

Л. Ф. Тихомирова, Т. В. Макеева

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ПЕДАГОГИКА

УЧЕБНИК ДЛЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО БАКАЛАВРИАТА

**Книга доступна в электронной библиотечной системе
biblio-online.ru**

Москва ■ Юрайт ■ 2019

УДК 37(075.8)
ББК 74я73
Т46

Авторы:

Тихомирова Лариса Федоровна — профессор, доктор педагогических наук, кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой олигофренопедагогики дефектологического факультета Ярославского государственного педагогического университета имени К. Д. Ушинского;

Макеева Татьяна Витальевна — доцент, кандидат педагогических наук, доцент кафедры социальной педагогики и организации работы с молодежью факультета социального управления Института педагогики и психологии Ярославского государственного педагогического университета имени К. Д. Ушинского.

Рецензенты:

Тарханова И. Ю. — доктор педагогических наук, доцент, заведующая кафедрой социальной педагогики и организации работы с молодежью факультета социального управления Института педагогики и психологии, доцент кафедры теории и методики профессионального образования Института развития кадрового потенциала Ярославского государственного педагогического университета имени К. Д. Ушинского;

Басов А. В. — доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, доцент кафедры олигофренопедагогики Ярославского государственного педагогического университета имени К. Д. Ушинского.

Тихомирова, Л. Ф.

Т46 **Здоровьесберегающая педагогика : учебник для академического бакалавриата / Л. Ф. Тихомирова, Т. В. Макеева. — М. : Издательство Юрайт, 2019. — 251 с. — (Серия : Образовательный процесс).**

ISBN 978-5-534-06930-3

Здоровьесберегающая педагогика является важным и перспективным направлением современного образования, базируется на идеях гуманизма и природосообразности и направлена на реализацию образовательными учреждениями функции сохранения и укрепления здоровья обучающихся. Здоровоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни — одно из важных направлений не только медицинской, но и педагогической сферы, на чем авторы акцентируют особое внимание.

Соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Учебник адресован студентам, магистрантам, преподавателям, аспирантам, а также практикующим социальным педагогам и социальным работникам.

УДК 37(075.8)

ББК 74я73



Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав. Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая компания «Дельфи».

ISBN 978-5-534-06930-3

© Тихомирова Л. Ф., Макеева Т. В., 2018

© ООО «Издательство Юрайт», 2019

Оглавление

Введение	6
Глава 1. Предпосылки возникновения здоровьесберегающей педагогики	15
1.1. Состояние и основные тенденции здоровья детей и подростков	15
1.2. Факторы, влияющие на здоровье детей школьного возраста.....	18
1.3. Теоретические предпосылки возникновения здоровьесберегающей педагогики.....	25
1.4. Характеристика наук и отраслей наук, занимающихся решением проблемы сохранения здоровья детей.....	30
Выводы	44
Вопросы и задания для самоконтроля	44
Литература	45
Глава 2. Сущность, закономерности и принципы здоровьесберегающей педагогики	47
2.1. Сущность здоровьесберегающей педагогики.....	47
2.2. Закономерности здоровьесберегающей педагогики	55
2.3. Принципы здоровьесберегающей педагогики.....	57
Выводы	61
Вопросы и задания для самоконтроля	62
Литература	62
Глава 3. Экспертно-функциональный подход в здоровьесберегающей педагогике	63
3.1. Подходы, реализуемые в образовательных учреждениях для сохранения здоровья детей.....	63
3.2. Экспертно-функциональный подход к организации здоровьесберегающей педагогической деятельности.....	74
3.2.1. Экспертиза программ, технологий, учебного процесса с точки зрения их влияния на здоровье обучающихся.....	76
3.2.2. Особенности выбора технологий для малокомплектной сельской школы	84
3.2.3. Анализ урока с точки зрения его влияния на здоровье детей	86
Выводы	89
Вопросы и задания для самоконтроля	89
Литература	90

Глава 4. Условия реализации образовательными учреждениями функции сохранения и укрепления здоровья обучающихся	91
4.1. Комплексная оценка риска заболеваемости школьников	92
4.2. Единые требования к программам «Здоровье», реализуемым в образовательных учреждениях	99
4.3. Компетентность педагогов и готовность к осуществлению здоровьесберегающей деятельности	100
4.4. Механизмы взаимодействия педагогов и других специалистов образовательных учреждений в решении вопросов сохранения и укрепления здоровья детей	104
4.5. Использование средств оптимизации и восстановительных мероприятий в учебном процессе	117
4.6. Внедрение здоровьесберегающих технологий в учебный процесс	121
4.7. Мониторинг здоровья обучающихся в образовательном учреждении	142
Выводы	145
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	147
<i>Литература</i>	148

Глава 5. Формирование здоровьесберегающей среды в образовательном учреждении на основе экспертно-функционального подхода	149
5.1. Сущность понятия «здоровьесберегающая среда»	149
5.2. Критерии эффективности реализации функции по сохранению и укреплению здоровья образовательными учреждениями и создания здоровьесберегающей среды	154
5.3. Модель создания здоровьесберегающей среды	156
5.4. Подготовка социальных педагогов и социальных работников к здоровьесберегающей деятельности	159
Выводы	173
<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	173
<i>Литература</i>	174

Глава 6. Здоровьесберегающие аспекты инклюзивного образования	175
6.1. Организация образовательного процесса в инклюзивной образовательной среде	175
6.2. Инклюзивная практика социально-педагогического сопровождения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательной школе и учреждении дополнительного образования детей	181
6.3. Социально-педагогические условия формирования доступной среды для инклюзивного образования студентов с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов	186
Выводы	191

<i>Вопросы и задания для самоконтроля</i>	192
<i>Литература</i>	192
Рекомендуемая литература	195
Приложения	197

Введение

Здоровье — это драгоценность, и притом единственная, ради которой стоит не только не жалеть времени, сил, трудов и всяких благ, но и жертвовать ради него частицей самой жизни, поскольку жизнь без него становится нестерпимой и унижительной

Мишель Монтень

В последнее десятилетие обеспечение благополучного и защищенного детства стало одним из основных национальных приоритетов России. В посланиях Президента РФ Федеральному Собранию ставились задачи по разработке современной и эффективной государственной политики в области детства. Проблемы детства и пути их решения нашли свое отражение в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.¹

Приоритетными направлениями в рамках реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012—2017 гг. (далее — Стратегия) стали национальные проекты «Здоровье», «Образование» и ряд федеральных целевых программ.

На данный момент наметились позитивные тенденции увеличения рождаемости и снижения детской смертности, повышения доступности образования и медицинской помощи для детей. Вместе с тем остаются нерешенными проблемы, связанные с созданием комфортной и доброжелательной для жизни детей среды, продолжается сокращение численности детского населения, у значительной части детей дошкольного возраста и обучающихся в общеобразовательных учреждениях обнаруживаются различные заболевания и функциональные отклонения.

В условиях модернизации образования одной из главных задач является сохранение и укрепление здоровья детей в процессе их обучения, но практика демонстрирует ухудшение здоровья школьников. За годы обучения в школе число учащихся с близорукостью, наруше-

¹ Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012—2017 годы (утв. Указом Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761).

ниями опорно-двигательного аппарата возрастает в пять раз, с психоневрологическими отклонениями — в полтора-два раза. В специальной литературе употребляются такие термины, связанные со школой, как «школьный стресс», «дидактогения». Современная массовая школа не обеспечивает компенсацию типичного для современных детей состояния физиологической и психологической незрелости.

В работе школы необходимо констатировать наличие такой ведущей проблемы, как противоречие между потребностью учащихся и их семей, требованиями государства в сохранении и укреплении здоровья обучающихся в школе и отрицательной динамикой физического состояния детей.

А. А. Дмитриев указывает на уникальный парадокс: с одной стороны, школа может оказать существенное влияние на образ жизни ученика и способствовать его оздоровлению в процессе обучения, с другой стороны, здоровых детей в школе крайне мало¹. Обучение и воспитание ребенка должны приобрести здоровьесберегающий и оздоровительный характер. Однако ни школьная мебель, ни учебники, ни тетради, ни школьная экология, ни даже школьная физическая культура не несут того потенциала оздоровления, который помог бы школьнику быть здоровым.

Следует также отметить противоречия между растущим объемом информации, которой должен овладеть подрастающий человек в системе общего образования, и достаточно ограниченным временным промежутком пребывания в этой системе.

Считается, что заботой о здоровье детей должны заниматься медики. Но система здравоохранения, основанная на патологоцентристской парадигме, сконцентрирована на болезнях, а не на здоровье. За прошедшие десятилетия медицинской и биологической науками накоплен богатейший материал по оценке влияния обучения на здоровье детей (работы М. В. Антроповой, М. М. Безруких, С. М. Громбаха, А. Г. Хрипковой), но он требует не столько медицинского, сколько педагогического осмысления. Впервые за многие десятилетия государство обратило пристальное внимание на проблемы здоровья подрастающего поколения.

Одно из направлений Стратегии — «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни» имеет целый ряд задач:

1. Создание условий для здорового развития каждого ребенка с рождения, обеспечение доступа всех категорий детей к качественным услугам и стандартам системы здравоохранения, средствам лечения болезней и восстановления здоровья.

2. Развитие подростковой медицины, клиник, дружественных к детям и молодежи, стимулирование потребности в здоровом образе жизни.

¹ Дмитриев А. А. Оздоровительная направленность обучения как один из важнейших принципов педагогической валеологии // Проблемы педагогической валеологии. СПб., 1997. С. 15—17.

3. Обеспечение надлежащих комплексных услуг и стандартов в сфере здравоохранения для детей с особыми потребностями.

4. Формирование современной модели организации отдыха и оздоровления детей на принципах государственно-частного партнерства.

5. Формирование потребности у детей и подростков в здоровом питании и совершенствование системы обеспечения качественным питанием детей в образовательных учреждениях, лечебных и лечебно-профилактических, санаторно-курортных и реабилитационных учреждениях.

Перечислим ряд мер по созданию дружественного к ребенку здравоохранения, которые предусматривают опору на педагогическую и социально-педагогическую составляющие:

1) создание службы сопровождения и поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, для предотвращения отказов от ребенка;

2) обеспечение юридического и психологического сопровождения рожениц в женских консультациях и родильных домах;

3) развитие подростковой медицины, создание молодежных консультаций, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медико-социальной помощи подросткам;

4) проведение просветительской работы по предупреждению ранней беременности и абортов у несовершеннолетних;

5) создание кризисных центров по типу «маленькая мама» для оказания помощи несовершеннолетним беременным и матерям с детьми;

6) обеспечение реализации комплекса мероприятий социальной рекламы, направленных на формирование здорового образа жизни, профилактику суицидального поведения среди несовершеннолетних, информирование о деятельности служб поддержки и экстренной психологической и социально-правовой помощи, в том числе через Интернет, телефоны службы анонимного консультирования;

7) привлечение институтов гражданского общества, развитие волонтерского движения в целях решения проблем, связанных с формированием у детей и подростков потребности в здоровом образе жизни и получением поддержки и помощи в ситуациях, связанных с риском причинения вреда здоровью;

8) распространение здоровьесберегающих технологий обучения, технологий «школа здоровья» на все образовательные учреждения, включая организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

9) обеспечение доступности занятий физической культурой, туризмом и спортом для всех категорий детей в соответствии с их потребностями и возможностями с ориентацией на формирование ценностей здорового образа жизни;

10) внедрение инновационных оздоровительных и физкультурно-спортивных технологий в работу образовательных учреждений и организаций;

11) повышение эффективности мероприятий, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, туберкулеза, и совершенствование системы противодействия распространению этих заболеваний среди целевых групп школьников, молодежи и наиболее уязвимых групп населения;

12) активизация деятельности центров здоровья для детей в сфере проведения обследования детей, обучения их гигиеническим навыкам и мотивирования к отказу от вредных привычек;

13) реализация программ гигиенического воспитания в целях предоставления детям возможности осуществлять информированный выбор в вопросах здорового образа жизни;

14) проведение мониторинга по стандартной оценке качества жизни ребенка, включая эмоциональный, коммуникативный и психосоматический компоненты;

15) внедрение регулярного государственного мониторинга основных поведенческих рисков, опасных для здоровья детей и подростков;

16) разработка системы мер по предотвращению подросткового суицида, включая подготовку психологов в системе здравоохранения для работы с детьми и подростками с суицидальными наклонностями, а также организацию проведения психологическими службами образовательных учреждений профилактической работы с детьми, родителями, социальным окружением ребенка;

17) разработка программы противодействия пропаганде молодежных суицидов в интернет-среде;

18) ограничение (вплоть до полного запрета) скрытой рекламы табака, алкогольной продукции, привлекающей внимание детей и подростков;

19) внедрение новых видов отдыха и досуга для подростков, исключая традиции курения, употребления алкогольной продукции;

20) обеспечение культурного, здорового досуга детей и подростков, проживающих в малых городах и сельской местности, в том числе в рамках реализации государственных целевых программ;

21) активизация работы по исполнению соответствующих ведомственных нормативных правовых актов о психологическом тестировании обучающихся в образовательных учреждениях на предмет потребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ;

22) внесение в федеральное законодательство изменений, касающихся раннего выявления лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств и психотропных веществ, среди обучающихся в образовательных учреждениях общего и профессионального образования, а также оказания наркологической помощи несовершеннолетним, больным наркоманией, в возрасте от 16 до 18 лет без их согласия по просьбе или с согласия их родителей (законных представителей).

Современные педагогические технологии, к сожалению, не всегда учитывают уровень здоровья, а также адаптивные возможности детей. Мнения ученых по этому вопросу крайне противоречивы.

Так, Н. В. Репкин, анализируя развивающую систему Д. Б. Эльконина — В. В. Давыдова, теоретически обосновывает, что развивающее обучение должно приводить к ограничению учебной нагрузки детей; уменьшению объема домашних заданий, снижению уровня школьной тревожности, способствуя тем самым сохранению здоровья детей.

М. Н. Берулава утверждает, что на современном этапе реализации развивающее обучение в случае недостаточного уровня теоретико-методической подготовки учителя, а также для учащихся с невысоким уровнем возрастного психического развития и для детей с доминированием образно-чувственного восприятия мира оказывается дезадаптивным и наносящим вред здоровью школьников¹.

Исследования физиологов (М. В. Антроповой, Г. В. Бородкиной, А. И. Киколова, Л. И. Кузнецовой, Л. Л. Каталымова) показали наличие противоречия между достижениями в области обучения и потерями в состоянии здоровья школьников. Нельзя также не отметить противоречие, во-первых, между уровнем компетентности педагогов в решении вопросов сохранения здоровья и задачами, которые перед ними ставит общество; а во-вторых, между уровнем компетентности педагогов и желанием заниматься решением этих проблем.

По нашему мнению, необходимо так организовать учебный процесс, чтобы каждый учитель на каждом уроке не только способствовал сохранению здоровья учащихся, но и формировал здоровье. Для этого следует максимально раскрыть возможности педагогики в аспекте здоровьесбережения, показать теоретические основы здоровьесберегающей педагогики, а также направления внедрения их в практику современной школы и учреждений социальной сферы.

Для формирования всесторонне развитой личности большое значение имеет задача поиска и прогнозирования новых методов, приемов, технологий, соответствующих форм и организации учебной деятельности и нового ее содержания (В. В. Давыдов, Д. Б. Эльконин, В. П. Беспалько, Н. А. Бирюков, В. Н. Гончаров, А. А. Муравьев, В. П. Казначеев, В. И. Мурашов, Г. К. Селевко и др.). Необходимо создать модель образовательной технологии, позволяющей уменьшить отрицательное влияние учебно-воспитательного процесса на состояние здоровья детей.

Решение проблемы сохранения здоровья детей в образовательных учреждениях часто ограничивается рамками физического воспитания, хотя физическое развитие — это только один из показателей здоровья и не позволяет быстро реагировать на изменение ситуации со здоровьем обучающихся.

В учреждениях образования отсутствует мониторинг здоровья детей; в организации учебного процесса не учитывается динамика показате-

¹ Берулава М. Н. Гуманизация образования: проблемы и перспективы. Бийск, 1996.

лей физического развития и заболеваемости учащихся. Не проводится экспертиза программ, планов, технологий с точки зрения их влияния на здоровье школьников; отсутствуют механизм проведения такой экспертизы, а также рекомендации по проведению анализа урока.

Таким образом, следует отметить ряд противоречий в организации педагогического процесса с точки зрения сохранения и укрепления здоровья детей:

1. *Организационно-педагогические противоречия:*

- между потребностью учащихся и их семей, требованиями государства в сохранении и укреплении здоровья обучающихся в школе и отрицательной динамикой физического состояния детей;
- между декларированием в государственном масштабе прав детей на полноценное проживание детства и здоровьезатратностью современного образования;
- между требованиями Санитарных правил и норм к организации учебно-воспитательного процесса в образовательных учреждениях и реальным состоянием условий обучения и здоровья учащихся.

2. *Педагогические противоречия:*

- между наличием значительного опыта реализации разнообразных подходов к сохранению здоровья детей в образовательных учреждениях и отсутствием эффективного подхода к реализации функции сохранения и укрепления здоровья учащихся;
- между необходимостью создания педагогических условий для оказания существенного влияния на образ жизни учеников и сохранение их здоровья в процессе обучения в связи ростом числа больных детей и отсутствием теоретико-методической базы для осуществления этой деятельности;
- между уровнем компетентности педагогов в решении вопросов сохранения здоровья и задачами, которые перед ними ставит общество;
- между необходимостью учитывать в учебном процессе уровень здоровья и адаптивные возможности детей, предотвращать негативное воздействие учебного процесса на здоровье детей и отсутствием программ экспертизы образовательных технологий, учебных планов и программ с точки зрения их влияния на здоровье учащихся;
- между необходимостью отслеживания динамики показателей физического развития и заболеваемости учащихся и отсутствием необходимых для управления учебным процессом программ мониторинга здоровья детей в образовательных учреждениях.

Преодоление названных противоречий требует анализа причин их возникновения и понимания необходимости поиска путей для эффективного решения. Этим объясняется актуальность решения проблемы, которая формулируется следующим образом: *каковы теоретико-методологические основы здоровьесберегающей педагогики?* Решение данной проблемы позволит снизить здоровьезатратность современного общего

образования как в сложившихся социально-экономических условиях России, так и в условиях конкретной общеобразовательной школы.

Теоретико-методологической основой исследования проблемы здоровьесберегающей педагогики являются:

- учение о диалектическом характере социальных отношений (Г. Гегель);
- гуманистические принципы организации взаимоотношений людей в цивилизованном обществе, нашедшие отражение в работах Ж.-Ж. Руссо;
- идеи антропогенной цивилизационной парадигмы (Н. Н. Моисеев, К. В. Судаков, Г. Г. Дилигенский и др.);
- концепции гуманизации образовательной деятельности (Ш. А. Амонашвили, Е. В. Бондаревская, С. В. Кульневич, В. В. Сериков, В. П. Зинченко, В. И. Слободчиков);
- концепция оптимизации образовательного процесса Ю. К. Бабанского, М. М. Поташника;
- антропологический подход Н. А. Добролюбова, П. Ф. Лесгафта, К. Д. Ушинского, Л. С. Выготского, Б. Г. Ананьева, Л. В. Занкова, В. А. Сухомлинского;
- концепция личностно-ориентированного образования (Е. В. Бондаревская, Т. И. Кульпина, В. В. Сериков, В. А. Сластенин, В. С. Шубинский, И. С. Якиманская);
- идеи адаптивной школы (Т. И. Шамова, Т. М. Давыденко, Н. П. Капустин);
- опыт педологических исследований (М. Я. Басов, В. П. Кащенко, Н. Е. Румянцев);
- концептуальные идеи валеологии (И. И. Брехман, В. П. Казначеев, В. В. Колбанов);
- концептуальные положения педагогической валеологии, разработанные В. Н. Болдыным, Г. К. Зайцевым, Н. К. Смирновым, Л. Г. Татарниковой;
- принципы и закономерности лечебной педагогики (А. А. Дубровский, Е. А. Дегтерев, В. Е. Гурин, Е. М. Мастюкова);
- идеи социальной защиты детей (М. И. Рожков, Л. В. Байбородова);
- принципы и технологии педагогической диагностики (Е. А. Михайлычев, Р. С. Немов), проектирования образовательных систем (А. Ф. Аменд, К. Ш. Ахияров, А. С. Белкин, М. А. Галагузова, В. С. Леднев, М. М. Поташник, В. В. Сериков, Н. Н. Тулькибаева, В. А. Черкасов, Н. Д. Яковлева).

В учебнике использованы результаты диссертационного исследования Л. Ф. Тихомировой на соискание ученой степени доктора педагогических наук и совместные научно-методические разработки профессора Л. Ф. Тихомировой и доцента Т. В. Макеевой, выполненные в 2015—2017 гг. и опубликованные в научных изданиях из перечня, рецензируемого ВАК. В процессе работы над практической частью исследования

изучался опыт здоровьесберегающей деятельности в средних общеобразовательных школах г. Ярославля и Ярославской области. Для анализа реализации образовательными учреждениями функции сохранения и укрепления здоровья детей были опрошены 300 руководителей образовательных учреждений Ярославской области.

В результате проведенных авторами исследований в данном учебном издании определена сущность понятия «здоровьесберегающая педагогика», сформулированы цели, задачи, основные закономерности, обоснованы принципы реализации образовательными учреждениями функции сохранения и укрепления здоровья обучающихся; выявлены и обоснованы условия, обеспечивающие эффективность выполнения образовательными учреждениями данной функции; определены возможности экспертно-функционального подхода в осуществлении образовательными учреждениями функции сохранения и укрепления здоровья учащихся; разработаны методика его реализации и технология мониторинга здоровья и физического развития детей и подростков в образовательном учреждении; определены характеристики формирования здоровьесберегающей среды в образовательных учреждениях.

Особая роль в деле сохранения и укрепления здоровья обучающихся отводится социальным педагогам и социальным работникам. Предлагаемое издание разработано с учетом требований к подготовке данных специалистов в вузе и может быть использовано в рамках преподавания дисциплин «Валеология», «Социальные основы здоровья», «Лечебная педагогика», «Здоровьесберегающая педагогика», «Деятельность учреждений образования по охране и укреплению здоровья обучающихся», «Психогигиена учебно-воспитательного процесса», «Профилактика асоциальных явлений и формирование здорового образа жизни». В результате изучения дисциплин данного цикла студент должен:

знать

- теоретические основы и представления о здоровье; факторах, его определяющих; способах сохранения и укрепления;
- психофизиологические, физиологические, медицинские, психологические закономерности развития детского организма и личности;
- основы валеологической культуры, нормы и правила личной гигиены;

уметь

- принимать правильные решения относительно собственного здоровья и здоровья окружающих людей;
- использовать основы медицинских знаний в профессиональной деятельности;
- обеспечивать эколого-психологическую безопасность педагогической среды (включая регуляцию межличностных отношений, обучение с учетом состояния здоровья школьника, экологической ситуации, соблюдение санитарно-гигиенических требований к организации учебного процесса);

- осуществлять деятельность, направленную на сохранение здоровья воспитанников и обучающихся;

владеть

- опытом по сохранению и укреплению собственного здоровья, а также профессионально-педагогическими знаниями, необходимыми для осуществления здоровьесбережения в профессиональной деятельности;
- опытом построения здоровьесберегающей деятельности в образовательных и социозащитных учреждениях;
- технологиями здоровьесберегающей деятельности; положительной мотивацией на осуществление здоровьесбережения в профессиональной деятельности;
- положительным отношением к здоровью, здоровому образу жизни.

Глава 1.

ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ПЕДАГОГИКИ

1.1. Состояние и основные тенденции здоровья детей и подростков

При углубленном изучении состояния здоровья детей в различных регионах России здоровыми признаются только 0,4—10 % детей раннего возраста. Н. Л. Черная, описывая результаты проведенного в Ярославле исследования, приводит показатель 8 % [28].

Крайне низкие показатели здоровья детей раннего возраста свидетельствуют о кризисном положении здоровья нации в целом, ведь, как известно, именно в детстве закладываются основы здоровья на все последующие годы и формируются заболевания, проявляющиеся во взрослом периоде жизни.

Е. Е. Чепурных отмечает, что за последние годы в России произошло качественное ухудшение здоровья школьников [27]. По результатам исследований лишь 10 % выпускников могут считаться здоровыми, 40 % имеют различную хроническую патологию. У каждого второго школьника выявлено сочетание нескольких хронических заболеваний. За период обучения в школе число детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата увеличивается в полтора-два раза, с нервными болезнями и аллергическими заболеваниями — в два раза. По результатам исследований Э. С. Аветисова число детей с близорукостью увеличивается в образовательных учреждениях в пять раз [2]. М. М. Безруких пишет об увеличении количества учащихся с нарушением психического здоровья в два-три раза и росте заболеваемости более чем в пять раз в классах с авторитарным педагогом [11, с. 53].

Высокий уровень патологии у школьников указывает на приоритетность данной проблемы именно для подрастающего поколения.

В. В. Колбанов, Г. К. Зайцев подчеркивают, что оценка заболеваемости позволяет судить о здоровье детей школьного возраста. Среди соматических заболеваний детей и подростков наибольшее распространение имеют болезни дыхательных путей. В структуре заболеваемости школьников всех возрастов до 30 % приходится на заболевания

носоглотки. Частые острые респираторные вирусные инфекции ведут к формированию хронической патологии: хронического тонзиллита, хронического фарингита и пр. Школьники, страдающие такими заболеваниями, быстро утомляются, рассеянны на уроках. Патология органов пищеварения встречается в 12—18 % случаев. У ряда детей она формируется еще в дошкольном возрасте, а в школе ее вероятность повышается в возрасте 9—12 лет. Удельный вес нарушений осанки в начальных классах составляет до 65 %. Это связано с большой статической нагрузкой на позвоночник при начале обучения в школе. При отсутствии своевременной коррекции нарушения осанки могут сопровождаться прогрессирующим сколиозом.

По данным исследований, за время обучения детей в школе распространенность хронических заболеваний увеличивается в 1,5—2 раза. По состоянию здоровья от 52 до 58 % учащихся IX—XI классов имеют ограничения к тому или иному виду профессиональной деятельности. Школьники с первой группой здоровья в различных классах составляют от 8,6 до 14,2 %, со второй группой — от 37 до 49 %, с третьей группой — от 40 до 48 %, с четвертой группой — от 0,4 до 22 %. В школах с углубленным изучением дисциплин заболеваемость, как правило, выше, чем в обычных общеобразовательных. Это настораживает, так как имеется тенденция к увеличению количества гимназий, колледжей, лицеев на базе обычных школ. Пограничными нервно-психическими расстройствами страдают до 5 % учащихся школ [17].

М. В. Антропова, Г. В. Бородкина, Л. М. Кузнецова пишут о том, что острая заболеваемость учащихся в 1990-е гг. существенно выше, чем у их сверстников в 1970-е гг., и отражает снижение общей неспецифической сопротивляемости организма детей респираторным болезням [7].

Л. Н. Шакола в своих работах указывает, что уже к шести-семи годам 30—35 % детей нуждаются в лечении (из них 15—20 % имеют хроническую патологию). По результатам обследования с помощью АСПОН-Д (автоматизированной системы профилактических осмотров детского населения) к 14 годам выявляются: 31 % детей с нарушениями зрения, 43 % — с вегето-сосудистыми дистониями, 22 % — с нарушениями опорно-двигательного аппарата, 21 % — с патологией ЛОР-органов; гиподинамией страдает от 60 до 80 % детей [30].

Ученые приводят результаты профилактического осмотра детей с помощью Автоматизированной системы профилактических осмотров детского населения «Санус». Всего хроническая патология выявлена у 93 % осмотренных детей [17].

В. Ю. Альбицкий, А. А. Баранов отмечают, что 35,2 % детей относятся к группе часто болеющих; 36,5 % имеют отклонения физического развития. Учеными выявлено неблагоприятное распределение детей по группам здоровья: I группа — 7,1 %, II группа — 57,2, III группа — 35,6, IV группа — 0,1 %. Из каждой сотни обследованных детей 14 нуж-

даются в наблюдении участкового педиатра, 50 — в диспансерном наблюдении врача узкой специальности, 29 — в обследовании [3].

По мнению В. А. Смирнова, Т. В. Смирновой, учащиеся первой группы здоровья (здоровые) составляют — 28 %, второй группы (практически здоровые) — 51 %, третьей группы — 21 %. По данным исследования Д. Д. Шариповой, 96,5 % учеников нуждаются в систематическом наблюдении у различных врачей-специалистов; у 72 % обследованных учащихся обнаружены отклонения в состоянии здоровья.

Н. Н. Каминская отмечает, что в Вологде к первой группе здоровья относятся 79,8 % мальчиков в возрасте 11 лет, в 15 лет — 71,6 %. Этот же показатель среди девочек: 56,6 % в 11 лет и 48,8 % в 15 лет.

Н. П. Абаскалова приводит данные профилактических осмотров учащихся г. Барнаула. Среди учащихся I классов практически здоровые составляют лишь 9 %, дефекты речи отмечаются у 21 %, пониженное зрение у 21 %, нарушение осанки у 74 %, заболевания ЦНС у 24 %. В выпускных классах показатели возрастают в 2—8 раз, что обусловлено, с одной стороны, нарушением санитарно-гигиенических условий обучения, с другой — нездоровым образом жизни, особенно в подростковом и юношеском возрастах [1].

Для организации занятий на уроках физической культуры очень важно определить медицинские группы. По данным А. И. Винокурова, к основной группе отнесено 18 %, к подготовительной — 65, к специальной — 17 % детей.

Л. А. Жданова указывает, что ухудшение состояния здоровья детей в процессе обучения наиболее выражено при поступлении в школу и при переходе к предметному обучению. От первого к седьмому классу среди адаптированных к школе детей почти в два раза повышается число учеников (от 43 до 80 %), расплачивающихся за адаптацию ухудшением здоровья.

М. И. Степанова и З. И. Сазанок пишут, что у значительной части гимназистов отмечены проявления повышенной и высокой степени невротизма. От первого к третьему классу уменьшается количество здоровых детей, увеличивается число детей II группы, появляются дети IV группы. К третьему классу уменьшается число детей с нормальной рефракцией (с 61,5 до 42,3 %).

По данным исследований М. М. Князева, у учащихся общеобразовательных школ присутствуют признаки неблагополучия: повышенная утомляемость и завышенный против нормы уровень тревожности отмечаются практически у всех детей (в виде беспокойства «делового типа», а также в виде «социальной тревоги»).

Необходимы не только комплексная оценка состояния здоровья детей дошкольного и младшего школьного возраста, но и оценка динамики здоровья учащихся от класса к классу, а также выявление системообразующих факторов заболеваемости и расчет показателей риска заболеваемости учащихся, т. е. опасности возникновения той или иной патологии.

1.2. Факторы, влияющие на здоровье детей школьного возраста

Причины возникновения заболеваний заключены в негативном влиянии внешней среды, отягощенной наследственностью, неудовлетворительных социальных условиях. Так, В. П. Петленко предлагает распределить факторы, определяющие здоровье, по их влиянию следующим образом:

- человеческий фактор — 25 %;
- экологический фактор — 25 %;
- социально-педагогический фактор — 40 %;
- медицинский фактор — 10 %.

Ученые (Р. И. Айзман, В. П. Кулиев, Г. К. Зайцев, Э. М. Казин) указывают, что влияние социальных факторов на здоровье человека составляет 60—70 %. Рассматривая проблему здоровья участников образовательного процесса, исследователи (А. А. Найн, С. Г. Сериков, А. Г. Ильин, И. В. Звездина) делают вывод о необходимости оценки влияния учебно-воспитательного процесса на здоровье и школьников, и педагогов.

Л. С. Выготский, Д. Н. Исаев, В. Ф. Базарный, Е. В. Руденский считают, что все основные факторы риска имеют поведенческую основу или связаны с процессом обучения, поэтому медицине необходима помощь педагогики. Так, Л. С. Выготский подчеркивает, что правильно организованное обучение ведет за собой детское умственное развитие. Для относительной успешности ученика важна зона его ближайшего развития, т. е. способность усвоить материал с помощью учителя и без ущерба для здоровья.

Н. П. Абаскалова указывает, что для школьников социальными являются комплекс организационно-педагогических факторов:

- существующие классно-урочные технологии обучения;
- педагогический стиль работы учителя;
- реализация воспитательной установки на ЗОЖ, предполагающей соответствующую организацию образовательного пространства жизнедеятельности школы;
- организация и характер психологической поддержки;
- организация и характер медицинской помощи;
- санитарно-гигиенические условия обучения [1, с. 11].

Установлено также, что 11 лет напряженной умственно-эмоциональной работы школьников проходят в условиях, не соответствующих санитарно-гигиеническим нормам и правилам.

Среди факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье, М. М. Безруки называет программы и технологии обучения, объем учебной нагрузки, личностные характеристики учителя, санитарно-гигиенические условия обучения, организацию учебного процесса. По данным Института возрастной физиологии, к числу наиболее значимых факторов риска относится несоответствие методик и технологий обуче-

ния возрастным и функциональным возможностям ребенка, что ведет к нарушению психофизиологических механизмов, превалированию скоростных показателей обучения (особенно в начальной школе) над качественными, созданию стрессовых ситуаций, связанных с ограничениями времени. Второй фактор риска — авторитарная педагогика, преобладающая в школе. Третий фактор — нерациональная организация учебного процесса [11, с. 58].

Е. Е. Чепурных отмечает, что на здоровье детей влияет длительное воздействие социально-экономических и экологических факторов. К школьным факторам она относит:

- интенсификацию учебного процесса;
- стрессовые воздействия авторитарной педагогики;
- раннее начало дошкольного систематического обучения;
- несоответствие программ и технологий обучения функциональным и возрастным особенностям обучающихся;
- несоблюдение элементарных физиолого-гигиенических требований к организации учебного процесса;
- недостаточную подготовку педагогов в вопросах развития и охраны здоровья детей,
- недостатки в существующей системе физического воспитания [27, с. 5].

О неблагоприятном влиянии на здоровье школьников педагогических факторов пишет Г. П. Меньков [19]. Л. Д. Соломенко указывает на необходимость оценки влияния на здоровье учащихся образовательных технологий [23].

Изучение определяющих факторов, влияющих на здоровье школьников, с целью установления причин ухудшения их физического состояния позволило Т. И. Шамовой, Т. М. Давыденко сделать следующие выводы:

1. Увеличение количества учащихся, имеющих различные отклонения в физическом здоровье, вызвано прежде всего объективными причинами: воздействием неблагоприятной окружающей среды, плохим питанием детей.

2. Существующая система проведения уроков физкультуры (2 часа в неделю) не компенсирует гиподинамию учащихся; часто не учитывается половой диморфизм в физическом воспитании девочек и мальчиков.

3. На невысоком уровне находится состояние лечебно-оздоровительной работы в школе.

4. Чрезмерное нервно-эмоциональное напряжение детей обусловлено несоответствием предъявляемых учителями требований возможностям учащихся, а также оцениванием, построенном лишь на сравнении учащихся друг с другом по результатам выполнения заданий.

5. Наблюдается недостаточная двигательная активность детей, вследствие чего снижается их работоспособность на уроках и происходит рост острой и хронической заболеваемости.

б. Игнорирование учителями особенностей восприятия информации и особенностей мышления школьников вызывает утомление, нейрорпсихические отклонения, оказывает разрушающее влияние на соматическое здоровье детей [29, с. 62—63].

А. А. Дубровский, долгое время возглавлявший лечебную здравницу «Жемчужина России», пишет о том, что из 100 невротиков у школьников I—VIII классов 2/3 возникли по вине учителей [14]. В. В. Колбанов, Г. К. Зайцев отмечают, что большое количество случаев возникновения эмоциональных расстройств у учащихся связано с нравственно-психологическим ущербом, нанесенным педагогом школьнику [17]. С. М. Громбах считает, что школьный фактор является одним из ведущих в формировании психических расстройств учащихся [12]. О. Ю. Чиркова указывает на необходимость прогнозирования и раннего выявления психоневрологических нарушений у школьников [27].

Л. А. Жданова отмечает взаимосвязь состояния здоровья и приспособительной деятельности школьников. Соотношение адаптированности к учебе и динамики здоровья школьников различно. От первого к седьмому классу среди адаптированных к школе детей почти в два раза (с 43 до 80 %) возрастает число учеников, расплачивающихся за адаптацию ухудшением здоровья. Доказано влияние учителя на возникновение пограничных нарушений психического здоровья младших школьников: при социометрическом опросе установлено, что ни один ребенок, у которого в первом классе возникали выраженные невротические реакции, не входил в группу учеников, «любимых» учителем. Отсюда ясно, как ученикам, испытывающим трудности в социальной адаптации к школе, недостает милосердного отношения, и очевидна огромная роль учителя в охране здоровья школьников.

Л. Н. Шакола установила, что увеличению заболеваемости школьников способствует игнорирование норм и правил санитарного законодательства: снижение освещенности (в 30 % случаев получены неудовлетворительные результаты по проведенным замерам), нарушение температурного режима и влажности (в 20 % случаев неудовлетворительные результаты по проведенным замерам), неправильная организация рабочего места детей. Среди неблагоприятных факторов также отмечаются 2—3-сменная работа школ, спаривание уроков, введение нулевых уроков. Л. Н. Шакола подчеркивает, что введение технических средств обучения создает дополнительную нагрузку на анализаторные функции, вызывает перенапряжение нервной системы и переутомление [30].

Исследования ученых (А. В. Басова, Л. Ф. Тихомирова) показали, что основными причинами ухудшения здоровья учащихся за период обучения являются следующие:

- нарушение гигиенических и психогигиенических требований к организации учебного пространства;
- нарушение полноценного отдыха;
- отсутствие достаточной двигательной активности;

- постоянные стрессы, связанные с перегрузками учебных программ;
- ошибки в педагогических технологиях, преподавании;
- авторитарный стиль общения;
- недостаточный уровень знаний по возрастной психологии и физиологии у педагогов и воспитателей;
- слабая учебная и воспитательная работа с учащимися по формированию их здоровья и организации здорового образа жизни;
- отсутствие у педагогов и родителей необходимых знаний по сохранению и укреплению здоровья детей [24].

Малоподвижный образ жизни учащихся в сочетании с нерациональным и избыточным питанием создает угрозу ожирения, при котором риск развития артериальной гипертонии в шесть раз выше, чем при нормальной массе тела. К факторам, обуславливающим развитие заболеваний сердечнососудистой системы, относятся нарушение обмена, психоэмоциональное напряжение, связанное с учебным процессом, наличие вредных привычек (курение).

Н. Н. Каминская отмечает, что сложившаяся система обучения детей в школе не отвечает гигиеническим требованиям и освоение знаний дается учащимся высокой ценой: перенапряжением физиологических сил, ухудшением состояния здоровья.

Т. В. Волокитина, П. В. Воронцов, Н. В. Яковлева, Л. В. Соколова при оценке гигиенических условий выявили превышение нагрузки учащихся I—II класса на 18—30 % и установили также, что школьные завтраки обеспечивают энергозатраты на 80—85 %.

Н. Н. Шарова, Т. И. Чиркова отмечают, что дети в школе переутомляются, нервные перегрузки усугубляются нарушением режима и неудовлетворительными микросоциальными условиями. В классах с углубленным изучением предметов заболеваемость выше.

Н. З. Кайгородовой, А. В. Ким, Ю. С. Кочетковым, Н. В. Денисовой отмечена высокая физиологическая стоимость труда при нерациональном режиме обучения и недостаточном отдыхе, что в конечном итоге способствует возникновению переутомления организма, снижению здоровья. Они предлагают осуществлять перестройку и совершенствование программ и методов обучения с учетом возрастных психофизиологических особенностей организма.

Т. И. Шамова, Т. М. Давыденко отмечают слабую ориентацию педагогов на сохранение и укрепление здоровья учащихся, недостаточный уровень валеологической культуры учителя, доминирование технократического мышления педагогов, отсутствие в системе методической работы специальной деятельности по подготовке учителей к проведению валеологически обоснованных уроков. К сожалению, информация о том, что должен представлять собой валеологически обоснованный урок, у авторов отсутствует, нет и методики анализа урока с точки зрения его воздействия на здоровье учащихся.

Т. И. Шамова, Т. М. Давыденко указывают на проблемы, связанные с условиями деятельности педагогического коллектива:

1) недостаточная мотивация деятельности учителей по укреплению и сохранению здоровья детей, которая препятствует построению и организации педагогами валеологически обоснованных учебных занятий;

2) слабая информированность педагогов о здоровьесберегающих технологиях обучения детей, что препятствует активному включению учителей в разработку валеологически обоснованных уроков;

3) противоречие между требованием разработки содержательных и организационных механизмов деятельности учителей с учетом принципа сохранения и укрепления здоровья учащихся и слабым участием медиков и психологов в определении направлений работы школы.

Рекомендации М. И. Степановой и Э. И. Сазанюк заключаются в приведении объема недельной нагрузки в соответствие с возрастными возможностями детей, в необходимости увеличения двигательного компонента в режиме обучения.

Школа в том виде, в каком она существует сегодня, калечит детей. В конце каждого учебного года в высших инстанциях народного образования и здравоохранения обычно обсуждается вопрос, как оздоровить детей после школы в летние месяцы. Но мало кому приходит в голову, что вопрос этот по сути своей глубоко порочен. Ведь, если после школы детей нужно оздоравливать, значит, факт того, что школа губит здоровье детей, воспринимается нами как некая данность, как что-то само собой разумеющееся. Такое положение со здоровьем наших детей не должно оставить равнодушными педагогов и других специалистов, работающих в школе.

Эффективность работы специалистов могла бы в значительной мере повыситься, если бы была проведена комплексная оценка влияния факторов на здоровье учащихся; выявлены системообразующие факторы заболеваемости, определена сила этих факторов, особенно тех, что связаны с учебным процессом.

Учебная нагрузка и состояние здоровья школьников

Ученые (М. В. Антропова, Л. Ф. Бережков, Е. Л. Вишневецкая, С. М. Громбах, А. И. Дикая, Н. М. Кожемячко, Н. М. Попова, Г. М. Сапожникова, И. Г. Скачков, В. А. Шишкина, М. М. Кондратьева, М. М. Безруких, В. И. Демин, А. О. Наватикян, А. И. Ковалева и др.) считают, что наиболее важным фактором, влияющим на учебную деятельность и умственную работоспособность учащихся, является их здоровье, которое, в свою очередь, зависит от организации учебного процесса. Так, С. М. Громбах установил, что одна и та же учебная нагрузка вызывает более сильное снижение работоспособности у школьников, имеющих отклонения в состоянии здоровья [12].

Л. Ф. Бережков, В. Н. Кардашенко, Н. М. Кожемячко (с соавт.), Б. С. Толкачев, Н. М. Попова, Г. М. Сапожникова, А. Г. Сухарев,

А. Г. Хрипкова (с соавт.), Л. Ю. Борисова и др. пришли к выводам, что частота заболеваний с возрастом увеличивается. Анализируя состояние здоровья школьников, они отметили, что к концу учебного года ухудшается работа ведущих систем организма и повышается общий объем заболеваемости, а в целом с увеличением возраста повышается число детей с нервно-психическими нарушениями.

Многие авторы (Н. М. Кожемячко, М. М. Кондратьева, Н. М. Попова, Р. Т. Прошкувене, Б. С. Толкачев, В. Н. Федорова и др.) пишут о выраженных неблагоприятных сдвигах в состоянии здоровья и функциональных системах организма при несоответствии учебной нагрузки возможностям организма учащихся. При этом большинство ученых утверждает, что высокая работоспособность и хорошие показатели успеваемости учащихся в основном достигаются за счет большого напряжения физиологических функций организма детей. Ученые считают, что прилежные дети стремятся во что бы то ни стало выполнить все задания, реагируют на информационные перегрузки повышением раздражительности, ухудшением сна, изменениями в поведении.

Особое внимание специалисты уделяют изучению влияния учебной нагрузки на здоровье в математических школах, специальных школах гуманитарного профиля. Ю. К. Бабанский отмечает, что перегрузка обнаруживается лишь при дифференцированном подходе к школьникам с разным уровнем учебных возможностей [8].

И. И. Левина, В. В. Бурякова пишут, что учебная перегрузка в различных классах и по отдельным предметам проявляется по-разному. По циклу гуманитарных предметов не укладываются в нормы домашней работы в IV классе 8 %, в V и VI классах — по 10 %, в VII классе — 20 %, в VIII классе — 30 %, в IX классе — 60 % учеников.

В. И. Марушков, О. В. Серкова, Л. Ф. Шмонин, В. И. Андреев, Г. В. Баранова отмечают отклонения в физическом развитии учащихся гимназических классов. О перегрузках детей в профильных школах пишут Т. В. Соболева, Ю. В. Гоголев, Т. Н. Николаева.

Ю. К. Бабанский считает, что к числу основных факторов превышения затрат времени на домашнюю работу, предусмотренных школьной гигиеной для каждого класса, следует отнести:

- 1) чрезмерную сложность отдельных разделов и программ учебников;
- 2) несовершенство методики изложения отдельных разделов и тем в школьных учебниках;
- 3) несоответствие объема включенного в программы и учебники материала реально имеющемуся времени на его изучение.

Все названные факторы возникают под влиянием комплекса причин:

1. Причины научно-методического характера:
 - слабая разработанность методики изучения отдельных тем;

- отсутствие в курсах методик преподавания всех предметов конкретных указаний об объеме и сложности домашних заданий по соответствующим разделам и темам;

- неразработанность методики координации объема и характера домашних заданий по всем предметам, изучаемым в соответствующем классе;

- отсутствие по ряду тем и разделов необходимых дидактических материалов, новых наглядных пособий и технических средств, действующих обеспечению большей доступности материала для учащихся;

- чрезмерная абсолютизация принципа высокого темпа обучения, приводящая к тому, что учителя на каждом уроке изучают новый материал и не имеют достаточного времени для его закрепления.

2. Причины учебно-методического характера, проявляющиеся в деятельности учителей:

- низкий КПД отдельных уроков из-за неумения учителей сконцентрировать внимание учеников на главном, наиболее существенном в изучаемом материале;

- недооценка работы учащихся с учебником на уроке, что искусственно затрудняет изучение ими материала дома;

- крайне низкое внимание учителей к формированию у учащихся навыков рациональной организации учебного труда;

- недостаточное использование на практике имеющихся рекомендаций по осуществлению дифференцированного группового и индивидуального подхода к школьникам;

- крайне слабая координация объема домашних заданий между учителями различных предметов в одном классе, слабое нормирование домашних заданий каждым учителем;

- значительное количество замен уроков;

- недооценка учителями мер по предупреждению перегрузки учащихся домашней учебной работой (Ю. К. Бабанский отмечает недооценку только воспитательных мер).

3. Причины организационно-педагогического характера:

- недостаточный учет гигиенических требований;

- недостаточное отражение в программах принципов и методик оптимизации процесса обучения [8, с. 58—60].

Н. М. Кожемячко, Ц. Л. Усищева, З. И. Сазанюк, Р. Т. Прошкувене считают, что высокий уровень мотивации обучения и большая суммарная учебная нагрузка ведут к нарушению гигиенического режима. О необходимости исключения излишков учебной информации, обусловливающих перегрузку учащихся, пишет Ю. К. Бабанский.

С гигиенических позиций, как указывают С. М. Громбах, А. И. Еремеев, Т. Н. Маляренко, В. Г. Сапожникова, Н. М. Попова, дневная динамика умственной работоспособности учащихся, отражая функциональное состояние организма в целом, является тем показателем, по которому можно установить сроки появления утомления.

Изучая динамику умственной работоспособности, С. М. Громбах, О. А. Лосева, Л. М. Кузнецова, установили, что в процессе учебного года в ее изменениях присутствует отчетливая закономерность, которая проявляется в том, что во втором полугодии и особенно в конце учебного года умственная работоспособность отчетливо снижается.

Ю. П. Антипчук (с соавт.), Е. Бирдичева отмечают изменение работоспособности от четверти к четверти, при этом говорится о хроническом утомлении, которое накапливается в течение всего учебного года [4, с. 439].

А. И. Кононенко (с соавт.), И. А. Опарин, Л. С. Зайцева, Г. В. Яковлев зафиксировали колебания умственной работоспособности школьников в течение рабочей недели. Большинство авторов констатируют низкую работоспособность у учащихся в понедельник и пятницу, относительно высокую — во вторник и среду. Классическая недельная кривая работоспособности: понедельник — вработывание, вторник и среда — период относительно устойчивого уровня; начиная с четверга, отмечается постепенное падение работоспособности. Наиболее низкий уровень определен в пятницу и субботу.

Большое внимание в исследованиях М. В. Антроповой, С. М. Громбаха, А. М. Еремеева, Г. М. Сапожниковой, А. Г. Хрипковой, Е. К. Глушковой (с соавт.), С. А. Нетопиной уделено изучению динамики умственной работоспособности в течение дня.

А. Г. Сухарев, Л. Я. Каневская, Л. В. Рябова, М. М. Мокеева, Н. П. Сетко указывают на необходимость комплексной оценки условий воспитания и обучения детей и подростков.

Все эти исследования свидетельствуют о том, что необходимы разработка педагогических технологий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей; тщательный анализ влияния учебного процесса и педагогических технологий на здоровье учащихся с целью предупреждения их негативного воздействия; экспертиза учебного процесса.

Учитывая огромное значение факторов учебного процесса в формировании здоровья детей, необходимо рассмотреть возможности самой педагогической науки в решении вопросов сохранения и укрепления здоровья учащихся.

1.3. Теоретические предпосылки возникновения здоровьесберегающей педагогики

При ознакомлении с трудами философов Древней Греции и Древнего Рима мы получаем первые сведения о необходимости заботы о сохранении и укреплении здоровья детей в процессе обучения и воспитания. В частности, Платон в «Государстве» пишет о необходимости с 12—16 лет уделять в палестрах главное внимание разностороннему физическому воспитанию учащихся.