

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ участников образовательного процесса

Наталья Алексеевна Заиченко,

профессор Санкт-Петербургского филиала Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», академический руководитель магистерской программы «Управление образованием», кандидат педагогических наук

Анастасия Александровна Сергушичева,

магистр Государственного и муниципального управления, заместитель директора по общим вопросам СПб ГБУ «ЦОО «Молодёжный»

- здоровье • культура здоровьесбережения • ценностные установки
- внешние и внутренние факторы

О «новом понимании здоровья»

Социальная установка на ответственность человека за свои поступки, поведение переносится на все сферы его жизни, в том числе на отношение к собственному здоровью. Концепция «нового понимания здоровья» получила распространение в конце XX века. Впервые термин предложен Робертом Кроуфордом¹ во второй половине XX века для исследования сложившейся идеологии в развитых странах. В основе этой концепции заложена идея о том, что ответственность за здоровье лежит, в первую оче-

¹ Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday Life // International Journal of Health Services. — 1980. — №10 (3). P. — 365–388.

редь, на самом человеке. В ряде российских исследований проводилась оценка влияния поведения человека на состояние его здоровья².

Один из частных результатов проекта «Динамика базовых ценностей россиян и их взаимосвязь с установками экономического поведения (1999–2005 гг.)»³ подтверждает тот факт, что для учителей в ряду наиболее предпочитаемых ценностей ценность «здоровье» стабильно занимает первые места в перечне из 13 предложенных для выбора ценностей.

Любое понимание широко употребляемого термина «здоровье» относительно, носит

² Рощина Я.М. Микроэкономический анализ отдачи от инвестиций в здоровье в современной России // Экономический журнал ВШЭ. 2009. 13 (3): 428–451.

выраженный исторический и социокультурный характер. Интерпретация термина «здоровье» — это отражение картины мира, действующей в обществе, поэтому логично рассматривать феномен в контексте культуры здоровьесбережения.

Под культурой здоровьесбережения человека будем понимать совокупность ценностных установок и поведенческих практик человека, осознанно или неосознанно (по привычке) направленных на сохранение собственного здоровья.

Предлагаем рассмотреть проблему формирования культуры «здоровьесбережения» через призму культурных практик участников школьной жизни (родителей, детей и учителей) в большом городе — Санкт-Петербурге.

Организация исследования и его границы

Цель исследования — выявить факторы, влияющие на формирование культуры здоровьесбережения участников школьной жизни. Границы исследования — система общего образования Санкт-Петербурга.

Выборка представлена всеми «видами» школ: общеобразовательные, гимназии и лицеи, школы с углублённым изучением предметов (в т.ч. школы спортивной направленности) из районов трёх типов — исторического центра, спального и индустриального. В выборку вошли школы региональные, экспериментальные площадки по здоровьесберегающим технологиям.

Исследование проводилось в 2016 году методом опросов⁴: стартовый опрос — анкетирование учащихся (N = 734); Google-опрос педагогов и родителей (N = 253). Для сравнительного анализа использовались результаты анкетного опроса учащихся и родителей «спального» Калининского района Санкт-

³ Проект «Динамика базовых ценностей россиян и их взаимосвязь с установками экономического поведения (1999–2005 гг.)» Источник: Лебедева Н.М. Ценности культуры и развитие общества [Текст] / ЛЗЗ Н.М. Лебедева, А.Н. Татарко; Гос. ун-т — Высшая школа экономики. — М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2007.

Петербурга (N = 1802), проведённого группой исследователей в 2015 году.

В целях исследования сформулированы 4 частных гипотезы.

Гипотеза № 1. Учитель является транслятором культуры здоровьесбережения для ученика и считает себя ответственным за формирование культуры здорового образа жизни учеников.

Гипотеза № 2. Статус экспериментальной площадки школы в области здоровьесбережения будет положительно и конструктивно влиять на уровень сформированности культуры здоровьесбережения учителей, и уровень их культуры будет относительно выше по сравнению с педагогами других школ.

Гипотеза № 3. Культурные практики здоровьесбережения будут различаться по школам в зависимости от их территориального расположения: новые школы в спальных районах с оснащённой инфраструктурой (бассейны, спортивные площадки) и школы исторического центра.

Гипотеза № 4. Ценностные установки учителей к здоровью, как признак культуры здоровьесбережения, детерминированы внешними и внутренними факторами, и будут различаться в зависимости от этих факторов.

Невероятным оказалось то, что первые 3 гипотезы в результате исследования не подтвердились, хотя первоначально казались такими очевидными.

⁴ Для опроса использована модифицированная анкета Улановой С.А. Источник: Уланова С.А. Анкетирование как способ оценки работы [Текст] / С.А. Уланова // «Здоровье детей»: научно-практ. журн. — М.: «Первое сентября». — 2010. — Вып. 04 (398) и опубликованные в журнале «Здоровье детей».

Исследование ценностных установок здоровьесбережения у школьников и их родителей

Результаты стартового опроса показали, что, вне зависимости от статуса школы и её местоположения, информацию о том, как надо заботиться о своём здоровье, школьники получают, в первую очередь, от родителей и врачей, а только после них — от учителей в школе (табл. 1).

Мы «увидели» настроение школьников, идущих в школу: 56,0% учеников начальной школы идут в школу с радостью, а из старшеклассников только каждый третий столь же оптимистично настроен утром на встречу со школой. Психологический комфорт школьной среды «измерялся» коротким вопросом к школьникам о том, как, по их мнению, к ним относятся учителя. Половина респондентов — учеников средней и старшей школы (48,3% и 52,16% соответственно) считают, что педагоги относятся к ним «хорошо», однако в «трудную минуту» обращаются к учителю только 5,4% школьников старшего возраста и 13,0% подростков основной школы, а предпочтение отдаётся родителям (81,4% основной школы и 74,2% старшей школы) и друзьям (53,2% основной школы и 61,9% старшей школы).

Родители больше доверяют учителю, чем их дети, и каждый четвёртый (24,3%) ожидает от учителя помощи в вопросах воспитания детей, но к школьному психологу они склонны обращаться в 2 раза реже, и делает это только каждый десятый из опрошенных (11,2%).

Поведенческие практики здоровьесбережения у школьников не «опривычены» и по мере взросления имеют тенденцию к снижению: завтрак «присутствует» у 91,4% детей начальной школы и около 82,0% школьников 5–11-х классов; прогулка на свежем воздухе привычна для 77,0% школьников начальной школы, 54,0% — основной школы и 47,0% — старшей школы. Не «здоровьесберегающе» выглядит ситуация со сном: 8-часовой сон, как норма, соблюдается 66,0% учеников начальной школы, но только 42,0% учеников основной и старшей школы.

По мере взросления интерес школьников к информации о здоровье падает, и больше половины (52,4%) респондентов 11–15-летнего возраста перестают интересоваться этой темой, даже если учатся в школе со статусом экспериментальной площадки в области здоровьесберегающих технологий.

Таблица 1

Доля учащихся по уровням образования, ответивших на вопрос «От кого ты узнаёшь о том, как надо заботиться о своём здоровье» (%)

Источник информации для школьников о том, как заботиться о своём здоровье	Доля учащихся (%)		
	Уровень начальной школы (N-256)	Уровень основной школы (N-301)	Уровень средней школы (N-177)
Родители	65,7	57,5	42,5
Врачи	25,8	15,0	19,2
Учителя	4,3	3,9	8,5
Книги и журналы	2,3	5,0	4,3
Телепередачи	1,6	5,0	7,5
Другое (друзья, Интернет и пр.)	0,3	13,6	18,0

Различия в характеристиках образовательных учреждений (профиль, контингент, месторасположение) никак не влияют на характер отношения к здоровью и его сбережению у детей.

И у родителей ценность «хорошего здоровья» с возрастом падает: молодые родители ценят его выше (90,0% родителей до 35 лет) в сравнении с 50,0% родителей в возрасте старше 50 лет. Критерий «привлекательная внешность» в контексте здоровья кажется родителям вовсе не значимым — лишь каждый десятый (9,1%) из родителей в возрасте до 35 лет включают эту характеристику в портрет здорового человека, а родители старше 50 лет не выбирают этот критерий вовсе.

Родители считают, что на здоровье, прежде всего, влияют «экология» и «соблюдение норм здорового образа жизни». Примерно половина родителей всех возрастных групп считают залогом здоровья «регулярные занятия спортом» и отмечают «важность знаний о том, как заботиться о своём здоровье». Чем моложе родители, тем выше они ценят подобную информацию: практически каждый второй родитель (43,5%) считает получение знаний о здоровьесбережении важным условием правильной заботы о здоровье. А вот здоровьесберегающие технологии в школе не включены в ценностный ряд родителей, и только 7,0% из них выбирает этот показатель в качестве фактора здоровой образовательной среды. Около 40,0% родителей считают ключевым фактором здоровьесбережения «воспитание потребности в здоровом образе жизни».

Объявленные родителями ценности не подтверждаются реальными практиками здоровьесбережения: активный отдых в виде прогулок и занятий спортом привлекают лишь 12,0% родителей. Абсолютный «победитель досуга» (при множественном выборе ответа) для петербургских родителей «чтение книг» — предпочтения более 73,0% родителей.

Полученные результаты позволили сделать следующие предварительные выводы: (1) различия в характеристиках школ (профиль, контингент, месторасположение) не влияют на характер отношения к здоровью и его сбережению у школьников; (2) учителя не являются

для школьников значимыми взрослыми, влияющими на поведенческую культуру здоровьесбережения; (3) ценностные установки родителей в отношении здоровьесбережения не совпадают с их поведенческими практиками, и можно предполагать, что семья не использует потенциал для формирования культуры здоровьесбережения у детей.

Исследование учительской культуры здоровьесбережения

Здоровьесберегающая среда формируется из множества различных факторов, от очевидных, таких как проведение спортивных мероприятий, здоровое питание, адекватное учебное расписание, комфортный учебный план, цвет стен в школьных рекреациях и мебель в классах и учительской, до неочевидных, но фундаментальных факторов: дружеской атмосферы в коллективах взрослых и детей и общего уклада школьной жизни. Всё вышеизложенное обосновало для нас актуальность проведения исследования учительской культуры здоровьесбережения.

Для того чтобы понять, какой концепцией здоровья руководствуются педагоги современной школы, проведено анкетирование в 12 образовательных организациях Санкт-Петербурга. В выборке представлено 2 района, противоположных по культурному потенциалу, географическому расположению и деловому предназначению в границах города: это Приморский район, один из самых крупных и быстроразвивающихся районов города, и Центральный район — исторический центр Санкт-Петербурга.

Одна из наших частных гипотез (№ 2) состояла в том, что представления педагогов о дефиниции «здоровье» из школ, реализующих здоровьесберегающие технологии, будут отражать реальную суть и понимание значимости здоровья для

жизни, успешности, развития личности. Было выделено 3 условных «типа» респондентов из соответствующих школ:

- (1) «профильные респонденты» из школ, со статусом опытно-экспериментальной площадки по данной теме;
- (2) «респонденты-интересанты» из школ, которые заявляют о своём интересе к теме здоровьесбережения в неформальном порядке (не имеют статуса экспериментальной площадки, но участвуют в мониторингах здоровья, организуют активную работу по пропаганде здорового образа жизни, принимают участие в конкурсах на тему здоровья в школе и т.д.);
- (3) «нейтральные респонденты» из школ, которые не заявляют об интересе к проблеме здоровьесбережения ни формально, ни неформально.

В анкетирование были включены по 4 школы в каждой из 3 групп, всего обработано 162 анкеты педагогов.

Мы выделили внутренние и внешние факторы, влияющие на культуру здоровьесбережения учителя.

Внешние факторы формирования культуры здоровьесбережения

В качестве внешних детерминант формирования культуры здоровьесбережения у учителей выделены: месторасположение школы (спальный район Санкт-Петербурга и исторический центр); профиль школы (общеобразовательная школа; школа с углублённым изучением предметов; лицей/гимназия; учреждение для детей с ограниченными возможностями здоровья); исследовательский интерес (формальный статус экспериментальной площадки) к теме здоровьесбережения школьников.

Школы, в которых проводилось анкетирование, располагались в двух абсолютно разных районах Санкт-Петербурга: в одном из са-

мых быстроразвивающихся спальных районов города (6 школ) и районе, представляющем собой исторический центр (6 школ). Как негативное, так и положительное влияние местоположения школы на здоровье отметили примерно равное количество респондентов в обоих районах. Анализ ответов позволил исключить характеристику местоположения школы из перечня факторов, влияющих на формирование культуры здоровьесбережения у педагогов и школьников.

Оказалось, что «статусность» школы (лицей, гимназия, углублённое изучение предметов) отрицательно влияет на показатель «здоровьесберегающего» учебного расписания как для учеников, так и для учителей. К косвенному результату можно отнести неожиданный результат — каждый шестой педагог школы для детей с ограниченными возможностями здоровья не понимает значение термина «здоровьесберегающее учебное расписание», а каждый восьмой из школ-экспериментальных площадок по теме здоровьесбережения не могут объяснить понятие «здоровьесбережение».

Заботу администрации о здоровье сотрудников отмечают 64,0% из «простых» средних общеобразовательных школ и 39,0% из «статусных» (гимназии и лицей) школ.

Педагоги из школ со статусом экспериментальных площадок по здоровьесбережению склонны перекалывать ответственность за формирование культуры здоровьесбережения на родителей (58,1%); группа «нейтральных респондентов» склонна возлагать такую ответственность (43,2%) на общество и его социальные установки. Примечательно, что менее 2,0% педагогов считают, что на школе лежит ответственность за воспитание внимательного отношения к здоровью у школьников. Большая половина респондентов из всех групп (51,6%) считают, что «сам человек решает, как ему относиться к своему здоровью».

Готовность и интерес к обсуждениям с учениками темы здорового образа жизни, проявляют в среднем около 64,0% педагогов, однако треть респондентов из «здоровьесберегающих» школ профильной группы не стали бы обсуждать тему культуры здоровья с учениками, так как считают, что тема культуры здоровья должна быть «отдана» под ответственность специалистов (психологов, врачей). Четверть респондентов из группы «нейтральных школ» признались, что тема культурного отношения к здоровью не относится к сфере их интересов. Все 3 группы респондентов только на 5,0% согласны с тем, что культуру здоровьесбережения формирует семья.

Все респонденты, вне зависимости от их типа, указывают на Интернет как ключевой источник информации по здоровьесбережению.

Различия в представлениях респондентов о культуре здоровьесбережения в зависимости от внешних факторов можно аккумулировать следующим образом.

1. Месторасположение образовательной организации не служит для педагогов детерминантой формирования культуры здоровьесбережения.
2. Профиль образовательных организаций оказывает влияние на критерий «здоровьесберегающего учебного расписания»: спецификация школы (лицей, гимназия, углублённое изучение предметов) отрицательно влияет на показатель здоровьесбережения в представлении педагогов.
3. Статус экспериментальной площадки школы в области здоровьесбережения (исследовательский интерес) не служит детерминантой формирования культуры здоровьесбережения у педагогов этих школ.
4. Учителя не относят семью к базовому фактору формирования ценностного отношения к здоровому образу жизни.

Внутренние детерминанты формирования культуры здоровьесбережения

К внутренним детерминантам формирования культуры здоровьесбережения у учителей отнесены такие показатели, как возраст, занимае-

мая должность, уровень образования, уровень дохода, традиции в семье.

Вполне ожидаемо, что с возрастом педагоги реже готовы проводить различные спортивные мероприятия (от 46,2% в возрасте до 30 лет к 20,0% в возрасте старше 60 лет) и делают больший упор на беседах и уроках по проблемам здоровья (треть ответивших старше 60 лет). Также с возрастом набирает значимость фактор «личного примера взрослых людей» (от 57,7% в возрасте до 30 лет к 80,0% в возрасте старше 60 лет).

Каждый второй педагог старшей возрастной группы (60 и более лет) чаще других респондентов проходит ежегодный профилактический медосмотр (50%), одновременно, в случае недомогания, они же склонны самостоятельно вылечиваться и не обращаться к врачам. С возрастом нежелание респондентов посещать фитнес-клуб или спортивные секции усиливается (от 3,8% в возрасте до 30 лет к 10,0% в возрасте после 60 лет). Чем старше респонденты, тем чаще они отмечают, что занятия в фитнес-клубах «просто настроение поднимают» и не соотносят эмоциональный фон жизни со здоровьем. И по другим критериям здоровьесбережения полученные данные не позволяют говорить о какой-либо специфике культуры здоровьесбережения в зависимости от возраста, то есть фактор возраста незначим в нашем контексте.

И должность также не влияет на степень сформированности культуры здоровьесбережения, но влияет на представление респондента об эффективных формах работы для формирования у детей культуры здоровьесбережения. Так, директора и завучи считают эффективными формальные мероприятия: дни здоровья в школе (80,8%), спортивные праздники, соревнования, олимпиады (42,3%). Учителя считают, что больший эффект дают мероприятия не прямого действия: личный пример взрослых людей (63,8%), а также комфортное учебное расписание и учебная нагрузка (45,7%).

Не выявлено влияние уровня образования (высшее или среднее профессиональное) на сформированность культуры здоровьесбережения педагогических работников и нет различий в их представлениях о педагогических возможностях здоровьесберегающего воспитания в школе (только 5,4% респондентов отмечают такую возможность). Все респонденты сошлись во мнении о том, что и книги не определяют у современных школьников отношение к собственному здоровью.

Для выявления различий в здоровьесберегающем поведении педагогов в зависимости от дохода в расчёте на каждого члена семьи выделено 4 группы: до 15 тыс. руб.; 15,0 тыс. руб. — 30,0 тыс. руб.; 31,0 тыс. руб. — 50,0 тыс. руб.; 51 тыс. руб. и более. Более ответственно относятся к здоровью и профилактике от болезней респонденты с более высоким доходом: каждый второй из них делает прививки регулярно, в то время как треть лиц с наименьшими доходами делают прививки время от времени.

Вопрос о рационе и режиме питания выявил поведенческие особенности у разных групп: респонденты группы с доходом от 51,0 тыс. руб. и выше либо всегда следят за этим (30%), либо стараются следить (70%), в отличие от их коллег с меньшими доходами. По мере увеличения доходов учителя увереннее говорят о том, что на состояние здоровья влияют образ жизни (80,0% респондентов с самыми высокими доходами) и отсутствие вредных привычек (31,0% респондентов с самыми высокими доходами и 11,5% респондентов с самыми низкими доходами). Респонденты с меньшими доходами склонны перекладывать ответственность за здоровье на внешние факторы: качество медицинского обслуживания (34,6% респондентов группы с самыми низкими доходами) и просто влияние времени года (12,5% респондентов группы с самыми низкими доходами).

Выявляя зависимость «здоровой культуры» от семейных традиций, выделили 3 условных группы:

- Первая группа — с сильными традициями «семейного здоровьесбережения»: те респонденты, которые в детстве систематически занимались спортом и в семьях которых всегда особое внимание уделялось активному образу жизни.
- Вторая группа — со слабыми традициями здоровьесбережения: в детстве занимались спортом время от времени, не постоянно.
- Третья группа — «с отсутствием традиций» здоровьесбережения: в детстве не занимались спортом, и в семьях не уделялось внимания вопросам здоровья и его сбережения.

Выявлена прямая зависимость между поведенческими предпосылками здоровьесбережения респондентов, заложенными в детстве, и их культурными практиками во взрослом возрасте. Так, абсолютное большинство респондентов с сильными традициями чаще других посещают фитнес-клубы или спортивные секции: 32,5% посещают их регулярно, 45% — время от времени; увлекаются туристическими походами и занимаются спортом.

Проведённое исследование формирования культуры здоровьесбережения позволило сделать некоторые **выводы**.

(1) Внешние детерминанты оказывают меньшее влияние на формирование культуры здоровьесбережения педагогов, чем внутренние: месторасположение образовательной организации не влияет на уровень культуры здоровьесбережения педагогов; статус школы (программы повышенного уровня) отрицательно сказывается на здоровьесбережении — «чем выше статус школы, тем менее здоровьесберегающим является учебное расписание», и администрация статусной школы

в меньшей степени заботится о здоровье педагогов.

(2) Внутренние факторы в большей степени, чем внешние, детерминируют культуру здоровьесбережения. Наименее значимая детерминанта культуры здоровьесбережения — возраст педагога, этот признак существенен только в случае ценностной составляющей воспитания культуры здоровьесбережения — чем старше респондент, тем выше он ставит «личный пример» в качестве воспитательной парадигмы; уровень доходов респондентов детерминирует культуру здоровьесбережения — чем выше доход на члена семьи, тем больше внимания педагоги уделяют сбережению здоровья.

(3) Выявлена прямая зависимость между традициями в семье респондентов и их поведенческими практиками и ценностными установками, то есть традиции в семье однозначно детерминируют культуру здоровьесбережения педагогов. Таким образом, культура здоровьесбережения современных педагогов детерминируется, в первую очередь, «семейными факторами»: уровнем дохода членов семьи и сложившимися в семье традициями здорового образа жизни.

(4) Статус экспериментальной площадки школы по тематике здоровьесбережения не даёт существенных различий по уровню «здоровьесберегающей культуры» у педагогов этих школ в сравнении с педагогами «нестатусных» школ.

(5) У учителей не выявлено готовности формировать ценностные установки по отношению к здоровью у школьников. Только один про-

цент (1,2%) педагогов считают, что на школе лежит ответственность за воспитание внимательного отношения к здоровью у учеников. Выявлена убежденность педагогов в том, что «знания о том, как заботиться о здоровье, не оказывают влияния на здоровье», и практически никто из респондентов (96%) не связывает жизненный успех с состоянием собственного здоровья.

Обращаясь к результатам исследования поведенческих предпосылок здоровьесбережения у школьников, отметим, что их ответы подтверждают безучастность учителей в этом аспекте воспитательного процесса, и школьники предпочитают информацию о том, как надо заботиться о здоровье, в первую очередь от родителей, а от учителей — в наименьшей степени. Роль учителя в формировании ценностного отношения к здоровью у школьников (любого возраста) гипотетически преувеличена и сегодня не может составить конкуренцию влиянию родителей, родственников и средств массовой информации. Возможно, культуuroобразующие активности в сфере здоровьесбережения должны быть адресованы через Интернет, средства массовой информации, киноискусство, социальную рекламу в первую очередь семье. Конструктивной задачей школы в этом вопросе будет задача по созданию и поддержанию здоровьесберегающей образовательной среды, направленной на условия, обеспечивающие сохранение здоровья. **НО**