

DOI: 10.15838/esc/2014.5.35.19  
УДК 37.01:613(470.12), ББК 51.240.0(2Рос-4Вол)

© Касимов Р.А., Разварина И.Н.

## Апробация модели формирования регионального здоровьесберегающего образовательного пространства на муниципальном уровне



**Риза Ахмедзакиевич  
КАСИМОВ**

кандидат педагогических наук, директор, Государственное учреждение здравоохранения Вологодский областной центр медицинской профилактики (160001, г. Вологда, ул. Мира, д. 9, vocmp-vologda@yandex.ru)



**Ирина Николаевна  
РАЗВАРИНА**

старший лаборант, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт социально-экономического развития территорий Российской академии наук (160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а, irina.razvarina@mail.ru)

**Аннотация.** Статья посвящена поиску методологических и управленческих подходов, нацеленных на сохранение детского здоровья. В контексте этого направления авторами представлена развернутая характеристика формирования здоровьесберегающего образовательного пространства, которое рассматривается как сложная многоуровневая и многоотраслевая система. В работе определены принципы, методы, механизмы становления процесса здоровьесбережения на уровне муниципальных образований.

Предметом исследования являются предпосылки, условия и ресурсы формирования здоровьесберегающего образовательного пространства. Объект исследования — участники образовательного процесса (обучающиеся, учителя, родители) и представители административно-управленческого аппарата местных органов самоуправления. Цель исследования — сравнение эффективности применения различных концептуально-методологических подходов к формированию здоровьесберегающего пространства и уровня включенности муниципалитета.

В ходе проведения эксперимента была апробирована оценка моделей формирования регионального здоровьесберегающего образовательного пространства (РЗОП) и приобщения к здоро-

вому образу жизни, разработанная авторами. Уделено значительное внимание обоснованию оптимального выбора стратегии управления при внедрении технологий здоровьесбережения на муниципальном уровне. Показано решающее значение конструктивного межведомственного взаимодействия систем образования и здравоохранения, органов власти для результативной деятельности в данном направлении.

**Ключевые слова:** детское здоровье, здоровьесберегающее образовательное пространство, комплексный системно-синергетический подход, здоровьесберегающие активности, межведомственное взаимодействие.

В Федеральной целевой программе развития образования на 2011–2015 годы поставлена важнейшая задача повышения качества образования через сохранение и укрепление здоровья и внедрение здоровьесберегающих форм и технологий в педагогический процесс. Состояние здоровья несовершеннолетних граждан в настоящее время является одним из значимых показателей благополучия государства.

В связи с этим количественные и качественные характеристики физического и психологического статуса детей отражают реальную ситуацию состояния детского здоровья [1, 5, 9, 10, 11]. Демографический кризис и снижение уровня жизни населения, произошедшие в России еще в девяностых годах прошлого столетия (*табл. 1*), оказали негативное влияние на все показатели здоровья детей. Общая заболеваемость

Таблица 1. Естественное движение населения в Вологодской области (ВО) и Российской Федерации (РФ)

Год	Численность населения*, тыс. чел.		Общий коэффициент рождаемости, ‰		Общий коэффициент смертности, ‰		Естественная убыль (прирост), ‰	
	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО
1990	147 969,4	1 354,1	13,4	13,4	11,2	12,0	2,2	1,4
1992	148 538,2	1 352,5	10,7	10,2	12,2	13,1	-1,5	-2,9
1995	148 375,8	1 336,2	9,3	8,7	15,0	16,4	-5,7	-7,7
1999	147 214,8	1 304,7	8,3	8,0	14,7	16,1	-6,4	-8,1
2000	146 596,9	1 295,0	8,7	8,8	15,3	16,0	-6,6	-7,2
2001	145 976,5	1 284,5	9,0	9,4	15,6	17,4	-6,6	-8,0
2002	145 306,5	1 272,7	9,7	10,1	16,2	18,4	-6,5	-8,3
2003	144 648,6	1 261,4	10,2	10,4	16,4	19,8	-6,2	-9,4
2004	144 067,3	1 250,8	10,4	10,7	16,0	19,1	-5,6	-8,4
2005	143 518,8	1 240,4	10,2	10,5	16,1	18,8	-5,9	-8,3
2006	143 049,6	1 230,4	10,4	10,9	15,2	17,1	-4,8	-6,2
2007	142 805,1	1 222,8	11,3	11,6	14,6	15,9	-3,3	-4,3
2008	142 742,4	1 217,0	12,1	12,0	14,6	16,3	-2,5	-4,3
2009	142 785,3	1 211,2	12,4	12,4	14,2	16,2	-1,8	-3,8
2010	142 849,5	1 204,8	12,5	12,5	14,2	16,8	-1,7	-4,3
2011	142 960,9	1 199,9	12,6	13,0	13,5	15,7	-0,9	-2,7
2012	143 201,7	1 197,4	13,3	14,0	13,3	15,1	-0,02	-1,1

\* В среднем за год.

Источники: Единая межведомственная информационно-статистическая система [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do>; Естественное движение населения в разрезе субъектов Российской Федерации за январь–декабрь 2012 года [Эл. рес.]. – Реж. дост.: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2012/demo/edn12-12.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2012/demo/edn12-12.htm)



населения в возрасте от 0 до 14 лет увеличилась в стране в 2000–2010 годах на 31%, в Вологодской области – на 38% [2, 3].

В настоящее время нормативно-правовое обеспечение охраны здоровья школьников представлено широким спектром законодательных актов всех уровней. Основные положения здоровьесбережения данной категории населения отражены в статье 41 Федерального закона Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273 [8].

Важное, а в большинстве случаев и ведущее значение имеет включение в процесс организации охраны здоровья детей не только управлений образования, медицинских учреждений, но и органов власти на местах. В соответствии с Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» от 24.09.2003 г. № 131-ФЗ к вопросам местного значения относится и создание благоприятных условий для комплексного развития и жизнедеятельности детей. Данное положение обуславливает необходимость расширения межведомственного взаимодействия всех субъектов на уровне муниципалитета, заинтересованных в этом направлении деятельности.

Поэтому с 2004 года в Вологодской области проводится эксперимент по апробации модели оценки эффективности регионального здоровьесберегающего образовательного пространства (РЗОП) с различным уровнем включенности муниципалитета в данный процесс.

Вологодская область состоит из 26 муниципальных районов и 2 городских округов. В рамках существующих программ активное участие в формировании РЗОП принимают следующие муниципалитеты: Вологодский, Череповецкий, Кирилловский, Великоустюгский, Грязовецкий, Харовский, Вожегодский, Тотемский, Нюксенский, Никольский, Тарногский, Чагодощенский, Кадуйский.

Для проведения эксперимента были выбраны Вожегодский и Харовский районы. Они имеют характерную для большинства районов экономическую специализацию, демографическую, административную структуру (административные центры большей части районов области относятся к малым городам). В дальнейшем это позволит экстраполировать полученные результаты на все территориальные единицы региона.

Нами были выделены основные компоненты сформированности регионального здоровьесберегающего образовательного пространства: **организационно-правовые, социально-педагогические, информационные** (рисунки). Классификация уровней сформированности РЗОП была составлена на основе анализа национальной и региональных, а также зарубежных концепций и стратегий охраны и укрепления здоровья населения. Оценка эффективности формирования здоровьесберегающего образовательного пространства проведена на основе анализа динамики его компонентов.

Одним из основных показателей эффективности формирования благоприятного для здоровья детского населения пространства является уровень здоровья, мониторинг которого осуществляют учреждения Государственной статистики. Однако этот итоговый показатель не может дать сведения о результативности внедрения целевых технологий. Поэтому требуются такие индикаторы, которые могли бы показать зависимость эффективности данного процесса от конкретных мер, принимаемых субъектами организации здоровьесберегающего образовательного пространства. Важно, чтобы оценочные критерии и показатели его развития были достаточно информативны, доступны для интерпретации, чтобы они охватывали весь спектр анализируемых данных. В связи с этим уровень сформированности регионального





здоровьесберегающего образовательного пространства целесообразно оценивать по следующим критериям: **высокий, средний и низкий**. Такая градация позволит сделать анализ эффективности этого процесса комплексно, с учетом всех компонентов. Уровень сформированности РЗОП определялся по коэффициентам оценки эффективности нормативно-правовых, социально-педагогических и информационных критериев и показателей методом сравнения полученных результатов [4].

По решению местных органов исполнительной власти в сфере образования в эксперимент были включены все общеобразовательные школы Вожегодского района, самостоятельно приняли решение войти в него пять школ Харовского. Координация и оценка результатов проводилась

управлениями образования при научно-методическом сопровождении со стороны ГУЗ «Вологодский областной центр медицинской профилактики». Эксперимент заключался в исследовании здоровьесберегающего пространства в муниципальном образовании как центре единой профилактической среды. Целью исследования стало сравнение эффективности применения технологий здоровьесбережения в рамках следующих подходов: синергетического (в Харовском) и системного (в Вожегодском районе).

К 2004 году состояние здоровья обучающихся школ экспериментальных районов характеризовалось как неблагоприятное. Регистрировались не только значительные доли курящих и употребляющих алкоголь, но и случаи употребления наркотиков;



выявлена тенденция школьников к утрате духовных и нравственных ценностей (в т.ч. и здорового образа жизни), обусловившая снижение физической активности, повышение уровня заболеваемости. Однако в районе, сельских поселениях, учреждениях образования не было разработано программ по охране здоровья детей.

Заметим, что проведению эксперимента предшествовала реализация на региональном, муниципальном и местном уровнях комплекса мероприятий, которые определили развитие здоровьесберегающих процессов в указанных районах:

- в соответствии с Постановлением Губернатора Вологодской области «О концепции долгосрочной политики охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области “Вологодская область – Здоровье-21”» от 15.05.2000 № 416, главной задачей стала охрана и укрепление здоровья детского населения;

- в 2002 году, в соответствии с этим документом, принят к исполнению «Стратегический план охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области на 2002–2010 годы»;

- в период с 1999 по 2002 год, при поддержке международной программы ЕС «Тасис», «Система профилактических мер и здоровья населения России», программа ВОЗ «Школа укрепления здоровья», показавшая высокую эффективность, была реализована в трех экспериментальных школах (общеобразовательные школы № 18 и 24 и № 3 г. Тотьмы);

- в 2003 году на областной межведомственной конференции, посвященной итогам проекта ВОЗ «Школа укрепления здоровья», состоявшейся в г. Тотьме с участием руководителей управлений образования, приняты рекомендации по изучению данного опыта и использованию его в здоровьесберегающей деятельности учреждений образования на местах;

- в период с 2004 по 2014 год в муниципальных образованиях области регулярно проводились межведомственные обучающие конференции (всего – 31) по разработке и реализации программ формирования здорового образа жизни среди детского и взрослого населения;

- на базе АОУ ВО ДПО «Вологодский институт развития образования» и ГУЗ «Вологодский областной центр медицинской профилактики» были организованы семинары по развитию здоровьесберегающих технологий в профильных учреждениях для их руководителей;

- проводились семинары для учителей и школьного актива по разработке здоровьесберегающих программ. В сельские учреждения образования выезжали специалисты Вологодского областного центра медицинской профилактики, других профильных профилактических центров и диспансеров системы здравоохранения, а также сотрудники лаборатории здоровья и центра профилактики наркозависимости у детей и подростков АОУ ВО ДПО «Вологодский институт развития образования».

Региональные концепция и стратегический план по охране и укреплению здоровья населения, опыт реализации здоровьесберегающих школьных программ с международным участием, обучающие мероприятия стали методической базой для развития здоровьесберегающих процессов в учреждениях образования Вожегодского и Харовского районов.

Опытно-экспериментальное исследование включало: констатирующую часть, формирующую, сравнительно-аналитическую составляющие и выводы.

Для сохранения и укрепления здоровья обучающихся, формирования среди них здорового образа жизни необходимо было расширить спектр профилактической деятельности фельдшерско-акушерских пунктов и отделений и кабинетов медицинской



профилактики, которые были созданы по решению администрации районов и сельских поселений. Медицинские работники прошли целевую подготовку по программам профилактической направленности, в их должностные обязанности было включено проведение первичной профилактики неинфекционных заболеваний среди детского населения, то есть расширилось качественное наполнение функций и деятельности медицинских учреждений. В том числе по таким направлениям, как:

- координация взаимодействия медицинских служб и образования в рамках здоровьесбережения;

- информационное и методическое обеспечение реализации здоровьесберегающих программ в школах с привлечением региональных профилактических центров и диспансеров;

- мониторинг реализации здоровьесберегающих программ в учреждениях образования;

- оценка эффективности развития здоровьесберегающей деятельности в учреждениях образования во взаимодействии с управлением образования района и областным центром медицинской профилактики.

С целью реализации этих направлений формируется сеть медицинских структур, задачей которых является охрана и укрепление детского здоровья. Следующим этапом стало объединение ресурсов различных секторов общества и их действий в этом направлении, повышение ответственности за здоровье детей всех участников образовательного процесса в школе, расширение функций медицинских структур.

Таким образом структуры медицинской профилактики в результате синергетического воздействия начинают выполнять функции центров ответственности за здоровье. В районе создается двухуровневая сеть центров ответственности: на

муниципальном уровне – это отделение медицинской профилактики в поликлинике Центральной районной больницы; в сельских поселениях – кабинеты медицинской профилактики при участковых больницах или ФАПах. В ходе реализации центрами ответственности своих функций определились их основные задачи:

1. Вовлечение представителей власти всех уровней в процесс формирования здорового образа жизни в учреждениях образования.

2. Подготовка заседаний межведомственных координационных советов по проблемам охраны и укрепления здоровья.

3. Координация деятельности межведомственных рабочих групп по разработке программ формирования здорового образа жизни среди детского населения в образовательных организациях.

4. Содействие и оказание методической помощи в разработке и реализации программ формирования здорового образа жизни в школах.

5. Взаимодействие с управлением образования района по вопросам организации педагогического сопровождения программ формирования здорового образа жизни, распространение через СМИ информационных материалов о здоровье и здоровом образе жизни среди обучающихся.

6. Мониторинг развития и методическое сопровождение здоровьесберегающих программ в учреждениях образования.

7. Оценка эффективности здоровьесберегающих программ, реализуемых учреждениями образования.

Анализ деятельности центров ответственности за здоровье показал, что они способны эффективно реализовывать свои функции при условии взаимодействия: с органами местной власти; муниципальным управлением и учреждениями образования; другими ведомствами, общественными



организациями и представителями бизнеса, заинтересованными в решении проблем здоровья детей; родителями обучающихся; волонтерскими группами, движениями за здоровое поколение; средствами массовой информации.

С учётом предмета и экспериментального характера исследования оценка проведенных целевых мероприятий выполнялась методом анкетирования. Целевую аудиторию составляли обучающиеся школ среднего и старшего звена, их родители и учителя. Отбор учебных заведений осуществлялся при помощи генератора случайных чисел в программе Excel. Исследованием было охвачено 3 общеобразовательные школы Вожегодского района и 4 – Харовского, в т.ч. 25% обучающихся 5–7-х и 8–11-х классов с учетом соотношения между школьниками районного центра (46–48%) и села (52–54%). Взрослое население представляли родители обследуемых детей и педагоги образовательных организаций каждого из районов. Период проведения эксперимента: 2004/2005, 2007/2008, 2013/2014 учебные годы (табл. 2). Статистическая обработка баз данных осуществлялась в ППП SPSS. Инструментарий исследования разработан на базе стандартного опросника международной программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний Всемирной организации здравоохранения «CINDI» («CINDI–ДЕТИ», «CINDI–

ВЗРОСЛЫЕ») с изменениями и дополнениями, внесенными авторами, исходя из целей и задач исследования.

В рамках апробации модели РЗОП основные условия эффективности формирования здоровьесберегающего образовательного пространства позволила охарактеризовать динамика развития **организационно-правового компонента:**

1. Нормативно-правовые критерии:

– количество разработанных и реализуемых концепций охраны и укрепления здоровья детского населения (на региональном и муниципальном уровнях);

– количество разработанных и реализуемых долгосрочных межведомственных стратегий (программ, планов) охраны и укрепления здоровья детского населения (на региональном и муниципальном уровнях);

– количество разработанных и реализуемых годовых межведомственных планов по охране и укреплению здоровья детей в муниципальных образованиях и сельских поселениях;

– количество разработанных и реализуемых региональных и муниципальных межведомственных целевых программ формирования здорового образа жизни детей и подростков.

Оценка эффективности формирования регионального здоровьесберегающего пространства по критериям и показателям, характеризующим нормативно-правовую

Таблица 2. Объем выборки исследования, человек

Численность	Год проведения исследования		
	2004/2005 уч. год	2007/2008 уч. год	2013/2014 уч. год
Обучающиеся (Вожегодский район)	246	241	116
Обучающиеся (Харовский район)	227	232	120
Учителя (Вожегодский район)	64	55	9
Учителя (Харовский район)	63	60	10
Родители (Вожегодский район)	214	203	116
Родители (Харовский район)	207	226	120



базу, может осуществляться по коэффициенту наполняемости, который определяется отношением количества разработанных нормативно-правовых актов к требуемому их количеству либо в регионе, либо в муниципальном образовании, либо в сельском поселении.

2. Организационно-структурные критерии:

- количество созданных и функционирующих региональных, муниципальных и сельских межведомственных координирующих органов по проблемам здоровья детского и взрослого населения;

- количество региональных и муниципальных центров медицинской профилактики;

- количество отделений (кабинетов) медицинской профилактики в медицинских организациях;

- количество дошкольных учреждений, реализующих программу формирования здорового образа жизни;

- количество школ, реализующих программу формирования здорового образа жизни;

- количество организаций и предприятий, реализующих программу формирования здорового образа жизни на рабочих местах (организации и предприятия численностью от 100 человек и более в городе и от 50 человек и более – в сельской местности).

Оценка эффективности формирования РЗОП по критериям и показателям, характеризующим развитие структур, участвующих в реализации программы формирования здорового образа жизни, может выполняться по коэффициенту участия, который определяется отношением количества структур, реализующих программы формирования здорового образа жизни, к общему количеству структур данного типа либо в регионе, либо в муниципальном

образовании, либо в сельском поселении (либо к требуемому количеству).

Динамика развития **социально-педагогического компонента** характеризует эффективность процесса и результат формирования ЗОЖ у субъектов образовательного процесса.

На первом этапе оценка эффективности развития социально-педагогического компонента осуществлялась по показателям, которые были выявлены на основе анализа теоретического материала и опытно-экспериментальной работы в учреждениях образования, и такому критерию оценки, как охват обучающихся, учителей и родителей профилактическими мероприятиями. Учитывались следующие показатели:

- количество профилактических мероприятий, реализуемых медицинскими учреждениями, и охват ими участников образовательного процесса на региональном и муниципальном уровнях;

- количество профилактических мероприятий, реализуемых учреждениями образования, и охват ими субъектов образовательного процесса на региональном и муниципальном уровнях;

- количество профилактических мероприятий, реализуемых другими учреждениями, и охват ими школьников, педагогов и родителей на региональном и муниципальном уровнях;

- количество участвующих в эксперименте, прошедших обучение здоровому образу жизни.

Оценка активности участия муниципальных образований в формировании здоровьесберегающего образовательного пространства проводилась путем мониторинга годовых планов по охране и укреплению здоровья населения муниципальных образований и сельских поселений, обучению здоровому образу жизни.



Для сравнительной оценки активности участников образовательного процесса исследуемого пространства учтено количество проведенных мероприятий и численность обученных ЗОЖ в абсолютных цифрах (за месяц, квартал и год).

На втором этапе критериями эффективности формирования ЗОЖ были определены: динамика физической активности, динамика медицинской активности, динамика психологической активности.

Развитие **информационного компонента** характеризует эффективность процесса информационной поддержки формирования здоровьесберегающего образовательного пространства.

Критерий оценки – объем информации на телевидении, радио и в печати, способствующей формированию здорового образа жизни. Показатели:

- количество вышедших телепередач, опубликованных статей, рубрик на такие темы, как поведенческие факторы риска заболеваний, здоровый образ жизни (региональные, муниципальные телеканалы);
- количество бюллетеней, газет, журналов, освещающих тему поведенческих факторов риска и ЗОЖ, вышедших в свет в региональных и муниципальных издательствах, и их тираж;
- количество выходов социальной рекламы о факторах риска заболеваний и о ЗОЖ (региональные, муниципальные СМИ);
- количество единиц наружной социальной рекламы о факторах риска заболеваний, о ЗОЖ и продолжительность их демонстрации в днях (в региональном центре, муниципальном образовании, сельском поселении).

Оценка эффективности формирования здоровьесберегающего образовательного пространства по критериям, характеризующим объем информации о здоровом образе жизни, распространяемой через СМИ, осуществляется путем их монито-

рирования. Для этого был введен коэффициент достаточности информационной поддержки.

Нужно сказать, что дополнительным источником информации, необходимой для анализа процесса формирования здорового образа жизни в школе, стали данные о количестве школьников, отнесенных к тем или иным группам здоровья, о количестве уроков, пропущенных по болезни, и о количестве дней по больничным листам у учителей за текущий учебный год и в сравнении с предшествующим годом. Для этих же целей могут определяться и сопоставляться объективные показатели здоровья школьников, полученные по результатам диспансеризации и медицинских осмотров, а также по данным официальной статистики.

Здоровьесберегающие активности родителей и учителей – это теоретические знания и практические навыки по ЗОЖ. Главная задача взрослых – воспитать их у детей, привить не только знания, умения, но и осознание потребности в постоянном контроле состояния своего здоровья.

Полученные данные позволили оценить эффективность формирования здорового образа жизни среди обучающихся и их ближайшего окружения – родителей и учителей, динамику развития здоровьесберегающего образовательного пространства как в масштабе образовательной организации, так и муниципального образования в целом.

Судя по данным анализа заболеваемости обучающихся Харовского и Вожегодского районов, развитие в учебных заведениях программ «Здоровьесберегающая школа» положительно повлияло на укрепление здоровья детей. По итогам эксперимента в Харовском районе был отмечен рост физической, экологической и психологической активности у обучающихся школ, реализующих здоровьесберегающие программы.



Исследование процесса формирования здоровьесберегающего образовательного пространства в двух муниципальных образованиях Вологодской области – Харовском и Вожегодском районах – в рамках синергетического и системного подходов подтвердило гипотезы, выдвинутые в нашей работе, и показало эффективность деятельности муниципальных органов образования по формированию здорового образа жизни подрастающего поколения на принципах как синергетического, так и системного подходов.

Вместе с тем анализ результатов формирования здоровьесберегающего образовательного пространства позволил выявить преимущества синергетического подхода в реализации задач формирования здорового образа жизни обучающихся учреждений образования Харовского района в сравнении с системным подходом в решении этих же задач в учреждениях образования Вожегодского района (табл. 3).

По результатам эксперимента в Харовском районе отмечен рост физической,

экологической и психологической активности у учащихся школ, реализующих здоровьесберегающие программы. В Вожегодском районе наблюдается рост только двух видов активностей – физической и медицинской.

В число объективных показателей, характеризующих состояние здоровья детей, входят группы здоровья, установленные в соответствии с рекомендациями Института гигиены детей и подростков. К I группе здоровья относятся дети, которые или не имеют отклонений по всем критериям здоровья, или имеют незначительные отклонения, не влияющие на состояние здоровья и не требующие специальной коррекции. Ко II группе относят здоровых детей с высокойотягощенностью по биологическому, генеалогическому, социальному анамнезам и с риском развития у них хронических заболеваний. К III группе относят детей с хроническими заболеваниями или с врожденной патологией. Могут выделяться IV и V группы, к которым относятся дети с редкими и тяжелыми хроническими

Таблица 3. Сравнительный анализ формирования здоровьесберегающего образовательного пространства в муниципальных образованиях по динамике видов здоровьесберегающих активностей в учреждениях образования Харовского и Вожегодского районов

№ п/п	Виды здоровьесберегающих активностей	Динамика формирования видов здоровьесберегающих активностей	
		Учреждения образования Харовского района	Учреждения образования Вожегодского района
1.	Физическая	+	+
2.	Экологическая	+	0
3.	Медицинская	0	+
4.	Психологическая	+	0
5.	Духовно-нравственная	0	0
6.	Сумма показателей результативности: - рост активностей	3	2
	- активности без изменений	2	3
	- снижение активностей	-	-
Условные обозначения динамики формирования активностей: «+» – рост или тенденция к росту видов активностей; «-» – снижение или тенденция к снижению видов активностей; «0» – динамика видов активностей без изменений.			



заболеваниями, составляющие незначительную часть обучающихся или проходящие обучение в специализированных учебных заведениях. Для облегчения процесса оценки эффективности здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях на практике, как правило, используются первые три группы здоровья детей.

Объективные данные о состоянии здоровья обучающихся школ Харовского и Вожегодского районов, полученные в результате выборочного изучения медицинских карт и отчетно-учетной документации о здоровье детей, представлены в *таблице 4*.

За период с 2004 по 2007 г. число детей с I группой здоровья в учебных заведениях Вожегодского района увеличилось на 8%,

в Харовском районе данный показатель снизился на 8%. Позитивные изменения в Вожегодском районе достигнуты за счет притока более здоровых детей в средние классы из начальных. Соответственно, количество детей со II группой здоровья снизилось (на 12%) в Вожегодском районе и возросло (на 15%) в Харовском. Причем доля детей с третьей группой здоровья в Вожегодском районе увеличилась на 4%, а в Харовском – уменьшилась на 8%, что доказывает незначительные преимущества в реализации здоровьесберегающих программ в школах Харовского района.

В 2004–2007 гг. количество случаев отсутствия на рабочем месте по болезни учителей снизилось в обоих районах незначительно (*табл. 5*): на 4 случая в Воже-

Таблица 4. Динамика здоровья обучающихся школ Вожегодского и Харовского районов в соответствии с группами здоровья

Район	Группа здоровья	9 класс		10 класс		11 класс		Темп прироста (+ или -)
		2004/2005 уч. год		2005/2006 уч. год		2006/2007 уч. год		
		Количество	%	Количество	%	Количество	%	
Вожегодский	1	85	30,5	42	32,1	48	38,4	7,9
	2	180	64,5	81	61,8	66	52,8	-11,7
	3	14	5,0	8	6,1	11	8,8	3,8
Харовский	1	82	28,8	37	25,8	24	21,1	-7,7
	2	121	42,4	70	49,0	66	57,8	15,4
	3	82	28,8	36	25,2	24	21,1	-7,7

Таблица 5. Динамика заболеваемости учителей школ Вожегодского и Харовского районов (2004–2007 гг.)

Показатели временной нетрудоспособности	2004/2005 уч. г.	2005/2006 уч. г.	2006/2007 уч. г.
<i>Вожегодский район</i>			
Количество случаев	89	99	85
Количество дней	789	986	902
Средняя длительность одного случая, дней	8,9	10,0	10,7
<i>Харовский район</i>			
Количество случаев	99	105	84
Количество дней	827	885	833
Средняя длительность одного случая, дней	8,3	8,5	9,9
Примечание: Показатели нетрудоспособности сотрудников на 100 работающих.			



годском районе и на 15 — в Харовском. Вместе с тем количество рабочих дней, пропущенных по болезни, и средняя длительность одного случая увеличились в Вожегодском районе на 113 дней и 1,8 дня соответственно, в Харовском — на 6 дней и 1,6 дня.

Количество случаев и дней временной нетрудоспособности преподавателей в 2004/2005 учебном году в Харовском районе превышало такие же показатели в Вожегодском; в 2006/2007 уч. г. наблюдалась противоположная ситуация.

При оценке участия родителей и учителей в формировании здорового образа жизни среди обучающихся школ оказалось, что более активны в данном процессе родители и педагоги. Причем в Харовском районе заинтересованных в активном участии в охране здоровья детей больше, чем в Вожегодском.

В ходе исследования было установлено, что факторами, снижающими эффективность мероприятий, направленных на укрепление здоровья и профилактику заболеваний учителей, стали следующие:

— средний возраст работающих учителей: в Вожегодском районе — 57 лет; в Харовском — 54;

— высокая распространенность хронических заболеваний и низкий уровень диспансерного наблюдения и лечения преподавателей. Так, по собственной инициативе проходят диспансеризацию всего 7% учителей в Вожегодском районе и 15% — в Харовском. Значительно повышается активность диспансеризации учителей, если в ней участвуют директора школ. Уровень диспансеризации педагогов, проводимой с частотой один раз в год, вырос в Вожегодском районе до 65%, в Харовском — до 67%.

В 2004–2007 годах проведен опрос 119 вожегодских и 123 харовских учителей о распространенности среди них курения.

Результаты выявили, что доля курящих учителей сократилась в Вожегодском районе с 8 до 2%, в Харовском — с 29 до 5%. Следует отметить, что отказ от курения учителей в этих муниципальных образованиях повлиял и на снижение распространенности курения среди подростков. В Вожегодском районе за три года доля курящих школьников снизилась на 5%, а к 2014 году — на 17%. В Харовском районе за период с 2007 по 2014 год снижение составило 3%.

Наиболее значимым фактором, определяющим эффективность формирования здоровьесберегающего образовательного пространства, является степень вовлеченности в этот процесс лиц, принимающих решения. Чтобы выявить зависимость результатов формирования здоровьесберегающего образовательного пространства на муниципальном уровне от компетентности в вопросах здоровья и вовлеченности в этот процесс руководителей органов местного самоуправления, в 2004 году был проведен анкетный опрос. В Вожегодском и Харовском районах опрошено по 13 экспертов, представляющих органы исполнительной власти на местах: главы администраций, их заместители.

Как показало исследование, руководители местных органов исполнительной власти относят к опасным для здоровья населения такие факторы, как:

— курение (соответственно 77 и 33% руководителей администрации Вожегодского и Харовского районов);

— чрезмерное употребление алкоголя (85 и 87% соответственно);

— низкий уровень жизни (85 и 80%).

Все руководители Вожегодского и Харовского районов, участвовавшие в опросе, считают, что здоровье подрастающего поколения зависит прежде всего от семьи. К числу значимых факторов, от которых зависит здоровье детей, 70% руководителей



администраций Вожегодского и 53% — Харовского районов отнесли также школу. Важную роль медицинских учреждений в поддержании и укреплении здоровья подрастающего поколения отметили соответственно 39 и 33%.

Вышеизложенное характеризует достаточную компетентность и активность руководителей местной администрации, содействующих формированию здоровьесберегающего образовательного пространства в своих муниципальных образованиях, что привело к позитивным результатам, достигнутым учреждениями образования экспериментальных районов.

По итогам эксперимента констатирован факт наличия на территории Харовского и Вожегодского районов основных признаков формирования здоровьесберегающего образовательного пространства:

- выполнение субъектами образовательного процесса функции координации процесса формирования здорового образа жизни;
- развивающиеся взаимосвязи между субъектами образовательного процесса в рамках формирования здорового образа жизни;
- создание здоровьесберегающей среды в образовательных организациях.

Исследование показало, что здоровьесберегающие процессы являются результатом либо системообразующего управления (системный подход), либо самоорганизующегося процесса (синергетический подход). Уровень сформированности здоровьесберегающего образовательного пространства в Вожегодском районе, где реализован системный подход, характеризуется как средний, в Харовском районе, где реализован синергетический подход, — как высокий. Нужно отметить неоднозначность применения синергетического подхода, как сильные, так и слабые стороны данного процесса.

Сильные стороны:

- процесс разработки здоровьесберегающих программ не ограничен директивными указаниями вышестоящих органов образования и типовыми моделями, что дает возможность осуществления деятельности по формированию здорового образа жизни в учреждениях образования;
- решение о разработке и реализации здоровьесберегающих программ принимает сам школьный коллектив, что формирует коллективную ответственность за результаты программы;
- возникают возможности внедрения в учебном заведении новых здоровьесберегающих технологий с привлечением внешних научных ресурсов.

Слабые стороны:

- нет единого научно обоснованного подхода к реализации здоровьесберегающей деятельности в учреждениях образования;
- нет системы взаимодействия по обмену опытом между образовательными учреждениями, реализующими здоровьесберегающие программы;
- варианты выбора оптимальной модели программы ограничены малым количеством школ, реализующих здоровьесберегающие программы.

Анализ реализации таких программ в вышеуказанных школах показал, что основной акцент в содержании мероприятий сделан на сохранении и укреплении здоровья детей в период обучения в школе. В меньшей степени отражаются задачи формирования здорового образа жизни.

Основные технологии, сохраняющие здоровье детей, включали модульное, проблемное, проектное, социокультурное и саморазвивающее обучение.

Широко применялись также игровые технологии и групповые методы обучения.



Таким образом, по результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Эффективность формирования регионального здоровьесберегающего образовательного пространства определяется комплексом организационно-педагогических, социально-педагогических, информационно-педагогических условий, которые могут оцениваться в количественных показателях.

2. Параметры эффективности формирования регионального здоровьесберегающего образовательного пространства тесно взаимосвязаны:

– с развитием основных признаков формирования исследуемого пространства;

– с процессом формирования здорового образа жизни у субъектов образовательного процесса и с его основными компонентами, видами здоровьесберегающей активности: физической, экологической, медицинской, психологической и духовно-нравственной.

3. Выбор стратегии управления и определение роли системы образования, здраво-

охранения, органов власти в ней – ключевые задачи эффективной, результативной деятельности по формированию здоровьесберегающего пространства на уровне муниципалитета, региона.

4. Высокая степень включенности местных органов исполнительной власти в процесс формирования здоровьесберегающего образовательного пространства является одним из главных условий эффективности данного направления деятельности.

5. Синергетический подход при постановке задач по формированию у детей школьного возраста здорового образа жизни в целом более эффективен, чем системный. Вместе с тем оба подхода дают позитивные результаты в формировании здорового образа жизни, в укреплении здоровья обучающихся и учителей. Поэтому сочетание их элементов (комплексный системно-синергетический подход) при формировании здоровьесберегающего образовательного пространства представляется наиболее оптимальным для достижения поставленной цели.

## Литература

1. Дети реформ [Текст] / ред.-сост.: Н.М. Римапшевская (науч. ред.), Л.Г. Луныкова, З.А. Хоткина. – М.: Институт экономических стратегий, 2011. – 304 с.
2. Единая межведомственная информационно-статистическая система [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do>;
3. Естественное движение населения в разрезе субъектов Российской Федерации за январь–декабрь 2012 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2012/demo/edn12-12.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2012/demo/edn12-12.htm)
4. Касимов, Р.А. Формирование регионального здоровьесберегающего образовательного пространства [Текст]: монография / Р.А. Касимов. – Вологда: Издательский центр ВИРО, 2007. – 164 с.
5. Копейкина, Н.А. Проблемы сохранения здоровья школьников [Текст] / Н.А. Копейкина // Проблемы развития территории. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2012. – № 60. – С. 44-52.
6. О Федеральной целевой программе развития образования на 2006–2010 годы [Текст]: Постановление Правительства РФ от 23.12.2005 г. № 803.
7. О Федеральной целевой программе развития образования на 2011–2015 годы [Текст]: Постановление Правительства РФ от 07.02.2011 № 61.
8. Об образовании в Российской Федерации [Текст]: Закон РФ от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ.
9. Римапшевская, Н.М. Здоровье школьников: тенденции и определяющие факторы [Текст] / Н.М. Римапшевская, А.А. Шабунова // Народонаселение. – 2011. – № 4. – С. 4-16.



10. Шабунова, А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика [Текст]: монография / А.А. Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
11. Шабунова, А.А. Человеческий капитал – индикатор устойчивого развития территории [Текст] / А.А. Шабунова, Г.В. Леонидова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2011. – № 5 (17). – С. 101-115.
12. Школы здоровья в России [Текст] / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт [и др.]. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. – 128 с.

Kasimov R.A., Razvarina I.N.

## Evaluation of the efficiency of regional health-preserving educational space formation

Riza Akhmedzakievich Kasimov – Ph.D. in Pedagogy, Director, State Healthcare Institution “Vologda Oblast Center for Medical Prophylaxis” (9, Mira Street, Vologda, 160001, Russian Federation, [voimpvologda@yandex.ru](mailto:voimpvologda@yandex.ru))

Irina Nikolaevna Razvarina – Senior Research Assistant, Federal State-Financed Scientific Institution the Institute of Socio-Economic Development of Territories of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation, [irina.razvarina@mail.ru](mailto:irina.razvarina@mail.ru))

**Abstract.** The article is devoted to the urgent problem of preserving children’s health. The author presents detailed characteristics of health-preserving educational space formation. It is regarded as a complex multilevel and multispectral system. The article defines the principles, methods, mechanisms of the health-preserving process on the municipal level.

The subject of research includes the background, conditions and resources of health-preserving educational space formation. The participants of educational process (students, teachers, parents) and representatives of local authorities are the object of the research. The study aims to evaluate the efficiency of health-preserving educational space formation within various conceptual and methodological approaches and the degree of involvement of the municipal authorities.

In the course of the experiment the author tests the method of estimating the models of regional health-preserving educational space formation and healthy lifestyle training, developed by the author. The article pays considerable attention to the justification of choosing the optimal strategy within the implementation of health preserving technologies on municipal level. It shows the crucial role of constructive inter-agency cooperation between the education system, health care and the authorities for effective and productive activities in this sphere.

**Key words:** children’s health, health-preserving educational space, a comprehensive systematic and synergetic approach, health-preserving activity, inter-agency cooperation.

### References

1. *Deti reform* [Children of reforms]. Compiled and edited by N.M. Rimashevskaya, L.G. Lunyakova, Z.A. Khotkina. Moscow: Institut ekonomicheskikh strategii, 2011. 304 p.
2. *Edinaya mezhvedomstvennaya informatsionno-statisticheskaya sistema* [Unified Interdepartmental Statistical Information System]. Available at: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do>;
3. *Estestvennoe dvizhenie naseleniya v razreze sub’ektov Rossiiskoi Federatsii za yanvar’–dekabr’ 2012 goda* [Natural Movement of the Population in in the Subjects of the Russian Federation in January–December 2012]. Available at: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2012/demo/edn12-12.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2012/demo/edn12-12.htm)



4. Kasimov R.A. Formirovanie regional'nogo zdorov'esberegayushchego obrazovatel'nogo prostranstva: monografiya [The Formation of Regional Health-Preserving Educational Space: Monograph]. Vologda: Izdatel'skii tsentr VIRO, 2007. 164 p.
5. Kopeikina N.A. Problemy sokhraneniya zdorov'ya shkol'nikov [Problems of Preserving Schoolchildren's Health]. *Problemy razvitiya territorii* [Problems of Development of Territories], 2012, no. 60, pp. 44-52.
6. *O Federal'noi tselevoi programme razvitiya obrazovaniya na 2011–2015 gody: Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 07.02.2011 № 61* [On the Federal Target Program for Development of Education for 2006–2010: Resolution of the Russian Government of December 23, 2005 No. 803].
7. *O Federal'noi tselevoi programme razvitiya obrazovaniya na 2011–2015 gody: Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 07.02.2011 № 61* [On the Federal Target Program for Development of Education for 2011–2015: Resolution of the Russian Government of February 07, 2011 No. 61].
8. *Ob obrazovanii v Rossiiskoi Federatsii: Zakon RF ot 29.12.2012 g. № 273-FZ* [On Education in the Russian Federation: the Law of the Russian Federation of December 29, 2012 No. 273-FZ].
9. Rimashevskaya N.M., Shabunova A.A. Zdorov'e shkol'nikov: tendentsii i opredelyayushchie faktory [Health of Schoolchildren: Trends And Determinants]. *Narodonaselenie* [Population], 2011, no. 4, pp. 4-16.
10. Shabunova A.A. *Zdorov'e naseleniya v Rossii: sostoyanie i dinamika: monografiya* [Health of Russia's Population: the State and Dynamics: Monograph]. Vologda: ISERT RAN, 2010. 408 p.
11. Shabunova A.A., Leonidova G.V. Chelovecheskii kapital – indikator ustoichivogo razvitiya territorii [Human Capital as an Indicator of Sustainable Development of the Territory]. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz* [Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast], 2011, no. 5 (17), pp. 101-115.
12. Kuchma V.R., Sukhareva L.M., Rapoport I.K. et al. *Shkoly zdorov'ya v Rossii* [Health Schools in Russia]. Moscow: Nauchnyi tsentr zdorov'ya detei RAMN, 2009. 128 p.