

УДК 372.851

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ОСНОВ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

Л.Н. БАШКОВА*(Витебский районный исполнительный комитет)*

Рассмотрены структурные компоненты реализации преемственности в формировании основ культуры здоровья учащихся начальной и средней школы, приведены уровни сформированности культуры здоровья учащихся. Раскрыты направления и этапы экспериментальной работы по внедрению разработанной системы в учебно-воспитательный процесс, приведены диагностические данные. Выделены следующие структурные компоненты, единство которых обусловлено их взаимосвязью и взаимодополнением друг друга: мотивационно-ценностный, содержательно-деятельностный, учебно-операционный, эмоционально-волевой, рефлексивно-оценочный, личностно-творческий.

Экспериментальная работа показала, что разработанная система по реализации преемственности в формировании основ культуры здоровья учащихся в учебно-воспитательном процессе начальной и средней школы дала положительные результаты. Использование здоровьесберегающих технологий, а также системность воспитательной работы в данном направлении позволили повысить уровень здоровьесберегающих знаний, умений, навыков учащихся, сформировать у них стойкую мотивацию на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, научить их творчески подходить к решению проблем, связанных со здоровьем, и адекватно оценивать состояние здоровья своего организма.

Введение. Проблема формирования культуры здоровья школьников исследуется сравнительно недавно, но с каждым годом ей уделяется все больше внимание, что находит отражение в многочисленных публикациях. Анализ различных подходов к пониманию сущности культуры здоровья в трудах И.В. Ильиной, Т.Ю. Никифоровой, Н.И. Резановой, С.Ю. Лебедченко, В.Н. Ростовцева, В.В. Колбанова, Л.И. Баяновой и других авторов позволяет утверждать, что культура здоровья учащихся – целостное личностное образование, представляющее собой совокупность достижений по приоритету ценностей здоровья, высокой активности по их освоению и трансляции в жизнедеятельности, и отражающее уровень знаний, умений и навыков о путях и средствах эффективного формирования, сохранения и укрепления здоровья [1, 3, 4, 6, 7 – 9].

Системное представление культуры здоровья учащихся позволяет выделить ее структурные компоненты, отражающие все многообразие ее внешних и внутренних связей и отношений. Так, в исследуемом нами процессе реализации преемственности в формировании культуры здоровья учащихся в начальной и средней школе нами выделены следующие **структурные компоненты**, единство которых обусловлено их взаимосвязью и взаимодополнением друг друга:

- мотивационно-ценностный;
- содержательно-деятельностный;
- учебно-операционный;
- эмоционально-волевой;
- рефлексивно-оценочный;
- личностно-творческий.

Рассмотрим каждый из них более подробно.

Мотивационно-ценностный компонент преемственности в формировании культуры здоровья учащихся характеризуется тем, что успешность формирования культуры здоровья учащихся в средней школе зависит от познавательного интереса, которым руководствуются учащиеся в процессе обучения в начальной школе и который направлен на присвоение ценностей культуры здоровья с учетом потребностей предстоящей жизнедеятельности. Этот интерес в той или иной мере определяет состояние здоровья учащихся при переходе с одной ступени обучения на другую. Исследования показали, что мотивы формирования культуры здоровья у учащихся в начальной школе зачастую определяют их дальнейшую профессиональную жизнедеятельность [2, 5]. Следовательно, мотивационно-ценностный компонент культуры здоровья позволяет перевести учащегося из объекта педагогического воздействия в начальной школе в субъект собственной деятельности в средней школе.

Мотивационно-ценностный компонент преемственности в формировании культуры здоровья характеризует развитие потребностно-мотивационной сферы учащихся в вопросах культуры здоровья и включает в себя мотивы, связанные с такими факторами, как:

- сознание необходимости в поддержании и укреплении своего здоровья;
- ценностно-смысловые основания деятельности, в числе которых ценность здоровья;
- убежденность в необходимости создания собственной программы здоровья, приведение своей жизнедеятельности в соответствие с принципами культуры здоровья;
- понимание значимости обучения в формировании ценности культуры здоровья.

Содержательно-деятельностный компонент преемственности в формировании культуры здоровья обеспечивает преемственность в содержании обучения и деятельности учащихся по овладению этим содержанием. Сформированность содержательно-деятельностного компонента культуры здоровья учащихся выражается в совокупности здоровьесберегающих знаний учащихся начальной и средней школы, включая знания основ деятельности учащихся, направленной на формирование у них культуры здоровья.

Содержательно-деятельностный компонент преемственности в формировании культуры здоровья в начальной и средней школе обусловливается сформированностью мотивационно-ценностного компонента. Повседневное обогащение своего запаса знаний по сохранению и укреплению своего здоровья и достижение более высокого уровня здоровьесберегающих умений и навыков в средних классах невозможно без ценностной мотивации учащихся на сохранение и укрепление здоровья.

При переходе учащихся с одной ступени обучения на последующую значение содержательно-деятельностного компонента усиливается. В начальной школе формирование содержательно-деятельностного компонента преемственности формирования культуры здоровья главным образом зависит от педагогической компетентности учителя, т.е. для младших школьников ценными являются все те знания по вопросам культуры здоровья, которые они получают от учителя. При переходе в среднее звено обучения учащиеся сами определяют ценность и значимость здоровьесберегающих знаний в их жизнедеятельности.

Учебно-операциональный компонент преемственности в формировании культуры здоровья учащихся характеризуется взаимосвязью и последовательностью методов, приемов, способов действий учащихся, направленных на сохранение и укрепление здоровья. Сформированность учебно-операционального компонента культуры здоровья учащихся зависит от умений и навыков младших школьников и младших подростков укреплять и сохранять свое здоровье и здоровье окружающих людей. Сущность учебно-операционального компонента преемственности в формировании культуры здоровья состоит в том, что на основе овладения учащимися здоровьесберегающими умениями и навыками формируется соответствующая культура здоровья.

Учебно-операциональный компонент преемственности в формировании культуры здоровья в начальной и средней школе обусловливается сформированностью содержательно-деятельностного и мотивационно-ценностного компонентов. От сформированности у учащихся мотивации на сохранение здоровья и системы здоровьесохранных знаний зависит успех в овладении здоровьесохранными умениями и навыками, их оперативность и действенность.

Рефлексивно-оценочный компонент преемственности в формировании культуры здоровья учащихся предполагает рефлексия личностью становления у нее культуры здоровья в форме оценочных суждений. Значение этого компонента в формировании культуры здоровья заключается в следующем:

- рефлексивно-оценочный компонент преемственности в формировании культуры здоровья учащихся дает возможность выявлять и сравнивать особенности отношения младших школьников и младших подростков к культуре здоровья;
- рефлексивно-оценочный компонент преемственности в формировании культуры здоровья учащихся проявляется в динамике развития стиля мышления, в основе которого лежит понимание значимости культуры здоровья для саморазвития, самореализации младшими школьниками и младшими подростками;
- рефлексивно-оценочный компонент преемственности в формировании культуры здоровья учащихся предусматривает веру в собственные способности учащихся самостоятельно пополнять и обогащать здравотворческие знания, развивать качества личности, необходимые для присвоения ценностей здоровья;
- рефлексивно-оценочный компонент связан с другими компонентами культуры здоровья: в зависимости от его реализации будет достигаться успешность в усвоении здоровьесохранных знаний, в формировании здоровьесберегающих умений и навыков, развитии мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

Личностно-творческий компонент преемственности в формировании культуры здоровья между начальной и средней школой характеризует способность творческой самореализации личности учащихся

в разнообразных видах здоровьесберегающей деятельности, направленной на освоение, создание и передачу ценностей здоровья. Этот компонент заключается:

- в стремлении постоянно осуществлять поиск, придерживаться самостоятельности в деятельности по укреплению и сохранению здоровья;
- в готовности к принятию самостоятельных решений в отношении формирования, поддержания и укрепления здоровья;
- в творческом характере применения здоровьесберегающих знаний, умений и навыков на практике.

Эмоционально-волевой компонент преемственности в формировании культуры здоровья определяет в большей мере психическую сферу жизнедеятельности учащихся. Он предполагает постепенное расширение сферы эмоциональных переживаний у младших школьников и при переходе в среднюю школу от здоровьесбережения до овладения способами здоровьесоздающей жизнедеятельности за счет проявления волевых усилий личности.

Эмоционально-волевой компонент включает:

- проявление интереса и волевых усилий, внутренне влечение к активной деятельности, направленной на здоровьесбережение, и необходимой для становления культуры здоровья;
- ограничение, а затем и полное исключение из жизнедеятельности всех возможных факторов риска для здоровья;
- желание овладеть навыками, приемами, способами формирования культуры здоровья;
- интерес к самопознанию, оптимизм, вера в свои силы;
- положительные эмоциональные реакции, связанные с осознанием успешно применять полученные знания и технологии в области укрепления здоровья в своей жизнедеятельности.

Основная часть. Системный анализ структурных компонентов позволяет рассматривать процесс реализации преемственности в формировании культуры здоровья учащихся как целостность. Преобразовав структурные компоненты реализации преемственности в формировании культуры здоровья в более широкую совокупность признаков проявления данного качества применительно к младшему школьному и младшему подростковому возрастным периодам, мы определили уровни сформированности культуры здоровья учащихся в начальной и средней школы: низкий, средний, высокий.

Для учащихся, находящихся на *низком уровне сформированности основ культуры здоровья*, характерно отсутствие интереса к вопросам сохранения и укрепления здоровья, непонимание личной ответственности за заботу о собственном здоровье и неразвита потребность в заботе о своем здоровье и здоровье окружающих. Такие учащиеся имеют отрывочные знания о средствах и методах сохранения и укрепления здоровья в основном санитарно-гигиенического направления, не владеют или не систематично выполняют здоровьесохраняющие правила. Они постоянно ощущают дискомфорт, вызывающий конфликтное состояние с окружающими людьми, нервозность, плаксивость.

Для учащихся, имеющих *средний уровень сформированности основ культуры здоровья*, характерно наличие ситуативного интереса к вопросам сохранения и укрепления здоровья и положительное отношение к формированию культуры здоровья, проявляющееся, однако, под влиянием родителей, учителей, сверстников и т.д. У них отмечается наличие более глубоких в сравнении с предыдущим уровнем знаний о средствах и методах сохранения и укрепления здоровья, однако эти знания бессистемны и не всегда применяются на практике. В основном правила сохранения здоровья выполняются ими только с напоминанием или при помощи со стороны взрослых. Такие учащиеся безразличны к физкультурно-оздоровительным мероприятиям в учебно-воспитательном процессе и участвуют в них только по настоянию взрослых. Они внутренне напряжены, проявляют беспокойство и имеют часто плохое настроение.

Для учащихся, имеющих *высокий уровень сформированности основ культуры здоровья*, характерна высокая мотивация на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. Они владеют достаточными системными знаниями о средствах и методах сохранения и укрепления здоровья и самостоятельно применяют их в своей жизнедеятельности; способны анализировать свое поведение с точки зрения полезности или вредности для своего здоровья и здоровья окружающих. Такие учащиеся активно занимаются спортом, с большим желанием участвуют в различных физкультурно-оздоровительных мероприятиях. Как правило, они комфортно чувствуют себя в школе, в классном коллективе, семье, природе.

Таким образом, представленный системный подход к процессу реализации преемственности в формировании основ культуры здоровья позволяет перейти личности учащегося начальной школы не только на более высокую ступень развития его здоровьесберегающих знаний, умений и навыков в средней школе, но и способствует формированию у него стойкой личностной позиции на укрепление и со-

хранение своего здоровья и здоровья окружающих. Это положение доказала проведенная экспериментальная работа в школах города Витебска и Витебского района.

Результаты констатирующего эксперимента показали, что сформированность структурных компонентов культуры здоровья учащихся находится на низком уровне (рис. 1). При этом наблюдается несоответствие между тем, как оценивают сформированность у себя основ культуры здоровья сами учащиеся, а также их родители и учителя.

Так, в ходе констатирующего эксперимента выяснилось, что учителя и родители оценивают сформированность компонентов культуры здоровья детей несколько ниже, чем сами ученики.

Эксперимент показал значительные недостатки в деятельности учителей по формированию основ культуры здоровья учащихся. Учителя сами не всегда выполняют правила сохранения и укрепления здоровья, не владеют необходимыми знаниями, не достаточно проводят оздоровительную работу на уроках, не систематически работают в данном направлении с родителями, отмечается общая несогласованность в работе учителей начальной и средней школы. Недостаточной является и работа учителей по реализации преемственности в формировании основ культуры здоровья учащихся в начальной и средней школе.

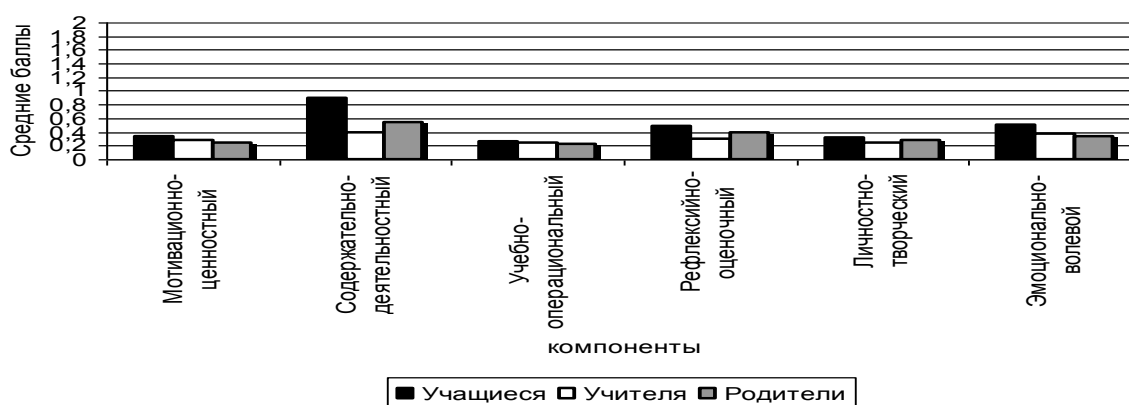


Рис. 1. Сформированность компонентов культуры здоровья учащихся по данным констатирующего эксперимента

Все это обусловило необходимость разработки и внедрения в учебно-воспитательный процесс начальной и средней школы целостной системы реализации преемственности в формировании основ культуры здоровья младших школьников и младших подростков, основными условиями эффективности которой являются:

- организация учебно-воспитательного процесса на основе педагогики сотрудничества, с учетом индивидуально-личностных характеристик и возрастных анатомо-физиологических особенностей учащихся;
- внедрение в курсы учебных дисциплин начальной и средней школы специальных заданий, построенных на основе интеграции знаний о сохранении и укреплении здоровья и знаний по учебной дисциплине;
- проведение постоянно действующего семинара-практикума для учителей начальной и средней школы «Формирование основ культуры здоровья учащихся»;
- проведение серии тематических общешкольных и классных родительских собраний, индивидуальных бесед, внеклассных мероприятий в рамках работы «Школы здоровья для родителей».

Педагогический эксперимент проводился на протяжении шести лет, с 1 по 6 классы, и был организован в несколько этапов.

Первый этап (1 класс) был направлен на развитие положительной мотивации учащихся к вопросам сохранения и укрепления здоровья. На этом этапе, как и на последующих, шла активная работа по совершенствованию всех компонентов культуры здоровья учащихся, но при ведущей роли мотивационно-ценностного компонента.

На *втором этапе (2 и 3 класс)* учащиеся знакомились с основными правилами сохранения и укрепления здоровья, учились практически применять их в собственной жизнедеятельности. Уровень сформированности здоровьесохраняющих знаний, умений и навыков на втором этапе реализации преемственности являлся определяющим в совершенствовании культуры здоровья учащихся на последующих этапах.

На *третьем этапе (4 класс)* велась работа по непосредственной подготовке психоэмоциональной сферы младших школьников к переходу на новую ступень возрастного развития – младший подростковый возраст.

Задачей *четвертого этапа (5 класс)* являлась актуализация имеющихся здоровьесберегающих знаний, умений и навыков, на основе которых осуществлялся «безболезненный» перевод учащихся из позиции младших школьников в позицию младших подростков.

На *пятом этапе (6 класс)* важно было довести самостоятельность учащихся в решении здоровьесберегающих задач до высокого уровня, обеспечивая тем самым позитивное развитие культуры здоровья в процессе их дальнейшей жизнедеятельности.

Таким образом, постепенное расширение здоровьесберегающих знаний, умений и навыков в учебно-воспитательном процессе и усложнение проявлений компонентов культуры здоровья учащихся на каждом из этапов обусловили целостность процесса реализации преемственности в формировании основ культуры здоровья учащихся в начальной и средней школе.

Сравнительный анализ полученных в результате экспериментальной работы данных позволил выявить динамику в развитии структурных компонентов культуры здоровья учащихся на разных этапах реализации преемственности в формировании основ культуры здоровья учащихся с 1 по 6 класс (рис. 2).

Сравнительный анализ сформированности компонентов культуры здоровья учащихся на разных этапах учебно-воспитательного процесса в школе показывает, что уровень сформированности выделенных компонентов в классах экспериментальной группы выше, чем в классах контрольной группы (рис. 3).

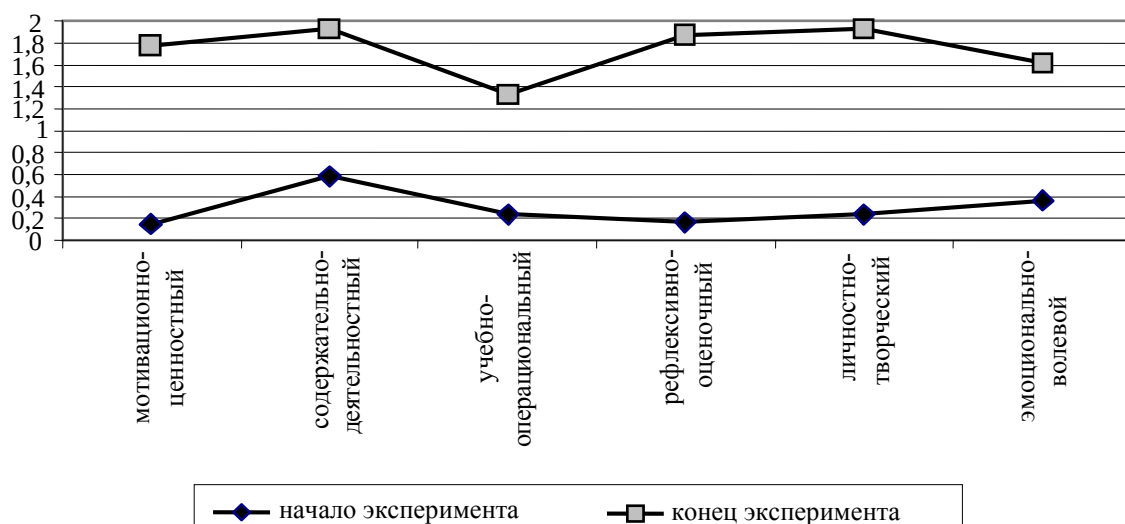


Рис. 2. Сформированность компонентов культуры здоровья учащихся экспериментальной группы

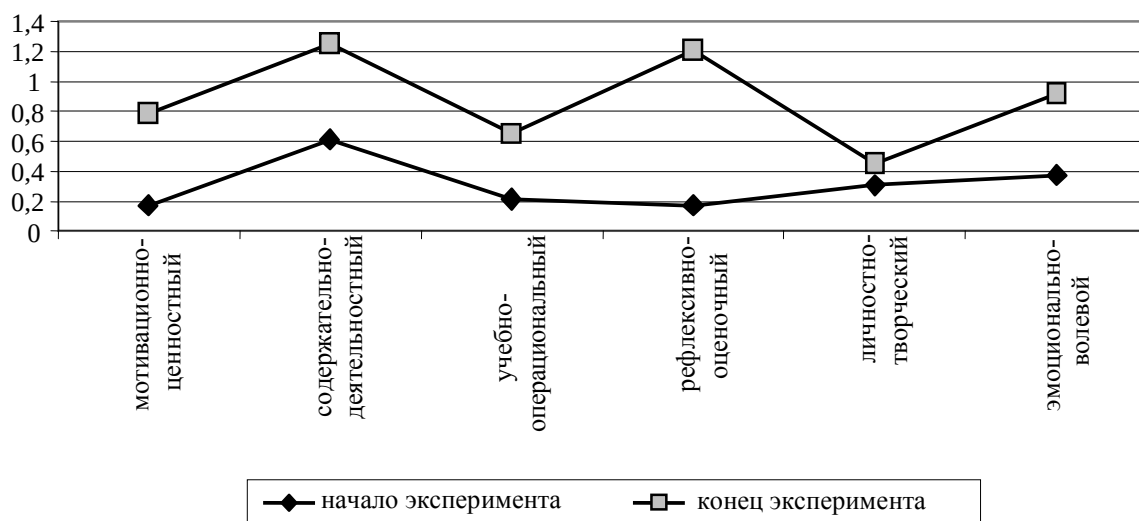


Рис. 3. Сформированность компонентов культуры здоровья учащихся контрольной группы

Результаты сформированности основ культуры здоровья у учащихся экспериментальной группы показали, что с каждым классом у учащихся наблюдается рост интереса к чтению книг и просмотру телепередач о здоровье. Увеличивается количество учащихся, занимающихся в спортивных, танцевальных и других секциях, кружках, целью которых является забота о здоровье детей. Возрастает активность учащихся в классных и школьных мероприятиях, посвященных здоровью. Также у учащихся экспериментальной группы отмечается постепенное расширение сферы эмоциональных переживаний и усиление проявления волевых качеств личности в сфере сохранения и укрепления здоровья.

Однако, проявляя положительные чувства при выполнении правил сохранения здоровья, как младшие школьники, так и младшие подростки не всегда готовы приложить для этого волевые усилия.

У учащихся экспериментальной группы значительно повысился объем здоровьесберегающих знаний, а также уровень владения здоровьесберегающими умениями и навыками. Однако следует отметить, что как младшим школьникам, так и младшим подросткам еще сложно абстрагировать от здоровьесберегающих знаний к здоровьесберегающим понятиям.

Также результаты эксперимента показали, что младшим школьникам еще сложно адекватно оценить свою здоровьесберегающую деятельность и сформированность своей культуры здоровья. Поэтому использование экспертной оценки сформированности основ культуры здоровья учащихся их учителями и родителями позволило сделать более аргументированные выводы.

Заключение. В результате анализа экспертной оценки здоровьесберегающих знаний учащихся учителями мы выявили, что сформированность различных здоровьесберегающих знаний учащихся от класса к классу идет неравнозначно. Так, лучше всего у учащихся по завершению эксперимента оказались сформированы знания о необходимости чередования труда и отдыха (средний балл – 1,87), знания по оказанию первой помощи пострадавшему (средний балл – 1,68), знания по профилактике вредных привычек (средний балл – 1,74), знания правил поведения с домашними животными (средний балл – 1,76). Несколько хуже оказались сформированными знания учащихся по рациональной организации режима дня (средний балл – 1,13), знания основ гигиены и санитарии (средний балл – 1,27), знания по основам правильного питания (средний балл – 1,53).

Результаты экспертной оценки родителями сформированности у учащихся здоровьесберегающих умений и навыков показали, что родители оценивают сформированность здоровьесберегающих умений и навыков своих детей несколько ниже, чем сформированность здоровьесберегающих знаний. На завершающем этапе эксперимента в 5 классе у учащихся экспериментальной группы наиболее высоко сформированными оказались умения и навыки соблюдения правил поведения с домашними животными (средний балл – 1,83), а ниже всех сформированы умения и навыки соблюдения безопасной жизнедеятельности (средний балл – 1,11). Также следует отметить, что сформированность некоторых умений и навыков в экспериментальной группе осталась на среднем уровне, например: сформированность основ гигиены и санитарии (средний балл – 1,23), основ рациональной организации режима дня (средний балл – 1,24), основ правильного питания (средний балл – 1,27), основ соблюдения безопасной жизнедеятельности (средний балл – 1,11). Это указывает на необходимость дальнейшей работы в данном направлении.

В целом опытно-экспериментальная работа показала, что разработанная система по реализации преемственности в формировании основ культуры здоровья учащихся в учебно-воспитательном процессе начальной и средней школы дала положительные результаты:

1) организация учебно-воспитательного процесса на основе «педагогики сотрудничества» позволила сократить заболеваемость учащихся и осуществить «безболезненный» переход младших школьников к обучению в средней школе;

2) использование здоровьесберегающих знаний в курсах учебных дисциплин начальной и средней школы, а также системность воспитательной работы в данном направлении позволили повысить уровень здоровьесберегающих знаний, умений, навыков учащихся, сформировать у них стойкую мотивацию на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, научить их творчески подходить к решению проблем, связанных со здоровьем, и адекватно оценивать состояние здоровья своего организма;

3) учителя начали строить учебно-воспитательный процесс с учетом данных диагностики состояния здоровья учащихся. Для этого стала применяться система дифференцированных заданий для учащихся с различными отклонениями в состоянии здоровья. В свою очередь диагностика знаний, умений и навыков учащихся по различным аспектам сохранения и укрепления здоровья помогла учителям исправить пробелы в знаниях и умениях учащихся по тому или иному аспекту здравоохранения. Также учителя повысили уровень своих знаний по основным вопросам сохранения и укрепления здоровья, научились применять в своей деятельности активные формы и методы формирования основ культуры здоровья учащихся;

4) активизировалась работа учителей с родителями в данном направлении. На общешкольных и классных родительских собраниях, в ходе проведения индивидуальных бесед родители повысили уровень своих знаний по вопросам сохранения и укрепления своего здоровья и здоровья своих детей, приобрели опыт здоровьесберегающей деятельности в семье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баянова, Л.И. Формирование валеологической культуры младших школьников: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Л.И. Баянова; Казанский гос. пед. ун-т. – Казань, 2002. – 237 с.
2. Захаревич, Н.Б. Валеологические основы стратегии педагогической деятельности (на материалах начального обучения): дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01/ Н.Б. Захаревич; СПб. гос. ун-т пед. мастерства. – СПб, 1998. – 163 с.
3. Ильина, И.В. Становление валеологической культуры личности в процессе высшего профессионального образования: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / И.В. Ильина; Орловск. гос. ун-т. – Орел, 2000. – 224 с.
4. Колбанов, В.В. Валеология: основные понятия, термины и определения / В.В. Колбанов. – СПб.: Изд-во ДЕАН. 2001. – 256 с.
5. Ларина, Н.И. Преемственность в формировании понятий у учащихся начальной и неполной средней школы: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01/ Н.И. Ларина; Моск. гос. пед. ун-т. — Москва, 2000. – 184 с.
6. Лебедченко, С.Ю. Формирование культуры здоровья будущего учителя в процессе профессиональной подготовки: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08/ С.Ю. Лебедченко; Волгоград. гос. пед. ун-т. – Волгоград, 2000. – 253 с.
7. Никифорова, Т.Ю. Валеологическое образование в формировании культуры здоровья у школьников: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Т.Ю. Никифорова; Мин-во образования Рос. Федерации; Липецкий гос. пед. ун-т. – Липецк, 2002. – 221 с.
8. Резанова, Н.И. Культура здоровья: факторы и основные направления формирования в условиях среднего города (социогендерный аспект): дис. ... канд. культурологии: 24.00.04 / Н.И. Резанова; Рос. ин-т культурологии Мин-ва культуры Рос. Федерации. – М., 2000. – 213 с.
9. Ростовцев, В.Н. Культура здоровья: структура и формирование / В.Н. Ростовцев, С.П. Винокурова // Здоровоохранение. – 2001. – № . – С. 21 – 23.

Поступила 02.03.2007