Реализация модели здоровьесберегающей деятельности

в образовательном учреждении.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение ………………………………………………………………………….3

**ГлаваІ. Современное состояние здоровья, тенденции развития и проблемы………………………………………………………………………….**

1.1. Актуальность разработки здоровьеразвивающего образовательного пространства в школе….………………………………………………………… 4

1.2.Модель здоровьеразвивающего образовательного пространства школы….……………………………………………………………………... …10

**Глава ІІ. Модель деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся в образовательном процессе**……………………………...…

2.1. Нормативно – правовые основы разработки модели…………...........11

2.2. Концептуальные основы разработки модели……………...................12

2.3. Теоретико – методологические основы разработки модели………...13

2.4. Критерии эффективности модели……………………………………..14

2.5. Моделирование здоровьесберегающей деятельности……………..21

2.6. Анализ результатов по внедрению модели …………………………. 28 Заключение…………………………………………………………….…………42

Список использованной литературы…………………………………………..41

**Введение**

В национальной Доктрине развития образования cказано, что «государство в сфере образования обязано обеспечить: всестороннюю заботу о здоровье и физическом воспитании и развитии учащихся»[1]. ВФедеральной программе развития образования в качестве ведущих выделяются задачи сохранения здоровья, оптимизации учебного процесса, разработки здоровьесберегающих технологий обучения и формирования ценности здоровья и здорового образа жизни. [2].

Школа и общество – неделимы. Любое изменение ситуации в обществе обязательно сказывается на жизни школы, меняет ее задачи, приоритеты, требования к ученику, структуру и содержание образования.

«Модернизация и инновационное развитие – единственный путь, который позволит России стать конкурентным обществом, обеспечить достойную жизнь всем гражданам страны. В условиях решения этих задач важнейшими качествами личности становятся инициативность, способность творчески мыслить, находить нестандартные решения, уметь выбирать профессиональный путь, готовность постоянно учиться.

Образование и здоровье – фундаментальные жизненные блага, качеством которых определяется и уровень жизни отдельного человека, и состоятельность каждого государства. Негативные тенденции в здоровье россиян, разработка и реализация мер по их устранению должны находиться в поле зрения не только ученых, но и педагогов, родителей»[3].

Поэтому цель работы ОУ по здоровьесбережению - создание единого здоровьесберегающего пространства обеспечивающего развитие личности с учетом физиологических и интеллектуальных способностей, удовлетворение ее потребностей и возможностей.

Задачи:

- развитие просветительской, профилактической, коррекционной, лечебно-оздоровительной работы, а также деятельности по формированию культуры

здоровья участников образовательного процесса (педагогов, учащихся, родителей) и их установок на здоровый образ жизни;

- улучшение санитарно-гигиенических условий и возможностей для оптимизации двигательной активности школьников, их оздоровления средствами физической культуры и спорта;

- широкое применение педагогических технологий, опирающихся на сотрудничество учащихся и развитие субъект-субъектных отношений в учебно-воспитательном процессе, а также дифференцированного и индивидуального подходов к обучению школьников, в том числе в области физической культуры;

- обогащение содержания, форм и методов дополнительного образования и воспитания учащихся;

- укрепление взаимодействия школ с учреждениями здравоохранения, культуры, спорта, социальной защиты;

- мониторинг состояния здоровьесберегающей деятельности, здоровья, физического и психического развития учащихся, педагогов.[3].

Эти задачи определяют направления деятельности:

- изменение принципов управления ОУ исходя из основ здоровьесберегающей деятельности;

- подготовка коллектива для изменения организации педагогического процесса;

- построение системы формирования ЗОЖ;

-мониторинг здоровьесберегающей деятельности.[4].

**Глава 1. Современное состояние здоровья, тенденции развития и проблемы**

**1.1. Актуальность разработки модели здоровьеразвивающего образовательного пространства в школе**

Здоровье как категория является одним из главных элементов национального богатства любого государства. Значительная доля ответственности за сохранение и приумножение здоровья сегодня в России  возложена на медицину. Однако, отечественная медицина занимается в основном  лечением заболеваний, чего недостаточно, особенно в связи с  ухудшения здоровья нации по основным качественным характеристикам (низкая рождаемость, высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, наркомании и алкоголизма, устойчивая динамика ухудшения показателей физического развития, подготовленности, физической и интеллектуальной работоспособности), что также является значимым показателем кризиса качества жизнедеятельности   российского населения. На протяжении последних  20 лет прослеживаются тенденции увеличениязаболеваемости и травматизма детей и подростков, сниженияпоказателей уровня физического здоровья и физической подготовленности, увеличениядоли подростков, непригодных к службе в Вооруженных Силах, и численности выпускников общеобразовательных учреждений, имеющих ограничения в выборе определенных профессий.

По данным НИИ педиатрии:

-14 % детей практически здоровы;

- 50 % детей имеют отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата;

- 35 – 40 % детей страдают хроническими заболеваниями. [5].

Вышесказанное рассматривается  как серьезный фактор риска для национальной безопасности  и надежности условий интеллектуального, нравственного, духовного развития нации, экономического прогресса, политической стабильности и роста международного авторитета Российской Федерации.

В соответствии с законом «Об образовании в РФ» здоровье школьников отнесено к приоритетным направлениям государственной политики в области образования. [6].Среди ряда причин, из-за которых происходит нарушение здоровья школьников, можно назвать экологические, наследственные, социально – экономические.

Анализируя экологическую ситуацию в крае, можно отметить, что по данным Главного управления природных ресурсов по Ставропольскому краю валовый выброс вредных веществ от стационарных источников составил 85,504тыс. тонн. Основными источниками загрязнения атмосферного воздуха являются предприятия электроэнергетики (31,4%), в том числе ОАО «Ставропольская ГРЭС» - 17,3% от всего валового выброса. Произошло увеличение содержания взвешенных веществ (пыльные бури), оксида углерода и окислов азота (выбросы автотранспорта).

По данным ГУП СК «Ставрополькрайводоканал» 70% водопроводных сетей исчерпали амортизационный срок, до 30% сетей и водоводов находятся в аварийном состоянии.

Основными источниками загрязнения почвы являются: автотранспорт, бытовые отходы, образующиеся в процессе жизнедеятельности населения, применяемые в промышленных масштабах и на личных приусадебных участках ядохимикаты и минеральные удобрения.[7]

Все это отрицательно влияет на состояние окружающей среды, а cледовательно, на здоровье человека.

Можно выделить следующие социально – экономические причины:

- уровень и качество жизни;

- удельный вес убыточных предприятий и организаций;

- уровень благоустройства жилья;

- прожиточный минимум населения;

- уровень преступности;

- структура и характер питания.[8]

Система, образования несет свою, и немалую долю ответственности за

здоровье подрастающего поколения. Больше половины активного времени жизни школьник проводит в школе или занимается школьными делами. Поэтому гигиенические условия обучения, организация педагогического процесса, психологическое воздействие педагогов и другие факторы определяют, как и в какой степени влияет школа на здоровье своих учеников.

Среди ряда причин, из-за которых происходит нарушение здоровья школьников, кроме наследственных, экологических, социально - экономических выделяются школьные факторы:

- стрессовая педагогическая тактика;

- интенсификация учебного процесса;

- несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников;

- преждевременное начало дошкольного систематического обучения;

- несоблюдение элементарных физиологических требований к организации учебного процесса;

- функциональная неграмотность педагога в вопросах охраны и укрепления здоровья;

- массовая безграмотность родителей в вопросах сохранения здоровья детей;

- провалы в существующей системе физического воспитания;

- отсутствие системы работы по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни.[9]

Учёными установлено, что здоровье человека на 10 % зависит от деятельности системы здравоохранения, на 20 % – от наследственных факторов, на 20 % от экологии, на 50% – от самого человека. Таким образом, здоровье зависит от образа жизни, который каждый выбирает себе сам.[10]

По современным представлениям в понятие «здоровый образ жизни», как одна из составляющих, входит организация двигательной активности.

Гиподинамию называют одним из главных пороков 21 века, который коснулся не только взрослого населения, но и детей. Школьники по 5 – 6 часов проводят за партой, затем занимаются дома. По результатам исследований российских психологов, в среднем, ученик начальной школы, который учится на «4» и «5», проводит за письменным столом дома не менее 2,5 – 3 часов; шестиклассник – 3 – 4 часа; старшеклассник – 6 и более часов. Родители, в последние годы, всё больше времени тратят на улучшение материального благосостояния, всё чаще отдаляются от детских проблем.[11]

В последнее время радио и телевидение, средства массовой информации поднимают вопрос о том, что двигательная активность подрастающего поколения стала очень низкой, спорт и физическая культура перестали быть значимыми для школьников.

Но только здоровый человек может в полной мере стать творцом своей судьбы, добиться определенных успехов в карьере и личной жизни, продуктивно проводить свой досуг, быть созидателем в окружающем его мире. Однако, в результате порожденных социальной ситуацией противоречий, сложившихся сегодня в нашем обществе, здоровью человека уделяется все меньше и меньше внимания. Качественные медицинские услуги, как правило, становятся платными, отдых и лечение в санатории может позволить себе далеко не каждый, систематические занятия физкультурой на базе спортивных комплексов под руководством грамотных специалистов также доступны лишь немногим. В такой ситуации, как никогда, актуальной для любого человека становится задача сохранения и укрепления здоровья с раннего возраста. Очевидно, что значительную помощь в решении этой задачи должна оказать школа.[12]

Поэтому перед педагогами, родителями и общественностью стоит задача воспитания здорового поколения. Проблема здоровья учащихся вышла сегодня из разряда педагогических и обрела социальное значение.

Охрана здоровья учителя и родителей является важным фактором укрепления здоровья ученика. Учитель и родители обязаны ответственно

относится к своему здоровью, быть примером для ученика, вести здоровый образ жизни.

В основном, в педагогической практике процесс сохранения и укрепления здоровья обучающихся, формирования ценности здорового образа жизни и их оздоровления носит формальный характер, используются традиционные средства: мероприятия в режиме дня, нормативные уроки физкультуры, спортивные игры, что принципиально не меняет ситуации. Для многих современных педагогов здоровье обучающихся не является целевым  результатом педагогического процесса. Физическая культура редко рассматривается как базовая ценность сознания, отсутствует привычка придерживаться принципов здорового образа жизни. Культура бережного отношения к своему здоровью, желание и умение заботиться о нем у многих обучающихся остаются на крайне низком уровне.

Несоответствие между современными требованиями, предъявляемыми социумом к здоровью обучающихся и фактически сложившейся системой педагогического руководства формированием, укреплением и сохранением здоровья участников образовательного процесса, является актуальной проблемой российского образования.

Вышесказанное, определяя   актуальность, позволяет в качестве одного     из продуктивных путей ее решения  назвать разработку модели формирования здоровьесберегающей среды в общеобразовательных учреждениях с учетом индивидуального подхода к обучающимся. Актуальность такой разработки исходит и из обострения в педагогической практике следующих противоречий: между необходимостью в согласованных действиях по формированию здоровьеформирующей среды образовательных учреждений и невозможностью ее осуществления в условиях современной практики; между значимостью проблемы

формирования здоровьеформирующей среды образовательных учреждений

для обеспечения разностороннего развития личности обучающихся и недостаточным уровнем развития системы образования в направлений

здоровьесбережения и здоровьеформирования; между потенциальными положительными возможностями здоровьеформирования образовательных учреждений в развитии всех ее субъектов и недостаточной методической и содержательной разработанностью этой проблемы   и др.

**1.2. Модель здоровьесберегающего образовательного пространства школы**

Сегодня  есть объективная необходимость взглянуть на пространство современной школы с точки зрения охраны и укрепления здоровья детей и ответить на вопрос: можно ли сделать пространство школы действительно здоровьесберегающим? Потому что именно школа сегодня может стать важнейшим звеном в этом процессе, поскольку именно на ее  этапе формируются основы как индивидуального здоровья, так и, следовательно, здоровья общества в целом.

В процессе моделирования такого пространства внимание обращалось, прежде всего, на те направления и средства работы, которые имеют непосредственное отношение к функциям школы, помогают уменьшить школьные факторы риска по отношению к здоровью детей, учитывают особенности среды жизнедеятельности участников образовательного процесса, способствуют налаживанию эффективного межведомственного сотрудничества и взаимодействия школы с ведомствами и учреждениями, работающими в области охраны и укрепления здоровья (рис 1).

Здоровьеразвивающее образовательное пространство школы

**Школьное пространство**

**Личное пространство ученика**

**Пространство социума**

**Семейное пространство**

Рис. 1. Здоровьеразвивающее пространство ОУ

**Глава ІІ. Модель деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся в образовательном процессе**.

**2.1. Нормативно-правовые основы разработки модели**

  Разработка  модели формирования здоровьесберегающей деятельности в общеобразовательном учреждении с учетом индивидуального подхода к обучающимся основывается  на имеющихся документах,   законодательно-правовых актах  Российской Федерации, гарантирующих право на охрану здоровья, образование, оздоровление и отдых всем детям, а также основных нормативных документах, обеспечивающих функционирование системы отдыха детей и молодежи, регламентирующих различные отношения в рамках системыорганизаций и физических лиц:

-Конвенция о правах ребенка. Принята резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи от 20 ноября 1989 г.

-Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием от 12 декабря 1993г.

-Закон Российской Федерации « Об образовании» от 29.12.2012г.Принят Государственной Думой 21.12.2012г.

- Закон Российской Федерации «Об основных гарантиях прав     ребёнка в РФ». ПринятГосударственной Думой от 24.07.1998г.

-Закон  Российской  Федерации  «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г.

- Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс.

- Федеральные требования к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников. Утверждены приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «28» декабря 2010 г. № 2106

**2.2. Концептуальные основы разработки модели**

В Уставе Всемирной организации здравоохранения   записаны важнейшие постулаты, рекомендуемые всем странам:

- здоровье- это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов;

- обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения;

- правительства  стран несут ответственность за здоровье своих народов и эта ответственность требует принятия определенных социальных и медико-санитарных мероприятий. [13]

В данной работе исходим также из положения о том, что *здоровье* - это комплексное и, вместе с тем, целостное, многомерное динамическое состояние, развивающееся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды и позволяющее человеку в различной степени осуществлять его социальные функции.

Настоящий концептуальный подход строится на понимании того, что на соматическом, психическом и социальном уровне обеспечение жизнедеятельности происходит посредством двух основополагающих механизмов – формирования, укрепления и сохранения здоровья и повышения его резервов. Основу нравственного аспекта здоровья человека составляет его отношение к своему здоровью и здоровью других людей. Определяющее значение в структуре обеспечения здоровья имеет педагогический компонент, сущность которого состоит в формировании у человека с самого раннего возраста индивидуального способа здорового образа жизни.

Определяя основные концептуальные подходы к проектированию создания здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения, мы  ориентируемся на определении понятия здоровья, представленном в

Уставе Всемирной организации здравоохранения.При определении путей и

средств влияния здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения на формирование, укрепление и сохранение здоровья

школьников разработчики модели  исходили из компонентов физического, психического, социального здоровья человека.

Особая значимость в рамках модели придается реализации программ профилактики   социально обусловленных заболеваний (наркомании, заболевания, передающихся половым путем, ВИЧ/СПИД, гепатит). Необходимость использования образовательных учреждений в качестве базы для реализации программ профилактики ВИЧ/СПИД, ИПП утверждается в документах ООН и  ВОЗ, регламентируется целым рядом нормативных документов, о которых речь шла выше.[14]

Названные программы,  имея наибольшую эффективность при интеграции в  предметы школьного  учебного плана как «биология», «санитарная подготовка» «обществознание», могут также реализовываться во внеурочной деятельности и системе дополнительного образования детей,  базируясь на  формировании жизненных навыков, необходимых для самозащиты от социальных рисков, разрешения проблем во взаимоотношениях, поиске поддержки.

**2.3.Теоретико-методологическая основа модели**

Теоретико-методологическую основу модели составляют следующие принципы:

- научности;

- природосообразности;

- сознательности и активности;

- приоритета  личностного  развития;

- связи теории с практикой;

-субъектности здоровьесберегающего учебно-воспитательного   процесса;

-здоровье-ценностной ориентации учебно-воспитательного  процесса (единство формирования здоровой и интеллектуально развитой личности).

В предлагаемой модели:

- ценность «здоровье» рассматривается, как ключевая, поскольку здоровье нации является необходимым условием не только развития и роста, но и выживания общества;

- здоровье рассматривается как проявление уровня культуры личности

Суть модели: педагогический процесс, направленный на формирование и развитие у субъектов позитивной, устойчивой ориентации на сохранение здоровья, как необходимого условия жизнеспособности.

Воспитательная ценность модели  состоит в том, что при ее реализации, как в рамках учебного времени, так и во внеурочное и досуговое время создаются условия для укрепления, сохранения и восстановления здоровья учащихся с учетом их запросов, потребностей, организации возможностей самореализации, продуктивного общения и самодеятельности в разнообразных формах, включающих труд, познание, культуру, игру и другие сферы.

**2.4. Критерии и показатели эффективности представляемой модели** Результатом оценки эффективности модели является причисление образовательного учреждения к одной из групп:

-ОУ в своей практической деятельности мало ориентируется на сохранение и укрепление здоровья учащихся;

- ОУ организует здоровьесберегающую деятельность, в которой отсутствует системность и последовательность;

- минимально достаточный уровень организации здоровьесберегающей деятельности ОУ;

- высокий уровень организации здоровьесберегающей деятельности ОУ;

- ОУ достигло уровня «школы-территории здоровья».

Для повышения объективности экспертизы системности и

последовательности здоровьесберегающей деятельности школы проводить

её должны независимые эксперты.

***Инструкция****:* каждый показатель оценивается экспертом по трехбалльной системе: 0- показатель отсутствует; 1- школой ведётся определённая работа по данному критерию; 2- школой полностью выполняются требования критерия.

1. Материально – технические условия школы

1.1.Здание и оборудование школы соответствует требованиям Сан ПиН, включая классные помещения, рекреации, туалеты, школьную мебель и т.д.

1.2.Спортивные залы оборудованы минимально необходимым спортивным инвентарём в соответствии с требованиями к оснащению образовательного процесса по учебному предмету «Физическая культура».

1.3.Количество спортивных залов обеспечивает возможность проведения занятий 3 часа в неделю для каждого класса.

1.4.В школе есть дополнительное физкультурное оборудование (тренажёры...).

1.5.На пришкольном участке оборудована спортивная площадка для занятий на свежем воздухе.

1.6.Школьная столовая соответствует требованиям СанПиН и обеспечивает для всех учеников возможность получения горячих завтраков и обедов.

1.7.Школьное здание и школьная территория, учебные кабинеты соответствуют требованиям техники безопасности.

2. Кадровое обеспечение школы

2.1. В школе есть медико-психолого-педагогическая служба, объединяющая усилия специалистов (медики, педагог-психолог, социальный педагог, учитель ОБЖ, педагог-организатор) и действующая в соответствии с примерным положением о центре «Здоровье» ОУ.

2.2.В администрации школы есть специалист, непосредственно отвечающий за организацию здоровьесберегающей деятельности ОУ.

2.3.Педагог-психолог и социальный педагог прошли обучение и имеют

сертификат на проведение тренинговой работы с учащимися (коммуникативные тренинги, тренинги личностного роста, антинаркотические тренинги, другие.)

2.4.Учитель физкультуры или медицинский работник имеют сертификат на организацию с учащимися занятий ЛФК.

2.5.Не менее 50% педагогов школы прошли курсы повышения квалификации, включая охрану здоровья школьников в процессе обучения.

3.Медицинское обслуживание в школе.

3.1. В школе есть медицинский кабинет, оснащённый стандартным комплектом оборудования.

3.2.В медицинском кабинете есть дополнительное оборудование, позволяющее проводить профилактические и лечебные процедуры (ингалятор и другие).

3.3.В школе есть постоянная медицинская сестра.

3.4.К школе прикреплен постоянный врач-педиатр.

3.5. На каждого ребёнка заведена медицинская карта.

3.6.В школе проводятся регулярные профилактические осмотры в соответствии с декратированными сроками.

3.7.В школе существует картотека детей, подлежащих диспансерному

наблюдению.

3.8.В школе проводятся мероприятия по профилактике острых заболеваний.

3.9.В школе проводятся мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний (гигиенические, санитарно-просветительские и другие).

3.10. В школе всем детям обеспечена возможность получения профилактических прививок в соответствии с декретированными возрастами.

3.11. Врач-педиатр (медицинская сестра) регулярно выступает перед педагогическим коллективом по вопросам здоровья школьников.

4. Двигательная активность и физическое развитие детей

4.1. В школе введён спортивно-оздоровительный час (не менее 1 раза в месяц

для начальной школы, для учащихся 5-7 классов, 8-9-х и 10-11-х классов).

4.2.В школе разработана программа проведения спортивно-оздоровительного часа.

4.3.В школе проводятся динамические перемены на свежем воздухе (после 3-го урока).

4.4.Во время уроков проводятся динамические паузы.

4.5.В школе работают спортивные секции.

4.6.В школе организованы команды по различным видам спорта, которые участвуют в районных (городских) соревнованиях.

5. Организация питания в школе

5.1.Все учащиеся школы получают горячее питание.

5.2.Все учащиеся 1-х классов, посещающие группы продлённого дня, получают горячие обеды.

5.3.В школьном буфете продаются только те продукты, которые имеют сертификаты качества.

5.4.В школьной столовой организована сезонная дотация витаминов (пищевые добавки, регулярно присутствуют свежие овощи, другое).

6. Политика содействия здоровью в школе.

6.1.Учебные нагрузки в школе не превышают возрастных нормативов, оговоренных в СанПин.

6.2.В ОУ разработана программа «Здоровье и здоровый образ жизни», включающая следующие разделы:

А) охрана и совершенствование физического здоровья школьников;

Б) охрана психического здоровья школьников и профилактика аддитивных форм поведения;

В) формирование социальных установок на здоровый образ жизни и профилактика употребления ПАВ и наркотиков;

Г) взаимодействие ОУ с другими учреждениями и организациями по

формированию здоровья школьников во всех его проявлениях;

Д) просветительско-информационная работа с родителями и в окружающем

социуме по пропаганде ЗОЖ.

6.3. В школе существует долгосрочный план (не мене на 2 года) по реализации стратегии содействия здоровью школьников.

6.4. Программа «Здоровье и здоровый образ жизни» прошла экспертизу в Отделе образования района.

6.5.Опыт работы школы тиражируется средствами массовой информации (не менее 3 публикаций в год).

7. Обучение здоровью в школе.

7.1.В школе в рамках учебной программы ведётся курс обучения здоровью (в виде отдельного предмета или интегрированного курса) – не мене 1 часа в неделю в каждой параллели.

7.2.Во внеурочное время проводятся факультативы (другие формы занятий) для девочек и мальчиков по половому просвещению, профилактике ВИЧ\СПИД и ИППП,

7.3.Проводятся тренинговые занятия для детей группы риска по профилактике наркомании, табакокурения, алкоголизма или другим актуальным для территории проблемам.

7.4.В школе действует группа волонтёров из старшеклассников, которая проводит занятия с учащимися по предупреждению рискованных для здоровья форм поведения и активно пропагандирует среди жителей города ЗОЖ.

7.5.В ОУ не реже одного раза в четверть проводятся встречи учащихся и их родителей со специалистами, посвящённые различным аспектам ЗОЖ и профилактике асоциальных форм поведения.

7.6.ОУ систематически участвует в мероприятиях по пропаганде ЗОЖ и профилактике наркомании и ВИЧ-инфекции среди молодёжи на уровне района.

8. Превентивные меры в школе

8.1.В школе запрещено курение для учащихся, педагогов и посетителей.

8.2. На территории школы, включая пришкольный участок, не курят.

8.3. В районе школы (не менее 200 м от пришкольного участка) нет торговых точек, продающих табак и спиртное.

8.4. Учащихся не выгоняют с уроков.

8.5. Все случаи пропусков занятий контролируются школой.

8.6. В школе существует специальный орган для обсуждения конфликтов (конфликтная комиссия), в котором представлены педагоги, учащиеся, родители.

8.7. За истекший год из школы не отчислены ученики по причине пропусков занятий или отклоняющегося поведения.

8.8. За последние три года из школы не отчислялись ученики по причине пропусков занятий или отклоняющегося поведения.

8.9. За истекший год в школе не было драк, повлёкших за собой обращение за медицинской помощью.

8.10. В школе нет учеников, состоящих на учёте в комиссии по делам несовершеннолетних (с учётом выбывших из школы за последние три года).

8.11. В школе нет учеников, привлекавшиеся к уголовной ответственности (за последние три года с учётом выбывших из школы).

8.12.В школе есть наглядная информация по безопасности детей на дорогах.

8.13. За последние три года ни один ребёнок из школы не стал виновником ДТП.

8.14. За последние три года ни один ребёнок из школы не попал в ДТП по собственной неосмотрительности.

8.15. На территории школы нет случаев продажи наркотических веществ.

9.Сотрудники школы.

9.1.Все сотрудники школы регулярно проходят профилактические осмотры (1 раз в год).

9.2. Сотрудники школы получают медицинскую помощь наравне с учащимися.

9.3. Сотрудники школы проходят оздоровительные мероприятия наравне с учащимися.

9.4. Каждый сотрудник школы участвует хотя бы в одном мероприятия, запланированном школой по линии содействия здоровью.

9.5. Для сотрудников школы организованы систематические занятия физической культурой.

9.6. В школе есть спортивная команда, которая состоит из сотрудников.

10. Взаимодействие школы и родителей.

10.1.В школе в системе проводятся занятия с родителями, посвящённые проблеме охраны и укрепления здоровья школьников.

10.2.Родители участвуют в реализации планов школы по содействию здоровью школьников.

10.3.По инициативе родителей в школе проходят мероприятия, направленные на содействие здоровью школьников.

10.4.В школе регулярно проходят совместные с родителями мероприятия, направленные на содействие здоровью школьников.

Внешние связи школы.

11.1.Школа активно сотрудничает с другими школами территории по вопросам содействия здоровью.

11.2.Школа принимает участие в территориальных программах содействия здоровью.

11.3.В школе регулярно проводятся открытые уроки, посвящённые охране и укреплению здоровья школьников.

Интерпретация результатов: максимальная сумма баллов, которую может набрать ОУ - 144.

До 72 баллов – ОУ в своей практической деятельности мало ориентируется на сохранение и укрепление здоровья школьников.

От 73 до 101 балла – ОУ организует здоровьесберегающую деятельность, в которой отсутствует системность и последовательность.

От 102 до 115 баллов - минимально достаточный уровень организации здоровьесберегающей деятельности ОУ,

От 116 до 129 баллов – высокий уровень организации здоровьесберегающей деятельности ОУ.

От 130 до 144 - ОУ достигло уровня «Школа – территория здоровья». [15]

**2.5. Моделирование здоровьесберегающей деятельности школы**

Данная модель деятельности по сохранению и укреплению здоровья обучающихся включает: ценности, цель, задачи, функции, интерактивные формы, уровни отношения обучающихся к своему здоровью.

Процесс сохранения и укрепления здоровья обучающихся в образовательных учреждениях, формирования у них культуры здоровья имеет следующие ценности, структурированные в соответствии с теоретически обоснованными субъектами данного процесса:

-обучающийся: осознание причин своих личностных, профессиональных и других переживаний, особенностей формирования межличностных отношений;

- семья обучающегося: осмысления мотивов, потребностей, устремлений, установок, отношений, особенностей поведения и эмоционального реагирования ребенка;

- педагог: открытие системы ценностей обучающегося внутреннего происхождения.

Цель данной модели – сохранение и укрепление здоровья обучающихся в образовательном учреждении. Достижение цели предполагает решение теоретически обоснованных задач, классифицированных с позиций субъектов этого процесса:

- обучающийся: осознание ценности здоровья и активно-познавательное стремление к его совершенствованию, индивидуальная информированность и

способность принимать ответственные эффективные решения, определяющие структуру и качество жизни;

-семья: удовлетворение потребностей обучающегося в здоровом образе жизни, формирование потребности в соблюдении элементарных гигиенических норм и правил, выведение подростка в режим саморазвития, самовоспитания;

-педагог: сохранение и развитие здоровья обучающегося при его оптимальной трудоспособности и социальной активности, формирование

системы умений и навыков, здоровьесберегающих, здоровьеформирующих технологий и стратегий.

Модель предполагает реализацию следующих функций субъектов сохранения и укрепления здоровья обучающихся в образовательных учреждениях:

- обучающийся: самореализация (взаимодействие с природой и людьми для удовлетворения потребности в самореализации);

- семья обучающегося: психофизиологическая (выявление и удовлетворение истинных потребностей подростка, снятие стресса, нормализации работы нервной системы, психики в целом, восстановление интеллектуальных, эмоциональных, духовных сил);

- педагог: эстетически-познавательная (эстетическое развитие личности, организация взаимодействие с миром природы для интеллектуального развития личности).

Формы сохранения и укрепления здоровья обучающихся – это консультации, беседы, инструктажи, тренинги, семинары-практикумы, дни открытых дверей, конференции, соревнования, конкурсы и праздники, проектная работа, презентации по здоровому образу жизни, витаминизация, организация питания, часа здоровья, динамические паузы, работа спортивных секций и др. [16]

Теоретически обоснованные основные компоненты внутренней картины

здоровья, позволяют выделить в модели три уровня отношения обучающегося которые являются основными показателями результативности

данного процесса.

*Когнитивный уровень* отношения к здоровью в значительной степени зависит от социального окружения обучающегося, особенностей его воспитания и жизненного опыта. Главный показатель эффективного развития этого уровня – отношение обучающегося к себе, самоуважение.

*Эмоциональный уровень* отношения к здоровью образуется в результате сравнения знаний обучающегося о себе с другими людьми: сверстниками,

старшими, младшими, членами семьи, педагогами. Главный показатель эффективного развития этого уровня – формирование дифференцированных обобщенных знаний о себе в процессе деятельности и общения с окружающими.

*Поведенческий уровень* отношения к здоровью образуется в результате активной деятельности субъекта, направленной на сохранение и поддержание своего здоровья. Главный показатель эффективного развития этого уровня – включенность в культурно-оздоровительную деятельность. [17]

Моделирование системы здоровьесберегающей деятельности и создание здоровьеохранного пространства представляет собой программно-целевую разработку совокупности взаимосвязанных изменений в образовательном процессе и жизнедеятельности школы включающей в себя следующие компоненты:

*- ценностно-ориентационный* - утверждение в сознании всех субъектов учебно-воспитательного процесса ценности здоровья как терминальной ценности (в стратегическом, смысло-жизненном, экзистенциальном отношении), и одновременно – как инструментальной ценности (в тактическом, повседневно-бытийном плане);

- *организационно – деятельностный* компонент:

1)улучшение санитарно – гигиенического состояния школы;

2)здоровьесберегающую организацию учебного процесса;

3)физкультурно-оздоровительную работу;

4) повышение компетентности педагогов, специалистов и родителей в

вопросах здоровьесбережения;

5) поддержание и укрепление здоровья учителей;

6) профилактическую работу.

*- диагностический компонент* - предполагает оценку состояния здоровьесберегающей деятельности и её результатов по следующим основным показателям:

1)санитарно-гигиеническое состояние образовательного учреждения;  
2) здоровьесберегающая организация образовательного процесса;

3)организация физической активности;

4) состояние здоровья и текущая заболеваемость учащихся;

5)физическая подготовленность учащихся;

6) отношение учащихся и учителей к своему здоровью и здоровому образу жизни;

7) состояние здоровья учителей.

- *управленческий компонент* - представлен деятельностью субъектов здоровьесбережения, их коллегиальных органов (администрация, Совет школы, органы педагогического, родительского, ученического самоуправления и др.) и обеспечивает нормативно-правовую, материально-финансовую, кадровую, методическую, экспертно-аналитическую, информационно-пропагандистскую поддержку работы школы по проектированию здоровьеохранного пространства. [18]

Итак, модель здоровьесберегающей деятельности представляет собой единство ценностно-целевого, организационно-деятельностного, диагностического и управленческого компонентов вместе с нормативно-правовой, финансовой, материально-технической, кадровой, методической,

экспертно - аналитической и другой поддержкой здоровьесберегающей деятельности со стороны всех заинтересованных структур.

Теоретическую модель можно представить схематично (рис. 2).

Работа соц.–психол. службы

Образование в области здоровья

Материально – техническая база

Кадровое обеспечение

Профилактика вредных привычек

Соблюдение санитарных норм

Использование ИЗСТ

Работа с родителями

Физическое воспитание

Медицинская помощь на базе ОУ

Рис. 2. Модель здоровьесберегающей деятельности

Работу классного руководителя по формированию здоровой личности можно представить следующим образом(рис. 3):

**Направления работы классного руководителя**

Психолого -педагогическое

Медико - гигиеническое

Диагностическое

Спортивно - оздоровительное

Обеспечивающее здоровый образ жизни

Просветительское

Инновационное

Рис.3. Направления работы классного руководителя

Медико – гигиеническое направление предполагает:

- создание соответствующих санитарным требованиям условий для воспитания и обучения детей и формирование их здоровья:

- составление расписания на основе санитарно-гигиенических требований;

- проведение физкультминуток;

- гигиеническое нормирование учебной нагрузки и объема домашних заданий с учетом школьного расписания, режима дня;

- четкое отслеживание санитарно - гигиенического состояния школы;

- планомерная организация питания учащихся;

- реабилитационную работу: обязательное медицинское обследование.

Просветительское  направление предполагает*:*

- организацию деятельности с учащимися по профилактике табакокурения, алкоголизма, наркомании;

- организацию деятельности с родителями по профилактике табакокурения, алкоголизма, наркомании;

- пропаганда здорового образа жизни (тематические классные часы, лекции, познавательные игры, конкурсы рисунков, плакатов, стихотворений, различные акции; совместная работа с учреждениями здравоохранения и органами внутренних дел по профилактике токсикомании, наркомании, курения и алкоголизма; пропаганда физической культуры и здорового образа жизни через уроки биологии, географии, химии, экологии, ОБЖ, физической культуры).

Психолого-педагогическое направление предполагает:

- использование здоровьесберегающих технологий, форм и методов в организации учебной деятельности;

- предупреждение проблем развития ребенка;

- обеспечение адаптации на разных этапах обучения;

- развитие познавательной и учебной мотивации;

- формирование навыков саморегуляции и здорового жизненного стиля;

- совершенствование деятельности психолого - медико - педагогической службы школы для своевременной профилак­тики психологического и

физиологического состояния учащихся и совершенствованию

здоровьесберегающих технологий обучения;

- организация психолого-медико-педагогической и коррекционной помощи

учащимся.

Спортивно-оздоровительное направление предполагает:

- организацию спортивных мероприятий с целью профилактики заболеваний и приобщение к здоровому досугу;

- привлечение системы кружковой, внеклассной и внешкольной работы к формированию здорового образа жизни учащихся;

- широкое привлечение учащихся, родителей, социальных партнёров школы к физической культуре и спорту, различным формам оздоровительной работы.

Диагностическое  направление предполагает*:*

Проведение  мониторинга за состоянием здоровья,  в ходе которого выявляются*:*

- общее состояние здоровья, наличие хронических заболеваний;

- текущая заболеваемость, в том числе скрытая (ребенок не обращается к врачу, а 2-3 дня находится дома под наблюдением родителей);

- режим дня, бытовые условия; внешкольная занятость дополнительными занятиями.

### Здоровьесберегающие образовательные технологии:

- здоровьесберегающие медицинские технологии (вакцинация, медосмотры специалистами и т.д.);

- здоровьесберегающие технологии административной работы в школе;

- здоровьесберегающие технологии семейного воспитания;

- здоровьеформирующие образовательные технологии, учитывающие:

1. возрастные особенности познавательной деятельности детей;
2. оптимальный уровень трудности учебного материала;
3. вариативность методов и форм обучения;
4. использование наглядности и сочетание различных форм предоставления информации;
5. создание эмоционально благоприятной атмосферы;
6. формирование положительной мотивации к учебе (педагогика успеха);

культивирование знаний о сохранении и укреплении здоровья.[19]

Инновационное направление работы предполагает:

1) инновации, специально направленные на здоровьесбережение и позволяющие снизить риск потери здоровья при использовании традиционных для школы форми методов осуществления образовательного процесса;

2) реализация функции здоровьесбережения в каждом инновационной проекте независимо от его целей.[20]

Критерии работы с детьми и подростками в рамках реализации предлагаемой модели*:*

- массовость и добровольность участия детей в предлагаемых видах и формах здоровьеукрепления;

- дифференцированность подходов к определению интересов детей и подростков с учетом уровня их потребностей и ценностно-нравственной сферы;

- выборность сфер деятельности и общения в пространстве свободного времени.

**2.6. Анализ результатов работы по внедрению модели**

**в учебно-воспитательный процесс**

**Результаты мониторинга.**

Школа отработала три года, используя данную модель здоровьесбережения. Создание в школе здоровьеохранного образовательного пространства оказало положительное влияние на здоровье и развитие наших учеников. **Систематический мониторинг состояния здоровья учащихся нашей школы на протяжении трех лет показывает стабильную, положительную динамику (рис 4).**



Рис.4 Мониторинг состояния здоровья учащихся

При оценке влияния образовательной деятельности школы при переходе учащихся из класса в класс имеет смысл сравнение распределения по уровням здоровья на различных ступенях обучения. Диаграмма (рис.5) показывает, что низкий уровень здоровья имеют 32 % учащихся начальной школы. Это третья часть учащихся начальной школы. Тогда как в средней школе таких учащихся 24 %, что на 8 % меньше. В 10-11х классах это уже

16 % учащихся со слабым здоровьем, что отличается на 16 % от начальной ступени обучения.



Рис. 5. Уровень здоровья в возрастном диапазоне

Данные мониторинга состояния здоровья учащихся показывают увеличение числа детей с 1 группой здоровья, уменьшение числа детей со 2 и 3 группами.

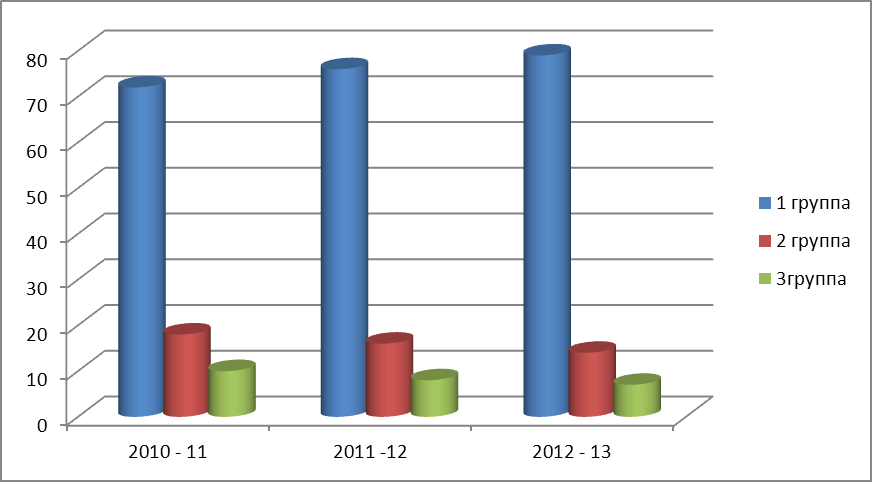


Рис. 6. Динамика состояния здоровья

Большой интерес представляют данные о динамике заболеваемости учащихся в конце каждого учебного года (рис 7.). По графику годовой динамики заболеваний установлено, что от сентября к октябрю наблюдалось постепенное увеличение частоты заболеваний. Это можно объяснить тем, что к концу учебной четверти обычно накапливается утомление детей, которое приводит к ослаблению резистентности их организма и ослаблению

иммунитета. Во второй и третьей четвертях после каникул заболеваемость несколько снижается, но к концу четвертей вновь наблюдается подъем. Наиболее выраженный подъем заболеваемости у детей наблюдается в феврале. Как известно, в зимнее-весенний период года отмечаются явления витаминной недостаточности в организме детей, дефицит солнечного ультрафиолетового облучения. Эти факторы заметно подавляют общий иммунитет организма. Последующая динамика заболеваний характеризуется постепенным снижением от февраля к апрелю с дальнейшим падением заболеваемости в мае. По окончании каждого учебного года была получена аналогичная динамика показателей заболеваемости учащихся, что указывает

на закономерное влияние сезонных и учебных факторов на динамику заболеваемости школьников.

Рис. 7.Динамика заболеваний в течение учебного года

Проанализировав болезненность учащихся школы, можно сделать вывод: количество учащихся, болевших за год 1 – 2 раза увеличилось на 7 %. (Рис 8)

Рис 8. Динамика болезненности

Выявлена устойчивая тенденция к снижению показателей острой заболеваемости. За 3 года процент заболеваемости снижен с 42% до 22%. Частота простудних заболеваний приходится на февраль. Причиной снижения случаев ОРВИ является своевременная вакцинация гриппа,

позволяющая остановить и предупредить вирусные инфекции и грипп. Но в 2011 – 2012 г, несмотря на то, что вакцинировано против гриппа 72% детей, число заболеваний ОРВИ увеличилось на 33% . Вспышка простудних заболеваний пришлась на январь – февраль в связи с изменением погодних условий (рис.9).

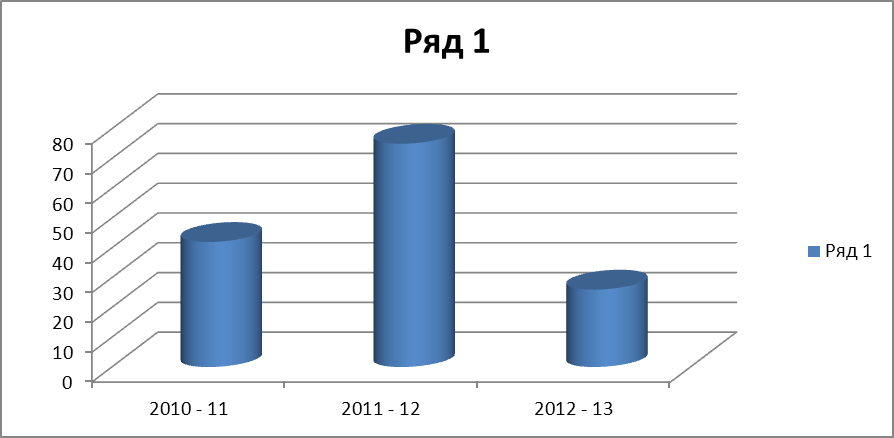


Рис. 9.Динамика заболеваний ОРВИ.

Наибольшее количество больных детей на 2 ступени обучения. На здоровье детей негативно сказываются: напряженный характер учебы, большой объем учебной нагрузки и т.д. Ежегодно пик заболеваемости приходится на 5- 8 классы. Пересекаются две причины:

*-*физиологическая–предпубертатныйпериод (10-12 лет) – 5 классы; пубертатныйпериод (12 – 16 лет) – 6-10 классы, который характеризуется перестройкой организма - половым созреванием.

*-*дидактогенныйстресс при переходе на 2 ступень обучения: разные учителя, новые предметы.

Рейтинговое распределение указанной в медицинских картах патологии даёт представление о преобладании тех или иных отклонений в состоянии здоровья детей. Как показывает анализ данных, первое место в структуре имеющейся патологии занимает заболевание кариесом 17%. Преобладание данного заболевания наблюдается среди детей младших классов.

Заболевание кариесом нельзя рассматривать как незначительное нарушение здоровья, так как этот признак свидетельствует о наличии в организме ребенка постоянного источника инфекции. Этот фактор отрицательно влияет на состояние иммунной системы ребенка, в свою очередь, неблагоприятно сказывается на всех проявлениях заболеваемости.

Второе рейтинговое положение занимают заболевания органов зрения. Сниженная острота зрения выявлена у 13% учащихся. На протяжении четырех лет в 1 класс приходят дети с уже имеющимся нарушением. Тенденция к увеличению в последние годы частоты нарушений зрения уже у первоклассников свидетельствует о причинах, не связанных с образовательным процессом. Нарушения функционирования органов зрения обусловлены многими причинами: генетическими, морфологическими (строение глаза), неврологическими, трофическими (питание), функциональными (нагрузки на цилиарную мышцу).

Третье рейтинговое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы 8%. Среди отклонений со стороны кровообращения

диагностируются: систолический шум, нарушение сердечного ритма, гипертония и гипотония (вегето-сосудистая дистония). Преобладание данной патологии отмечается у учащихся 9-11 классов. Ослабление функционирования сердечно-сосудистой системы у подростков связано с пубертатным периодом, недостаточной двигательной активностью. Известно, что старшеклассники много времени проводят не только за письменным столом, но и у компьютера, телевизора.

На четвертом месте в структуре заболеваемости стоят отклонения нервной системы 5%. Это невротические состояния, являющиеся следствием резидуально-органических перинатальных повреждений (энцефалопатий).

На пятом месте находятся заболевания ЛОР-органов, распространенность которых составляет 4%. Более серьезным заболеванием ЛОР-органов является хронический тонзиллит, в результате которого значительно снижается общий

иммунитет ребенка, его работоспособность. Известно, что при хроническом тонзиллите серьезно страдает сердечно-сосудистая система организма. Следует отметить,что долевое присутствие хронического тонзиллита у старшеклассников выше, чем у младших школьников.

Шестое место в рейтинге заболеваний принадлежит заболеваниям ЖКТ, нарушениям осанки и другим отклонениям в опорно-двигательной системе организма 3%. Преобладание данной патологии отмечается среди учащихся 8-11 классов. Причины данных нарушений связаны с изменениями обменных процессов в организме ребенка, зависящих от состояния питания. Отсутствие в питании детей продуктов, содержащих в достаточном количестве кальций (молочные продукты), приводит к нарушениям формирования костной и хрящевой ткани скелета. В первую очередь это сказывается на состоянии позвоночного столба, что и приводит к заболеваниям органов движения.

Седьмое место – плоскостопие (2%): результат постоянного ношения спортивной обуви (кроссовки, макасины, тапочки). Детям в ней удобно, по цене доступно, но обувь эта не соответствует стандартам: подошва совершенно плоская, не имеет ортопедической стельки, за счет этого свод

костей стопы опускается. Через несколько лет это дает о себе знать различными болями в ногах, изменением походки. Поэтому нужно убеждать детей носить туфли. За счет каблучка пятка приподнята, стелька не дает своду костей стопы опускаться, что дает возможность избежать этого нарушения. (рис. 10).

Рисунок 10. Анализ заболеваний по данным медицинских карт учащихся

Сочетанная патология (два и более нарушений здоровья у одного ребенка) имеется у 11% учащихся.

Отслеживая динамику состояния здоровья школьников (рис.11) выявлено, что в 1 класс приходят дети с уже имеющимися нарушениями в

здоровье, что свидетельствует о причинах, не связанных с образовательным процессом. Так в 2010году при поступлении в школу 18% первоклассников уже имели хронические заболевания, а в 2012 году- 23%. За три года количество пришедших первоклассников с хроническими заболеваниями увеличилось на 5%.

Рисунок 11. Состояние здоровья первоклассников

**Результаты анкетирования**

На протяжении трех лет проводилось анкетирование родителей и учащихся по различным направлениям деятельности общеобразовательного учреждения в вопросах здоровьесбережения.

Результаты анкетирования, показывающие состояние дел до внедрения модели и после него, следующие:

Рисунок 12. Соответствие распорядка дня требованиям ЗОЖ (по мнению родителей)

Рисунок 13. Информация о ЗОЖ (по мнению родителей)

Рисунок 13. Осознание значимости здорового образа жизни (по мнению учащихся)

Рисунок 14. Овладение методами контроля состояния здоровья (по мнению учащихся)

Рисунок 15. Процент вовлеченности учащихся в занятия спортом

Рисунок 16. Охват горячим питанием

.

Таким образом, **систематический мониторинг состояния здоровья учащихся нашей школы показывает:**

- общие соотношения в показателях здоровья за последние три года стабильны, указывают на положительную динамику;

- количество первоклассников с низким уровнем здоровья, поступивших в нашу школу, увеличился на 5%;

- увеличение количества учащихся 1 группы здоровья на 7%;

- от ступени к ступени показатели здоровья улучшаются на 8%;

- снижение диспансерного контингента;

- снижение общей и острой заболеваемости учащихся.

Анкетирование показывает:

- увеличилось количество учащихся, соблюдающих требования режима дня;

- увеличился процент учащихся, получивших знания о здоровьесбережении, школе;

- на 42% увеличилось количество учащихся, осознавших значимость здорового образа жизни;

- в начальной школе 43% учащихся владеют методами контроля состояния здоровья;

- в среднем звене таких учащихся увеличилось на 15%;

- на 43% увеличилось количество учащихся, занимающихся спортом;

- 74% учащихся получают горячее питание, 26% питается буфетной

продукцией.

В связи с этим в общеобразовательном учреждении повысилось качество обучения.

В школе регулярно проводятся проверки (запланированные в ВШК) по выполнению норм СанПинов в режиме обучения, рейды по проверке санитарного состояния классных кабинетов, выполнению режима проветривания, безопасной организации перемен, режима и качества питания в школьной столовой, тяжести ранцев.

Применяются здоровьесберегающие педагогические технологии: адекватность требований, адекватность методик обучения и воспитания,

рациональная организация учебного процесса, соответствие учебной и физической нагрузки возрастным возможностям ребенка, необходимый, достаточный и рационально организованный двигательный режим, технология проектов, игровые технологии, личностно – ориентированное обучение.

Медико-гигиенические технологии: контроль и помощь в обеспечении надлежащих гигиенических условий в соответствии с регламентациями СанПиНов. Медицинский кабинет школы организует проведение прививок учащимся, оказание консультативной и неотложной помощи обратившимся в медицинский кабинет, проводит мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению учащихся и педагогического коллектива, следит за динамикой здоровья учащихся, организует профилактические мероприятия в преддверии эпидемий (гриппа). Участие врача или медицинской сестры необходимо при проведении психолого-педагогических консилиумов, на которых решаются вопросы, касающиеся отдельных учащихся с проблемами здоровья.

Физкультурно-оздоровительные технологии: закаливание, тренировка силы, выносливости, быстроты, гибкости и других качеств, отличающих здорового, тренированного человека от физически немощного.

Во внеурочное время проводятся физкультурные и оздоровительные мероприятия. Работают кружки спортивные кружки и секции: ОФП, баскетбол, футбол, спортивные игры, настольный теннис. Учащихся начальной школы также могут посещать курс «Подвижные игры», «Планета здоровья».

Укрепляется взаимодействие школы с учреждениями здравоохранения (детская, центральная поликлиника) спорта, социальной защиты.

В нашей школе разработана система мониторинга здоровья учащихся, проводится большая работа по информированию родителей, учащихся и

учителей о состоянии здоровья учащихся. Также разработана школьная программа по здоровьесбережению; рекомендации для родителей, учителей –

предметников, позволяющие систематизировать работу по проблеме

здоровьесбережения.

В дальнейшем школа планирует:

- внедрение в практику начальной школы уроков здоровья, цель

которых – профилактика устойчивости к стрессу и психосоматической патологии;

- организацию курсов переподготовки учителей по здоровьесбережению;

- разработку курса по здоровьесбережению «Здоровячок»;

- организацию на базе школы - центра пропаганды здорового образа жизни.

**Заключение.**

Проблемам сохранения здоровья учащихся и педагогов, привития навыков здорового образа жизни, созда­ния условий, направленных на укрепление здоровья, сохранения здоровья физиче­ского, психического и духовного в нашей школе уделяется самое пристальное внимание.

Анализ результатов эффективности модели здоровьесбережения показал, что ОУ, набрав 132 балла, достигло уровня «Школа – территория здоровья»:

- материально – техническая база школы – 12 баллов;

- кадровое обеспечение – 6 баллов;

- медицинское обслуживание – 19баллов;

- двигательная активность и физическое развитие детей – 12баллов;

- организация питания – 7баллов;

- политика содействия здоровью – 10 баллов;

- превентивные меры – 30 баллов;

- сотрудники школы – 12 баллов;

- взаимодействие школы и родителей – 8 баллов;

- внешние связи – 6 баллов.

Динамика параметров показывает, что спроектированное и внедренное в школе здоровьеохранное пространство позволяет снизить «физиологическую и психологическую цену» адаптации наших школьников к образовательному процессу, способствует сохранению здоровья и работоспособности учащихся, повышает субъектную активность и включенность педагогов, учащихся, родителей и общественности в решение задач профилактики и укрепления здоровья детей и подростков. Здоровьесберегающее пространство ОУ обеспечивает развитие каждой личности с учетом физиологических и интеллектуальных способностей, удовлетворение ее потребностей и возможностей, что и являлось целью нашей работы.

**Список использованной литературы**

1**.** Национальная доктрина образования в Российской Федерации [http://do.isiorao.ru/document/doctrina.php]

2**.**Федеральная программа развития образования

[http://www.rg.ru/oficial/doc/federal\_zak/51\_fz\_pril.htm]

3. Ратенко С.Е. К проблеме моделирования и формирования муниципальной систе-мыздоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учреждений // Соци-ально-педагогическая помощь детям: теория и опыт. Сб. науч. статей / Отв. ред. А.В. Репринцев. – Курск: Изд-во КГУ, 2006. – С. 209-215.

4. Сохранение и укрепление здоровья участников образовательного процесса: Методическое пособие / под общей редакцией Сиваковой Н.Н.. – ГБОУ ДПО СКИРО ПК и ПРО, 2012. - 4с., 7с., 18с., 47с.

5.Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 г.)//Медицинская газета.-2006.-№30.-с.15-18.

6 Федеральный закон об образовании в Российской Федерации [http://mamamasi.ru/index.php?id=116#st41]

ст 41

7**.** Статистические данные по Главному управлению природных ресурсов СК [http://mpr.stavkray.ru/]

8. Социально – экономические условия и общественное здоровье [http://reabilitaziya.ucoz.ru/forum/2-2-1]

9. Вульфов Б.З., Синягина Н.Ю. К проблеме сохранения и укрепления здоровья школьников/ Мир образования - №3.-2007.-4-12с.

10. Заключение экспертов ВОЗ [http://www.myshared.ru/slide/271668/]

11. Яковлева Т.В. О проблемах сохранения и укрепления здоровья школьников/ Здоровьесберегающее образование. М., 2009. - № 2. – 6-7с.

12. Здоровьесберегающее образование / научно-практический журнал. – М., 2009. - № 2. – 128 с.

13. Устав Всемирной организации здравоохранения [http://www.who.int/entity/ru/]

14. 8. Инновационный проект развития ОУ по здоровьесбережению[werh-marushka.ucoz.ru/dokum/innovaziony]

15. Программапоздоровьесбережениюшкольников»[chalnaya-shkola/raznoe/programma-po-zdorovesberezheniyu-shkolnikov]

16. Проектирование здоровьесберегающего пространства общеобразовательной школы средствами личностно-ориентированного

образования: авторефератдис…канд.пед.наук / О.Е. Подгорная. – Ростов-на-Дону, 2005. – 24 с.

17. Мысина Т.Ю. формирование ценностного отношения к здоровью // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Психология. 2011. №2. С.46-57.

18. Основные направления программы «Оздоровительная модель общеобразовательного учреждения / В.А. Балашова, В.П. Степаненко, Л.М. Бекетова // Завуч. – 2000. – №4. –65 – 69с.

19.Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе – М.: АРКТИ, 2005. – 320с.

20.Попова А.И. Здоровьесохраняющая среда в школе // Образование. – 2002. – №4.