к здоровьесберегающей деятельности как целевой ориентир и результат здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций нами раскрыта сущность данной готовности. Так, обращение к словарям (Т. Ф. Ефремовой, Г. М. Коджаспировой, С. И. Ожегова, Р. С. Немова, В. М. Полонского и др.), в отношении раскрытия сущности здоровьесберегающей деятельности через составляющие ее дефиниции – «здоровье», «деятельность», «ориентир», позволяет охарактеризовать данную деятельность, во-первых, как структурную (включающую в себя компоненты: предмет, средства, цель и результат) и операционно-организованную активность человека по достижению цели в сохранении и укреплении здоровья; во-вторых, как активное поведение человека, мотиватором которого выступает здоровье (как общечеловеческая ценность). В представленной характеристике здоровьесберегающей деятельности здоровье предстает и как результат данной деятельности, ее целевой ориентир, и как ценность.

Исследователями установлено, что в основе деятельности человека, ориентированной на сохранение и укрепление здоровья, лежит непрерывный процесс взаимодействия между ним и ситуациями, в которые он включен и на которые реагирует, на основе когнитивных, смысловых и мотивационных факторов, а также того психологического значения, которое ситуация имеет для него в данный момент [3, 5, 8]. Соответственно, основным показателем, свидетельствующим о готовности и способности человека эффективно управлять личной деятельностью по сохранению и укреплению здоровья, является уровень сформированности категорий установочной системы на здоровьесберегающую деятельность. Здоровьесберегающую деятельность в этом случае



следует представить как осознанную познавательную, деятельностьную, поведенческую и другую активность человека направленную на сохранение и укрепление здоровья. Данная активность должна быть обеспечена соответствующей стратегией, технологиями, приемами и методами.

Анализ понятия «готовность» позволяет представить собственную готовность как важное качество личности (Б. Г. Ананьев, С. Л. Рубинштейн и др.). Личность в этом случае предстает как субъект социальных отношений и сознательной деятельности, свободно и ответственно определяющий свою позицию среди других

В различных словарях (Б. Е. Варшавы, С. А. Кузнецова, Б. Г. Мещерякова, Т. Ф. Ефремовой и др.) «готовность» трактуется как состояние, свойство или качество личности, но в любом случае она является предпосылкой к эффективной деятельности. Соответственно, ведя речь о сущности и содержании готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности, необходимо принимать во внимание, что они обусловлены закономерностями жизнедеятельности человека и будут определяться, прежде всего, целями и характером решаемых в течение жизни задач, связанных с охраной здоровья.

В целом, готовность обучающихся к здоровьеориентированной деятельности следует определить как состояние мобилизации психофизиологических систем человека, позволяющее обеспечить эффективное выполнение определенных действий по сохранению и укреплению здоровья при оснащении соответствующими знаниями, умениями, навыками, программой действий и наличии решимости совершать их. Соответственно, формирование данной готовности в условиях образовательного процесса должно быть связано с развитием способностей, интересов и склонностей личности [15], с ее непосредственными жизненными планами и ценностными ориентациями в отношении здоровья [12, с. 53].

В основе готовности обучающихся к здоровьеориентированной деятельности лежит процесс создания человеком ценностей (как духовных, так и материальных), поскольку здоровье рассматривается именно как ценность [6, 7] со всеми образующими ее элементами структуры сознания – ценностными ориентациями (определяемыми через



отношения), потребностями, установками, мотивами и интересами. Развитие обозначенных структур во многом зависит от степени вовлеченности человека в различные виды деятельности по сохранению и укреплению здоровья [5, 7]. Соответственно, здоровьесберегающую деятельность образовательных организаций необходимо организовывать таким образом, чтобы поднимать внутреннюю активность обучающегося, через формирование нужного объема знаний и его осмысления к последующему закреплению результатов в различных видах здоровьесориентированной деятельности.

Основу концепции формирования готовности обучающихся к здоровьесориентированной деятельности составляют положения следующих подходов [12, с. 53–55]:

- 1) аксиологического, позволяющего рассматривать здоровье личности приоритетной универсальной и социальной ценностью, занимающей самую высокую степень в иерархии потребностей человека (А. Я. Иванюшкин, Ю. В. Науменко, Б. Г. Юдин и др.);
- 2) онтогенетического, предусматривающего рассмотрение стратегий отношения человека к своему здоровью в различные периоды онтогенеза и учет этих особенностей при разработке содержательно-процессуальных основ построения индивидуальных траекторий безопасного и здорового образа жизни в условиях образовательных организаций (Н. П. Абаскалова, Р. Е. Айзман, Э. М. Казин, Л. Г. Татарникова и др.);
- 3) холистического, дающего возможность рассматривать здоровье в единстве всех его компонентов и признать наиболее эффективной стратегией в реализации приоритетов здоровья в образовании интеграцию усилий специалистов различного профиля в сфере сохранения и укрепления здоровья (В. В. Колбанов, Н. М. Полетаева и др.);
- 4) личностно деятельностного, раскрывающего здоровье как характеристику личности, формирующуюся в ее деятельности и являющуюся результатом этой деятельности (Л. С. Выготский, Т. Ф. Орехова и др.).



Обозначенные концептуальные подходы позволяют рассматривать здоровье в качестве целевого ресурса личности, которым можно управлять и управлять в условиях образовательного процесса.

Базисом данного ресурса служит здоровьесберегающий потенциал личности – динамическая система ресурсов субъекта (когнитивных, эмоционально-волевых, физических, духовно-нравственных и пр.), используемых им для достижения целей здоровьесберегающей деятельности.

Результаты, полученные в ходе анализа представленной совокупности теорий поведения человека в отношении сохранения и укрепления здоровья [12, с. 55–57] – теория убеждений о здоровье (I. Rosenstock), теория здравого смысла и саморегуляции (H. Leventhal), теория причинного действия (I. Ajzen), теория социального научения (S. M. Miller, A. Bandura), теория самоэффективности (A. Bandura), теория поиска ощущений (M. Zuckerman), теория стадий изменения поведения (J. O. Prochaska), концепция отношения к здоровью (Р. А. Березовская, Г. С. Никифоров и др.), легли в основу построения векторной модели здоровьесберегающего потенциала личности (по А. Г. Маджуге [6]), органично включающей в себя следующие вектора (элементы психологического пространства личности, обладающие направлением и дихотомическими проявлениями): здоровьесберегающую установку, метапознавательные способности и здоровьесберегающую компетентность [12, с. 58–59].

Здоровьесберегающая установка определяется как психологическое состояние предрасположенности субъекта к активной позиции в отношении удержания и наращивания объема собственного здоровьесберегающего потенциала. Данная установка представлена двумя типами: первичная (создается на основе потребности в сохранении здоровья и обуславливает возникновение активности в повышении ранга ценности здоровья в системе жизненных ценностей личности) и вторичная (образуется на основе доминирующей потребности в наращивании потенциала в условиях угрозы деформации здоровьесберегающего потенциала, что, как правило, связано с невозможностью его реализации в результате устойчивого негативного воздействия внешней среды).



Метапознавательные способности характеризуют индивидуальные особенности личности, позволяющие отражать, оценивать и осознанно управлять познавательной системой при построении и оценке поведения ориентированного на сохранение и укрепление здоровья. Содержательное поле данного вектора включает: отражение, оценивание и управление собственной познавательной системой.

Здоровьесберегающая компетентность характеризует уровень становления, развития и владения субъектом практическими навыками сохранения и укрепления здоровья, их применения (моделирования) в различных жизненных ситуациях, поскольку здоровьесберегающая активность должна быть обеспечена как практическим инструментарием (технологиями, приемами и методами), так и методическими подходами к его использованию при моделировании и построении соответствующих изменяющимся ситуациям стратегий.

Раскрывается здоровьесберегающий потенциал через совокупность внешних (физических, психологических и духовно-нравственных) и внутренних (социальных и общественно-политических) условий обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья:

- физические – наследственность, уровень физического развития (соматометрические, соматоскопические и физиометрические показатели), уровень состояния здоровья (наличие или отсутствие хронических заболеваний), уровень неспецифической резистентности (сопротивляемости) организма, уровень физической подготовленности (показатели кондиционных физических качеств);
- психологические – уровень развития основных психологических процессов (восприятие, мышление, память, воображение и др.) и его соответствие установленным возрастным нормам;
- духовно-нравственные – уровень развития эмоционально-мотивационной сферы, ценностных ориентаций и установок; уровень адекватности поведения требованиям социальной среды;
- социальные – наличие и доступность услуг физкультурно-оздоровительных, коррекционно-психологических, медико-реабилитационных и иных центров и служб содействия укреплению здоровья;
- общественно-идеологические – наличие стойких идеологических позиций в отношении приоритетности здоровья, здорового образа



жизни, поддерживаемого на всех уровнях государственной власти (федеральном, региональном, муниципальном и объектном).

Облегчает определение цели, выбор средств, методов и критериев становления лично значимых качеств, необходимых для здоровьесориентированной деятельности наличие структурной модели готовности обучающегося к данному виду деятельности. Построение модели основано на положении о целостности человеческой личности, структуре, соответствующей структуре личности: направленности, опыта, индивидуальных особенностей и биопсихических свойств (по К. К. Платонову). Соответственно, основными взаимосвязанными компонентами готовности обучающегося к здоровьесориентированной деятельности нами определены [12, с. 62]:

- 1) мотивационно-ценностный (приоритетность ценности здоровья в системе жизненных ценностей; наличие потребности, желания, доминирующей внутренней мотивации к сохранению и укреплению здоровья);
- 2) когнитивный (система знаний о здоровье, здоровом образе жизни, способах охраны и увеличения резервов здоровья; представления об особенностях и условиях здоровьесориентированной деятельности);
- 3) эмоционально-волевой (ответственное отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих; целеустремленность в сохранении и укреплении здоровья; стремление к самопознанию, саморазвитию, самовоспитанию, отраженное в индивидуальном опыте здоровьесориентированной деятельности; самоконтроль, обеспечивающий систематичность осуществления данной деятельности);
- 4) операционально-процессуальный (владение способами осуществления здоровьесориентированной деятельности; перенос индивидуального опыта по сохранению и укреплению здоровья в повседневную практику);
- 5) оценочно-рефлексивный (самооценка своей подготовленности и соответствия процесса решения здоровьесориентированных задач оптимальным образцам).

Содержание компонентов, в свою очередь, рассматривается как система здоровьесберегающих способностей обучающегося (специфические



качества человека – физические, психические, духовно-нравственные, необходимые и достаточные для эффективного осуществления здоровьесберегающей деятельности), границы целостности которой определяются требованиями здоровьесберегающей деятельности человека, а возможность их реализации зависит от уровня здоровьесберегающего потенциала личности.

Все компоненты готовности взаимосвязаны и взаимообусловлены. В частности, ценностное отношение к здоровью стимулирует мотивацию, обеспечивающую осуществление здоровьесберегающей деятельности, влияет на формирование когнитивного компонента. Сформированная мотивация, в свою очередь, оказывает воздействие на развитие эмоционального отношения к процессу здоровьесберегающей деятельности, способствует проявлению волевых усилий. Положительные эмоции, сопровождающие ситуации успеха, фиксируются в сознании и стимулируют развитие когнитивного и рефлексивного компонентов. Развитые рефлексивные способности позволяют адекватно оценивать свою активность, корректировать эмоционально-волевые проявления, влияют на формирование потребности в углублении и систематизации знаний в направлении сохранения и укрепления здоровья.

Развитие данных компонентов составляют одну из ключевых содержательных сторон образовательного процесса в контексте здоровьесберегающей деятельности и связано с запуском таких механизмов как рефлексия, самоцелеполагание, самопрограммирование и самореализация.

Формирование готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности предполагает учета выделенных нами принципов [12, с. 65–66]:

- 1) принцип ценностности, предполагающий формирование устойчивой мировоззренческой позиции обучающихся относительно ценности здоровья как наивысшей в иерархии общечеловеческих ценностей;
- 2) принцип деятельностности, предусматривающий активное вовлечение обучающихся в различные виды деятельности по сохранению и укреплению здоровья, ориентированные на развитие их творческого



потенциала и учитывающие индивидуальные и возрастные особенности каждого ребенка;

3) принцип самоуправления, предполагающий предусматривающий расширение здоровьесберегающего потенциала личности через управление (самоуправление) внешними и внутренними условиями его обеспечения (физическими, психологическими, духовно-нравственными, социальными, общественно-идеологическими);

4) принцип индивидуализации, предусматривающий разработку содержательных и процессуальных методических и методологических разработок по формированию здоровьесберегающей личностной позиции обучающихся в условиях образовательных организаций с учетом их возрастных особенностей;

5) принцип векторности, предполагающий формирование и развитие здоровьесберегающего потенциала личности по индивидуальным траекториям движения в границах заданных векторов (здоровьесберегающая установка, метапознавательные способности, здоровьесберегающая компетентность);

6) принцип интегрированности, обуславливающий разносторонность и комплексность педагогического воздействия на обучающихся в процессе сохранения и укрепления здоровья с учетом единства составляющих его компонентов (физического, психологического и духовно-нравственного), путем интеграции усилий специалистов различных профилей (медико-гигиенического, психолого-педагогического, социально-педагогического) задействованных в здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций.

Модель готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности представлена на рисунке 2.

В целом, результатом формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности является образование соответствующих мотивов, установок и опыта, придание психическим процессам и свойствам личности таких особенностей, которые обеспечат обучающимся возможность эффективно вести здоровый и безопасный образ жизни независимо от условий или динамики изменения жизненной

обстановки. Оценивается данное формирование через мотивационно-ценностный, когнитивный, эмоционально-волевой, операционально-процессуальный и оценочно-рефлексивный уровни выраженности.

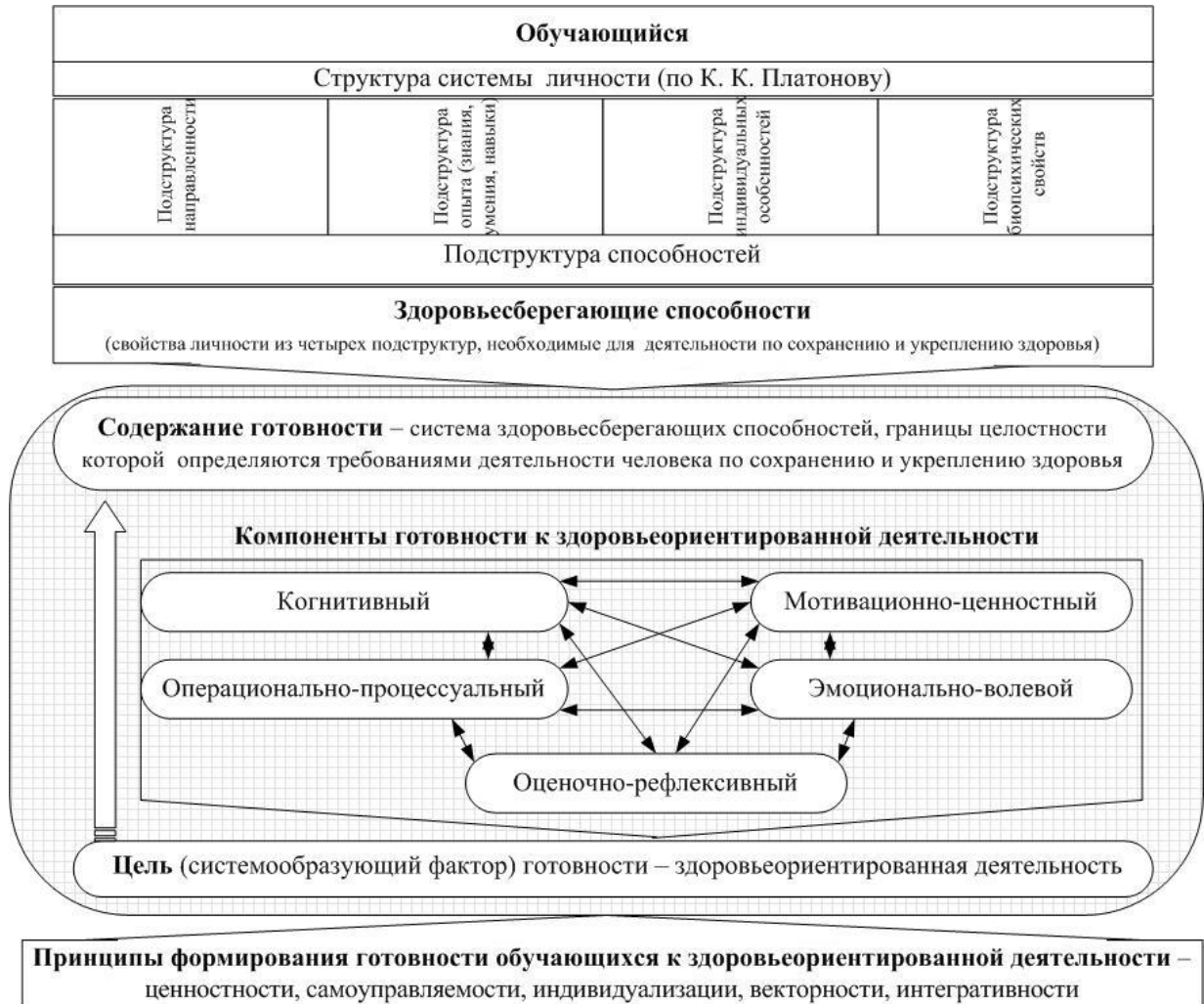


Рисунок 2. Модель готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности

Будучи сложным и продолжительным во времени процессом формирование готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности предусматривает соблюдение ряда условий, гарантированно обеспечивающих его эффективность. В соответствии с проведенным анализом, в рамках педагогического процесса само понятие «условие», на наш взгляд, можно охарактеризовать следующим образом: во-первых, как совокупность причин, обстоятельств, каких-либо объектов и т. д.; во-вторых, как влияние обозначенной совокупности на воспитание, обучение и развитие человека, в том числе на ускорение или замедление данных процессов.



Условия осуществления образовательной деятельности человека весьма разнообразны и разнородны (В. С. Ильин, Р. С. Немов, Г. Н. Сериков, В. И. Смирнов и др.). Одни из них предопределяются объективными законами развития реальной действительности. Другие носят антропогенный характер, то есть являются следствиями социальных процессов. Некоторые условия специально создаются для осуществления образовательной деятельности людей. Однако при всем различии любые условия характеризуются общим признаком: обучающийся, оказавшись в тех или иных условиях образовательной деятельности, испытывает их влияние на себе. При этом он воспринимает соответствующие условия как объективные обстоятельства, общепризнанные правила (требования), которые касаются его постольку, поскольку его образовательная деятельность происходит в этих условиях.

Условия, обеспечивающие достижение соответствующего уровня личностной направленности обучающихся, их мотивации к личностному развитию (саморазвитию, самосовершенствованию) в сохранении и укреплении здоровья следует рассматривать как личностные. Данные условия связаны с развитием у обучающихся здоровьесберегающего потенциала.

Динамическая природа здоровьесберегающего потенциала личности отражается в способностях к его наращиванию (увеличение объема потенциала), удержанию (сохранение границ объема потенциала) и расходованию (снижению объема потенциала) [6, 14]. Неэкономное расходование может привести к невозможной утрате способности к его наращиванию. Раскрытие внутренних механизмов наращивания здоровьесберегающего потенциала личности, понимание детерминант этого процесса позволяет выйти на новый уровень управления ресурсами здоровья.

Механизм развития здоровьесберегающего потенциала рассматривается нами как движущая сила, направленная на преобразование его объема. Развитие здоровьесберегающего потенциала каждого отдельного человека происходит по индивидуальным траекториям движения, векторам и имеет различный темп наращивания. Каждый вектор характеризуется дихотомией, направленностью и динамикой. Процессы наращивания осуществляются в соответствии с основными принципами современной научной психологии: системности, самодетерминации и опосредованного



воздействия. На основании принципа системности здоровьесберегающий потенциал может быть рассмотрен как система взаимообусловленных и взаимовлияющих векторов (здоровьесберегающая установка, метапознавательные способности и здоровьесберегающая компетентность), составляющих единое целое. Предполагается, что изменение любого из векторов (как элемента системы) приводит систему в движение. С позиции принципа самодетерминации отдельные факторы могут оказывать колебательное воздействие на систему, но при относительной самодостаточности личность становится способной к самостимулированию как положительных, так и отрицательных стратегий жизни и деятельности в отношении своего здоровья. Согласно принципу опосредованного воздействия взаимодействие двух личностей (например, обучающегося и обучающегося или обучающегося и педагога), обладающих соответственно разными здоровьесберегающими потенциалами, будет оказывать определенное взаимовлияние, которое будет способствовать либо осознанию, удержанию и наращиванию потенциала, либо его расходованию и деформации.

Временная и пространственная характеристики здоровьесберегающего потенциала могут соотноситься с периодами возрастного развития человека. Траектория развития имеет параболическую форму: на начальном этапе онтогенетического развития происходит наращивание здоровьесберегающего потенциала; на пике онтогенеза возникает необходимость в сформированных умениях удерживать (сохранять) и рационально использовать данный вид потенциала; на этапе старения предполагается интенсивное расходование потенциала для сохранения качества жизни человека [6, с. 372]. Таким образом, чем более благоприятные условия для наращивания здоровьесберегающего потенциала были созданы в детском, подростковом и юношеском возрасте, тем легче его будет удержать, сохранить и рационально использовать в зрелом и пожилом периоде онтогенеза. Данное видение позволяет определить ориентиры для разработки и апробации специальных формирующих воздействий на здоровье личности в различные периоды ее развития.

В соответствии с учением А. А. Ухтомского «о доминанте» и теории установки Д. Н. Узнадзе, формирование у человека здоровьесберегающего потенциала возможно через здоровьесберегающую установку как направленность на определенную активность. В этом случае можно



выделить следующие типы отношения человека к своему здоровью [12, с. 130]:

- пассивное отношение, характеризуется пассивной позицией в отношениях к здоровью и к осуществлению деятельности по его сохранению и укреплению; отсутствием собственных средств, приемов и технологий сохранения и укрепления здоровья;
- активное отношение (внешне активное), характеризуется активной позицией человека в осуществлении деятельности по сохранению и укреплению здоровья; опорой на себя в здоровьеориентированной деятельности; репродуктивным использованием внешних (внешней среды) средств, приемов и технологий сохранения и укрепления здоровья;
- творческое отношение (внутренне активное), характеризуется активной позицией человека в осуществлении здоровьеориентированной деятельности; опорой на себя; творческим использованием внешних и внутренних (психологических) средств, приемов и технологий сохранения и укрепления здоровья.

В соответствии с данными типами нами выделены следующие типы личности по отношению к здоровью и здоровьеориентированной деятельности [12, с. 130]:

- 1) пассивный тип, характеризуется тем, что субъект полностью возлагает ответственность за здоровье на внешние факторы, проявляя пассивность в его сохранении и укреплении;
- 2) ответственно-пассивный тип, характеризуется высоким уровнем ответственности субъекта за состояние своего здоровья, но низким уровнем собственной активности в его поддержании;
- 3) ответственно-активный тип, характеризуется высоким уровнем ответственности субъекта за свое здоровье, однако недостаточной поведенческой активностью (преимущественно только при условии наличия нарушений в состоянии здоровья);
- 4) творчески-активный тип, характеризуется высоким уровнем ответственности и высоким уровнем активности субъекта по отношению к своему здоровью, его сохранению и укреплению.



Развитие здоровьесберегающего потенциала обучающихся предполагает прохождение представленной иерархии типов.

Целью организации здоровьесберегающего образовательного процесса является обеспечение максимального развития возможностей обучающихся в плане сохранения и укреплении здоровья, что предполагает формирование внутренней мотивации (детерминации) поведения, механизмов самоконтроля и саморегуляции. Ориентировочный алгоритм перевода обучающегося из объекта в субъект здоровьесберегающей деятельности, то есть активизации его здоровьесберегающей личностной позиции представлен в таблице 1.

Таблица 1. Алгоритм перевода обучающегося из объекта в субъект здоровьесберегающей деятельности

Этапы	Содержание деятельности педагога по управлению формированием готовности обучающегося к здоровьесберегающей деятельности	Содержание здоровьесберегающей деятельности обучающегося
Мотивационно-ценностный	Постановка основной цели, мотивирование здоровьесберегающей деятельности	Осознание и принятие цели, формирование личностных смыслов установки на сохранение и укрепление здоровья собственными усилиями
	Формирование установки на сохранение и укрепление здоровья собственными усилиями	
Ориентационно-диагностический	Инициирование к самопознанию (самообследование)	
	Организация знакомства с комплексом методик по определению ресурсов здоровья	Выбор и реализация диагностических методик с помощью педагога
	Определение направлений здоровьесберегающей деятельности	
	Оказание помощи в определении направлений здоровьесберегающей деятельности, разработке конкретных целей и программы их достижения	Определение направлений здоровьесберегающей деятельности, его конкретных целей и разработка программы их достижения
Организационно-деятельностный	Управление здоровьесберегающей деятельностью	
	Психолого-педагогическая поддержка реализации программы здоровьесберегающей деятельности (оказание помощи в определении знаний и умений, необходимых для здоровьесберегающей деятельности обучающихся, средств и способов увеличения здоровьесберегающего потенциала); профилактика и корректирование здоровьесберегающей деятельности	Самоуправление здоровьесберегающей деятельностью (приобретение соответствующих знаний, умений и навыков, освоение средств и способов увеличения ресурсов здоровья и их использование в жизнедеятельности)
Результативно-оценочный	Диагностика здоровьесберегающей деятельности	
	Оказание помощи в определении уровня готовности к здоровьесберегающей	Оценка на основе рефлексии результатов деятельности,



	деятельности; инициирование принятия новых решений	формирование установки на принятие решений по коррекции и совершенствованию здоровьесберегающего потенциала
--	--	---

В соответствии с возрастными особенностями, результат активности обучающегося следует соотносить с его отношением к своему здоровью. Так, в возрасте 6-11 лет (младший школьный возраст) это будет формированием здоровья; в возрасте 11-14 лет (подростковый возраст) – созидание здоровья; в возрасте 14-18 лет (старший школьный возраст) – сохранение здоровья; в 18-25 лет (юношеский возраст) – творение здоровья [12, 14]. В каждой представленной стратегии обучающегося в отношении своего здоровья преобладают те или иные компоненты: в младшем школьном возрасте – волевое отношение к здоровью, отраженное в поступках; в подростковом – мотивационно-ценностное; в старшем школьном возрасте – потребностно-мотивационное; в юношеский период – эмоционально-ценностное. На каждом из этапов должны присутствовать в определенном соотношении элементы здоровьесберегающей деятельности: чем старше ребенок, тем больше их должно быть. Соответственно, стратегии индивида в отношении своего здоровья необходимо выстраивать в различные возрастные периоды по-разному.

Таким образом, сложившаяся в Российской Федерации неблагоприятная ситуация, связанная с состоянием здоровья детей, подростков и молодежи, требует направленного решения задач по улучшению качества жизни данной категории населения: создания оптимальных условий для сохранения и укрепления их здоровья, формирования устойчивых стереотипов здорового и безопасного образа жизни, повышения социальной адаптированности. Особая роль в решении данных задач отводится системе образования.

Накопленный образовательными организациями педагогический опыт реализации здоровьесберегающей деятельности, отличаясь своей разносторонностью, в целом предусматривает развитие личности через формирование ее ценностного отношения к здоровью. В свою очередь, ценностное отношение к здоровью позволит обучающимся обеспечить ведение здорового и безопасного образа жизни, а значит – успешную социализацию в обществе. В этом случае речь будет идти о формировании готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности.



В настоящей статье представлены концептуальные положения и стратегические установки по формированию готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности в соответствии с идеями личностно ориентированной парадигмы образования, согласно которым:

- 1) здоровье рассматривается в качестве целевого ресурса личности, которым можно управлять;
- 2) базисом данного ресурса служит здоровьесберегающий потенциал личности, органично включающий в себя здоровьесберегающую установку, метапознавательные способности и здоровьесберегающую компетентность;
- 3) этапам развития здоровьесберегающего потенциала личности (формирование, созидание, сохранение и творчество) соответствуют типы отношения человека к здоровью и деятельности по его сохранению и укреплению: пассивный, ответственно-пассивный, ответственно-активный и творчески-активный;
- 4) модель готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности включает в себя содержательную и оценочную характеристику взаимосвязанных структурных компонентов (мотивационно-ценностного, когнитивного, эмоционально-волевого, операционально-процессуального и оценочно-рефлексивного), развитие которых связано с запуском механизмов рефлексии, самоцелеполагания, самопрограммирования и самореализации;
- 5) принципами формирования готовности обучающихся к здоровьесберегающей деятельности выступают: принцип ценностности, деятельности, самоуправляемости, индивидуализации, векторности и интегративности.

Практическая апробация теоретико-методологических положений исследования проводилась на базе образовательных организаций Уральского и Сибирского регионов, в рамках сетевого взаимодействия инновационно-активных образовательных учреждений федеральной экспериментальной площадки Академии повышения квалификации и переподготовки работников образования Министерства образования и науки РФ.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ и Правительства Свердловской области в рамках проекта № 14-16-66019



«Разработка модели управления качеством здоровьесберегающей деятельности»

Литература

1. Баранов А. А. Охрана здоровья детей в системе государственной политики / А. А. Баранов, Т. В. Яковлева, Ю. Е. Лапин // Вестник РАМН. – 2011. – № 6. – С. 8–12.
2. Ирхин В. Н., Ирхина И. В. Функции здоровьесберегающей педагогической системы университета // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2009. – № 4 (72). – С. 34–35.
3. Кисляков П. А. Социальные компетенции личности: состав и интеграция в системе профессиональной подготовки в вузе // Научный поиск. – 2014. – № 2.3. – С. 45–47.
4. Ле-ван Т. Н. Содержание и формы работы методиста с педагогами в области здоровьесбережения // Знание. Понимание. Умение. – 2013. – №1. – С. 205–209.
5. Ле-ван Т. Н., Нежкина Н. Н. Педагогические технологии формирования здорового образа жизни // Начальная школа плюс До и После. – 2012. – № 10. – С. 91–95.
6. Маджуга А. Г., Синицина И. А. Здоровьесозидающая педагогика: теория, методология, опыт, перспективы развития: монография. – М.: Логос, 2014. – 508 с.
7. Малярчук Н. Н. Здоровье педагога в контексте культуры здоровья нации // Образование и наука. – 2005. – № 4. – С. 47–55.
8. Малярчук Н. Н. Реальные пути преодоления факторов, негативно влияющих на детей и подростков в образовательных учреждениях // Образование и наука. – 2014. – № 1 (110). – С. 116–131.
9. Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук [Электронный ресурс]: сайт. Режим доступа: <http://www.nczd.ru>
10. Онищенко Г. Г. Безопасное будущее детей России. Научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей



среды и здоровья наших детей / Г. Г. Онищенко, Баранов А. А., Кучма В. Р.
– М.: Изд-во НЦЗД РАМН. 2004. – 154 с.

11. Российский статистический ежегодник. 2012: Статистический сборник.
– М.: Изд-во Росстата, 2012. – 786 с.

12. Третьякова Н. В., Федоров В. А. Качество здоровьесберегающей
деятельности образовательных организаций: теория и технологии
обеспечения: монография. – Екатеринбург: Рос. гос. проф.-пед. ун-т, 2014.
– 208 с.

13. Третьякова Н. В., Федоров В. А. Качество здоровьесберегающей
деятельности образовательных учреждений: понятийный аспект //
Образование и наука: Изв. Урал. отд-ния РАО. – 2013. – № 4. – С. 112–
132.

14. Третьякова Н. В. Формирование готовности обучающихся
образовательных учреждений к здоровьесберегающей деятельности /
Н. В. Третьякова; под науч. ред. В. А. Федорова. – Екатеринбург: Изд-во
Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2014. – 159 с.

15. Хуторской А. В. Технология выращивания ценностей и целей учащихся
// Эйдос. – 2014. – № 4. <http://eidos.ru/journal/2014/>

--

Для ссылок:

Третьякова Н.В., Ле-ван Т.Н. Здоровье как ценность, ориентир и результат деятельности обучающихся: педагогическая модель [Электронный ресурс] // Вестник Института образования человека. – 2015. – №2. <http://eidos-institute.ru/journal/2015/200/>. – В надзаг: Института образования человека, e-mail: vestnik@eidos-institute.ru