ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ЛИПЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ П. П. СЕМЕНОВА-ТЯН-ШАНСКОГО»

На правах рукописи

Белокопытова Светлана Викторовна

ФОРМИРОВАНИЕ ГОТОВНОСТИ ПОДРОСТКОВ К ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЮ СРЕДСТВАМИ ПРОЕКТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

13.00.01 - общая педагогика, история педагогики и образования

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

кандидата педагогических наук

Научный руководитель:

доктор педагогических наук,

доцент Тигров В. П.

Липецк – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……3

ГЛАВА I. Теоретические аспекты формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности..…..……..14

1.1. Структура готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности ……...14

1.2. Модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.....34

1.3. Педагогические условия формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности……..53

Выводы по первой главе…….95

ГЛАВА II. Анализ опытно-экспериментальной работы по формированию готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности……..98

2.1. Проект «Преобразование» как средство формирования готовности подростков к здоровьесбережению……...……..…98

2.2. Описание и результаты опытно-экспериментальной работы по формированию готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности……125

2.3. Анализ результатов педагогического эксперимента по формированию готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности……143

Выводы по второй главе…….……..153

Заключение…….....156

Список литературы…….....159

Приложения…….....183

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. В современных условиях проблемы формирования готовности к здоровьесбережению подрастающего поколения в нашей стране приобретают особую важность, так как отмечается ухудшение состояния здоровья детей и молодёжи. В связи с этим политика государства направлена на сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения, воспитание у него ценностного отношения к собственному здоровью, сохранение его на основе использования знаний и умений о здоровьесбережении в повседневной жизни (Закон РФ «Об образовании» ст. 41).

По данным различных учёных количество здоровых школьников сократилось более чем в 4-5 раз, большинство имеют функциональные отклонения и хронические заболевания (С. М. Чечельницкая, А. А. Михеева, Д. А. Шалаева, Ю. В. Величкина, Н. Н. Плахов и др.). Свыше 40% допризывной молодёжи не соответствуют требованиям, предъявляемым армейской службой, в том числе в части выполнения минимальных нормативов физической подготовки (Р. Г. Гостев, С. Р. Гостева и др.). Необходимо заметить, что ни родители, ни подростки всерьёз не воспринимают эту проблему, считая, что различные виды нарушений в состоянии здоровья не представляют собой серьёзной опасности для организма.

Подростковый возраст является значимым этапом физического, психического, интеллектуального, духовного развития. Именно этот период является сенситивным для реализации двигательных действий, сконцентрированных на воспитании двигательных качеств, представляя собой период повышенной пластичности, когда структура и функции организма способны к модификационной изменчивости в соответствии со спецификой внешних условий. Подобная способность нервной системы изменяться под влиянием внешних воздействий имеет преходящий характер и определяет феномен возрастной чувствительности к воздействиям среды. Таким образом, настоящий период можно считать наиболее благоприятным для усвоения этих воздействий.

В настоящее время, в российских школах применяются традиционные методы физического воспитания. Данные методы сводятся к обычному выполнению физических упражнений, но в большинстве случаев при их выполнении у подростков отсутствует интерес к здоровьесберегающей деятельности. При этом у педагогов отмечается недостаточная компетентность для объективной оценки физического развития подростков, чтобы формировать у них готовность к здоровьесбережению.

В условиях введения ФГОС основного общего образования, кроме общепринятых методов, направленных на сохранение здоровья, рассматриваются другие методы, в том числе метод проектов, с помощью которого обучающиеся по образцу создают здоровьесберегающие комплексы с учётом индивидуальных особенностей.

Актуальной становится проблема выявления педагогических условий, способствующих формированию готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности. Осуществляя проектную деятельность, подростки получают знания о здоровьесбережении, которые они реализуют на практике.

Степень разработанности проблемы исследования. Анализ научной литературы показывает, что отдельные аспекты процесса здоровьесбережения изучались как отечественными, так и зарубежными учеными и практиками.

Вопросам сохранения и укрепления здоровья учащихся в процессе обучения уделялось большое внимание в работах таких ученых, как Д. Н. Давиденко, В. Н. Епифанов, Л. А. Ерусалимский, С. А. Королев, П. Ф. Лесгафт, М. Монтессори, Р. Е. Мотылянская, В. А. Сухомлинский и др.

Проблемы формирования личности в подростковом возрасте отражены в работах Л. И. Божович, Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, Л. Ф. Обуховой, Д. И. Фельдштейна, Д. Б. Эльконина и др.

Природа, логика и содержание социально-педагогического, образовательного, психолого-педагогического проектирования рассмотрены в трудах М. П. Горчаковой - Сибирской, А. М. Зуева, И. А. Колесниковой, К. Н. Поливановой и др.

Основы педагогического проектирования как особого вида педагогической деятельности исследовали такие ученые как Н. Г. Алексеев, М. П. Горчакова-Сибирская, Л. И. Гурье, Е. С. Заир-Бек, И. А. Колесникова и др.

Вопросы сущности и структуры здоровьесберегающей деятельности раскрыты в работах Л. В. Булыгиной, Э. Н. Вайнера, Г. Р. Гостева, И. Э. Есауленко, Д. А. Атякшина, С. Б. Коротковой, А. С. Бурцевой, С. А. Кастюнина и др.

Способы укрепления здоровья человека разрабатываются в трудах Н. М. Амосова, Э. Н. Вайнера, Л. П. Гребовой, Д. Н. Давиденко, В. А. Епифанова, С. А. Кастюнина и др.

Анализ трудов, посвященных реализации оздоровительных мероприятий (Л. А. Ерусалимский, И. Н. Никулин, Р. Е. Мотылянская, Л. Э. Пахомова, В. В. Сокорев и др.), позволил сделать важные обобщения относительно теоретико-методологических аспектов формирования готовности подростков к здоровьесбережению.

Данные труды способствуют систематизации и накоплению научной информации по исследуемой проблеме, однако необходимо констатировать недостаточную разработку путей формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Анализ психолого-педагогической литературы и изучение практического опыта преподавателей позволили выявить **противоречия между**:

- объективной потребностью общества в здоровом подрастающем поколении и недостаточным вниманием образовательных учреждений к процессу формирования готовности к здоровьесбережению обучающихся;

- большими педагогическими возможностями проектной деятельности в процессе здоровьесбережения и недостаточностью использования её в педагогической практике.

Поиск путей разрешения указанных противоречий позволил сформулировать **научную задачу исследования, которая** заключается в разработке модели и педагогических условий формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Актуальность проблемы, ее недостаточная разработанность и указанные противоречия определили **тему исследования: «**Формирование готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности».

Целью исследования является разработка и апробация модели, выявление педагогических условий формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Объект исследования – формирование готовности подростков к здоровьесбережению.

Предмет исследования - формирование готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

В гипотезе исследования предполагалось, что процесс формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности будет эффективным, если:

– определены сущностные характеристики готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности и этапы её формирования, содержательно объясняющие логику данного процесса, выделены ее структурные компоненты;

– разработана и введена в практику модель готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, которая станет основой процесса формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности;

– разработан проект «Преобразование», являющийся эффективным педагогическим средством формирования готовности подростков к здоровьесбережению и позволяющий подросткам разработать собственный здоровьесберегающий проект;

– выявлены педагогические условия формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, которые обеспечивают результативность реализации здоровьесберегающей деятельности в подростковом возрасте.

Для достижения цели исследования поставлены следующие **задачи:**

1. Уточнить содержание понятия «готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности».

2. Разработать модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

3. Разработать проект «Преобразование» как педагогическое средство формирования готовности подростков к здоровьесбережению.

4. Выявить и обосновать педагогические условия формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Методологической основой исследования явились:

- системный подход к организации образовательного процесса (Ю. К. Бабанский, В. П. Беспалько, М. С. Каган, Н. В. Кузьмина, С. К. Никулин, Т. С. Просветова и др.), позволяющий построить педагогическую здоровьесберегающую деятельность как целостный процесс;

– личностно ориентированный подход (Е. В. Бондаревская, В. В. Сериков, В. А. Сластенин, А. Маслоу, И. С. Якиманская и др.), учитывающий индивидуальные черты, склонности и интересы подростков;

– аксиологический подход (Е. В. Бондаревская, В. А. Сластенин, Г. И. Чижакова, Е. Н. Шиянов и др.), ориентирующий подростков на освоение здоровьесберегающих комплексов как оздоровительно ценных объектов познания;

– гуманистический подход (Ш. А. Амонашвили, И. П. Волков, В. А. Сухомлинский, А. Маслоу и др.), подразумевающий, что подросток – это свободная, творческая и гармонически развитая личность. Данный подход основан на принципе «побуждать» а не «принуждать».

Теоретической основой исследования послужили:

– концепции здоровьесбережения (Н. М. Амосов, И. Г. Андреева, Э. Н. Вайнер, Р. Г. Гостев, С. Р. Гостева, Ю. П. Лисицин и др.);

- теории и концепции физической культуры (В. К. Бальсевич, В. М. Гелецкий, Л. И. Лубышева, А. М. Максименко и др.);

– идеи и концепции здоровьесберегающего образования (Е. К. Айдаркин, А. Г. Гостев, А. И. Григорьев, Л. Н. Иваницкая, А. Г. Пустозёров, Л. Ф. Тихомирова и др.);

– теоретические разработки в области медицины и гигиены (Л. П. Гребова, Д. Н. Давиденко, В. А. Епифанов, С. А. Королев, А. П. Лаптев, Ю. П. Лисицин и др.);

– концепция информатизации общества и системы образования (Р. Ф. Абдеев, М. И. Башмаков, С. Н. Поздняков, Н. А. Резник, И. В. Роберт и др.);

– основные положения психологической теории учебной деятельности (JI. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, П. И. Пидкасистый, С. Л. Рубинштейн, Д. Б. Эльконин и др.);

– теоретические основы проектной деятельности (М. П. Горчакова-Сибирская, В. В. Гузеев, Л. И. Гурье , И. А. Колесникова и др.);

– исследования по проблемам готовности к деятельности (В. В. Давыдов, К. М. Дурай-Новакова, Н. В. Кузьмина, В. А. Сластенин и др.).

Методы исследования. Для достижения установленной цели, решения поставленных задач и проверки выдвинутой гипотезы нами был использован комплекс взаимодополняемых методов исследования:

– теоретические методы: анализ и обобщение, систематизация философской, психолого-педагогической и специальной литературы по проблеме исследования, абстрагирование, синтез, обобщение, моделирование;

-– эмпирические: анкетирование, тестирование, педагогический эксперимент (констатирующий и формирующий);

– обработка данных: количественный анализ с использованием методов математической статистики с помощью критерия углового преобразования Фишера, качественный анализ результатов.

Опытно-экспериментальная база исследования – муниципальное автономное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа №59 «Перспектива» города Липецка и МБОУ ДО «Детско-юношеская спортивная

школа №9» города Липецка. В эксперименте принимали участие 75 подростков в возрасте 14-15лет.

Основные этапы эксперимента. Диссертационное исследование, осуществляемое в 3 этапа, проводилось с 2011 по 2017гг.

Первый этап (2011-2012 гг.) - поисково-аналитический. Был проведен анализ психолого-педагогической литературы, разработаны научный аппарат исследования и программа эксперимента, сформулированы гипотеза, цель, задачи диссертационного исследования, выбрана тема диссертационного исследования.

Второй этап (2012-2016 гг.) - опытно-экспериментальный.

Осуществлялся констатирующий и формирующий этапы эксперимента. Был проведен анализ уровня готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности в контрольных и экспериментальных группах. Произведено уточнение рабочей гипотезы, а также обозначены теоретические и практические положения исследования.

Третий этап (2016-2017 гг.) – заключительный. Осуществлялись обработка, обобщение, систематизация результатов, формулировались выводы.

В работе получены следующие основные результаты, характеризующиеся **научной новизной:**

1. Уточнено понятие готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности и этапы её формирования, объясняющие логику данного процесса с учетом структурных компонентов;

2. Разработана модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, состоящая из четырёх блоков: целевой, методологический, деятельностный и оценочно - результативный, содержащие цель, задачи, подходы, принципы, компоненты, функции, педагогическое средство проект «Преобразование», стадии реализации проекта, формы, методы, показатели готовности, уровни оценки, педагогические условия и результат;

3. Разработан проект «Преобразование», учитывающий индивидуальные особенности подростков, способствующий формированию готовности подростков

к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, для решения поставленных задач.

4. Определены и экспериментально проверены педагогические условия, оказывающие существенное влияние на эффективность формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Теоретическая значимость диссертационного исследования заключается в том, что полученные результаты вносят вклад в теорию воспитания: содержательно охарактеризованы структурные компоненты готовности подростков к здоровьесбережению; расширено представление о здоровьесбережении; разработана и научно обоснована модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности; выявлены педагогические условия формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Практическая значимость исследования. Полученные результаты исследования реализованы в муниципальном автономном общеобразовательном учреждении средней общеобразовательной школе №59 «Перспектива» города Липецка и МБОУ ДО «Детско-юношеской спортивной школе №9» города Липецка.

В результате применения проекта «Преобразование», у подростков повысился уровень готовности к здоровьесбережению.

Материалы диссертационного исследования и полученные результаты могут быть использованы в практике общеобразовательных и спортивных учреждений, на курсах повышения квалификации педагогов системы среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, в образовательно-педагогическом процессе, при профессиональной переподготовке тренеров-преподавателей, инструкторов-методистов по лечебной физической культуре. Педагогические условия формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности продемонстрировали свою эффективность. Результаты исследования могут использоваться подростками самостоятельно с целью повышения их уровня здоровья.

Достоверность результатов диссертационной работы обеспечивается методологической обоснованностью теоретико-методологических подходов, экспериментальной проверкой теоретических положений, использованием совокупности апробированных, взаимодополняющих методов исследования, адекватных предмету, объекту, цели и задачам исследования, совмещением качественного и количественного анализа с целенаправленной опытно-экспериментальной проверкой гипотезы, корректным применением методов статистической обработки данных, полученных в результате реализации программы подготовки подростков к осуществлению здоровьесбережения средствами проектной деятельности.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Под готовностью подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности мы понимаем совокупность смысловых ориентаций, знаний, умений и навыков, необходимых для осуществления здоровьесберегающей деятельности, способствующей укреплению их здоровья. В структуре данной готовности мы выделяем четыре компонента: мотивационный, когнитивный, операциональный, оценочно-рефлексивный.

2. Модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности состоит из четырех блоков. Целевой блок включает: *цель* – формирование готовности подростков к здоровьесбережению; *задачи* (определить сущностные характеристики готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, разработать модель, создать педагогическое средство, выявить и обосновать педагогические условия формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности).

Методологический блок содержит: *подходы* (системный, гуманистический, личностно ориентированный, аксиологический); *принципы* (научности, рефлексивности, связи теории физического развития с практикой, сознательности и активности).

Деятельностный блок включает: *компоненты готовности к здоровьесбережению* (мотивационный, когнитивный, операциональный, оценочно-

рефлексивный); *функции готовности подростков к здоровьесбережению* (аналитическую, конструктивную, профилактико-коррекционную, рефлексивно-оценочную); *методы* (эвристическая беседа, диалог, исследовательская деятельность, метод проектов); *форма* (факультативы), педагогическое *средство* проект «Преобразование», *стадии* реализации проекта.

В оценочно-результативном блоке модели представлены: *уровни сформированности готовности подростков к здоровьесбережению* (адаптивный, репродуктивный, продуктивный), *показатели* (интерес подростков к здоровьесбережению, знания подростков о здоровьесбережении, умения и навыки для здоровьесбережения, критическое мышление и анализ здоровьесберегающей деятельности), *результат* (повышение уровня готовности подростков к здоровьесберегающей деятельности).

3. Педагогическим средством формирования готовности подростков к здоровьесбережению является проект «Преобразование», который реализуется по следующим стадиям:

– организационно-установочной (тестирование исходного уровня здоровья);

– аналитической (обсуждение результатов тестирования);

– проблематизации на социальном и индивидуальном уровнях (обсуждение возможностей решения существующих проблем);

– проектирования (создание собственного здоровьесберегающего проекта);

– защиты и реализации (применение здоровьесберегающего проекта на практике);

– рефлексивной (осмысление своих действий).

Проект «Преобразование», разработанный на базе обучающей компьютерной программы, состоит из игрового модуля, в котором представлены общеразвивающие, профилактические, коррекционные игры и упражнения и комплекс заданий рефлексивно-оценочной деятельности.

4. К педагогическим условиям, способствующим формированию готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, мы относим: высокий уровень готовности педагога к деятельности, направленной

на сохранение здоровья**;** учет индивидуальных особенностей подростков (уровень мотивации, учет индивидуальных особенностей физического развития); программно-информационное обеспечение здоровьесберегающей деятельности подростков; создание здоровьесберегающей среды.

Апробация и внедрение результатов исследования в практику осуществлялись в ходе опытно-экспериментального обучения подростков в муниципальном автономном общеобразовательном учреждении средней общеобразовательной школе №59 «Перспектива» города Липецка и МБОУ ДО «Детско-юношеской спортивной школе №9» города Липецка. Основные положения диссертационной работы изложены в публикациях автора, докладах и сообщениях на конференциях различного уровня: в Воронеже (2012 г.), Воронеже (2013 г.), Пензе (2013 г.), Ульяновске (2013 г.), Челябинске (2015 г.), Казани (2015 г.), Самаре (2015 г.), Санкт-Петербурге (2016 г.), (Омске, 2016 г.), Чебоксарах (2017 г.), Магнитогорске (2017 г.), Белгороде (2017 г.), Чебоксарах (2018 г.), Белгороде (2019 г.).

Результаты исследования отражены в публикациях автора.

Структура диссертации. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ ПОДРОСТКОВ К ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЮ СРЕДСТВАМИ ПРОЕКТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1.1. Структура готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности

В нашей стране сформировалась напряженная ситуация со здоровьем подрастающего поколения. Достаточно убедительны данные исследований Научного центра здоровья детей РАМН, которые подтверждают, что «за последнее десятилетие количество здоровых детей школьного возраста сократилось более чем в 4-5 раз» [113, с. 3]. При этом «только 14% детей практически здоровы, 50% имеют функциональные нарушения, 35-40% – хронические заболевания» [195, с. 3].

Около пятидесяти процентов молодёжи призывного возраста по медицинским показаниям не годны к воинской службе и не могут даже выполнить «основные нормативы по физической подготовке для военнослужащих, проходящих службу по призыву» [59, с. 4].

При изучении специальной литературы выясняется, что по прогнозам ряда исследователей, численность детей и подростков, причисленных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе (СМГ), «может достичь 50 % от общей численности» [190, с. 36 – 41], то есть у половины респондентов диагностированы нарушения в физическом развитии. Возможно, «данная тенденция сохранится и в ближайшие 10-15 лет, когда всеобщие потери рабочей силы за 2007-2017 гг. составят более 10 млн чел. (в среднем по 1 млн чел. ежегодно)» [190, с. 36 – 41]. Изучив специальную литературу, отметим, что сколиоз у юных спортсменов в возрасте 10-14 лет диагностируется чаще, чем у неспортсменов (Н. В. Шеставина, В. С. Монахов, 1995) [61, с. 132], а деструктивно-дистрофические заболевания суставов диагностируются в 4,8 % случаев [61, с. 132].

Следует указать, что проблема здоровья молодого поколения до конца не решена. Мы считаем, она связана с тем, что у молодежи отсутствуют элементарные знания о здоровьесбережении. Приходится констатировать, что 46% жителей России старше 15 лет имеют хронические заболевания, при этом треть юношей имеют противопоказания к службе в Вооруженных Силах [8, с. 15].

По данным социологических исследований, люди ставят здоровье как ценность на первое место, но активных здоровьесберегающих действий для его сохранения не предпринимают. Необходимо заметить, что в факторной модели здоровья молодежи объясняется, что на часть «образа жизни приходится 50-55 %, в свою очередь на экологическое состояние окружающей среды – 18-20 %, на роль наследственности отводится лишь 15- 20 %, и на долю здравоохранения только 10-15 %» [124, с. 48 – 54].

Для рассмотрения сущности и структуры готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности мы проанализировали основные категории и понятия нашего исследования: «готовность», «здоровьесбережение», «проектная деятельность», «подростки».

Для конкретизации понятийного аппарата остановимся на толковании термина «готовность» в русском языке. В педагогическом словаре готовность определяют как «интегральное качество личности («готовность к самообразованию») [165, с 56]. В толковом словаре живого великорусского языка готовность формулируют как «состояние и признак готового», «сделавший все необходимые приготовления, приготовившийся к чему-либо» [70, с. 387].

В философском понимании готовность обнаруживает общие, сравнительно устойчивые и закономерные, «внутренние связи, присущие данному предмету, объединяющие воедино его различные стороны и пронизывающие тот или иной предмет или процесс» [112, с. 334].

В словаре русского языка говорится, что готовность – это «согласие сделать что-нибудь» [152, с. 137], а в литературе по реабилитации её интерпретируют как «ориентацию, установку, концепцию, доминанту, образ потребности будущего, эвристический проект», содержащий некий «энергетический заряд» [234, с. 48].

Интересно в этом отношении определение готовности в большом толковом словаре, где готовность понимается как «действие, выражающееся в согласии, желании сделать что-либо» [32, с. 718]. В современном словаре по педагогике под редакцией Е. С. Рапацевич готовность интерпретируется как интегральное качество личности, которое характеризуется наличием старания непрерывно расширять диапазон восприятия жизни [212].

Следует сказать, что в научной литературе и исследованиях по проблеме формирования готовности подростков к здоровьесбережению накоплен достаточный теоретический и эмпирический материал, определяющий сущность и содержание понятия «готовность», иначе говоря, способы формирования готовности подростков к здоровьесбережению.

Исследователи С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова характеризуют содержание понятия «готовность» как «стремление действовать», «состояние некой зрелости», «наличие обусловленного уровня знаний, умений и навыков» [152, 153], что побудило нас к рассмотрению такого понятия как активность. В психологии активность трактуют как собственную динамику живых существ, как «источник перестройки или поддержания ими жизненно значимых взаимоотношений с окружающим миром».

В физиологии данное понятие рассматривается как «универсальное, фундаментальное качество любой живой системы в отличие от неживой» [100, с. 56].

В соответствии с вышесказанным мы считаем, что готовность посредством активности обусловливает существенную «специфику жизни людей, которая состоит в том, что они целенаправленно изменяют и преобразуют природную и социальную действительность» [13, с. 12].

Обобщив существующие точки зрения, мы можем утверждать, что готовность означает психологическую готовность (мотив) подростка к самостоятельным здоровьесберегающим мероприятиям и способствует формированию активной деятельности, направленной на здоровьесбережение.

Следующий рассматриваемый нами термин – здоровьесбережение. Одни авторы – специалисты в области педиатрии Ю. В. Величкина, А. А. Михеева,

С. М. Чечельницкая, Д. А. Шалаева, изучающие проблему здоровьесбережения, характеризуют его как рациональный, разумный и правильный образ жизни, который подразумевает «выполнение гигиенических (валеологических) правил укрепления и сохранения индивидуального и общественного здоровья» [181, с. 21].

Другими авторами отмечается, что здоровьесбережение – это общее представление «здорового образа жизни», содержащее уровень культуры, благоприятные условия жизнедеятельности, поведенческие и гигиенические навыки, позволяющие сохранять и укреплять здоровье, а также предупреждать развитие нарушений и улучшать качество жизни [5, 9, 44, 99].

Мы согласны с точкой зрения Э. Н. Вайнера, который считал, что здоровье людей должно быть главным критерием «социально-экономической зрелости, культуры и преуспевания государства» [40, с. 18], а в нашей работе при применении термина «здоровьесбережение» мы предполагали его разностороннее содержание и рассматривали здоровьесбережение как деятельность, направленную на улучшение качества жизни подростков.

В данной связи мы рассматриваем здоровьесбережение как целенаправленную активную деятельность, способствующую формированию у подростков готовности к преодолению нарушений в состоянии здоровья или его сохранению [84]. Все сказанное свидетельствует о необходимости вдумчивого подхода к рационализации здоровьесбережения, научному подбору оптимально допустимой нагрузки с целью здоровьесбережения.

Исходя из темы нашего исследования, мы опирались на тот факт, что здоровьесбережение ориентировано на своевременное выявление нарушений физического развития и позволяет сохранить и сберечь здоровье. Действительно, нарушения физического развития – это ускорение или отставание темпа индивидуального роста и развития, несоответствие хронологического и биологического возраста, которое требует своевременного выявления, медицинского наблюдения и коррекции на протяжении всего этапа созревания организма, чтобы при необходимости начать здоровьесберегающие мероприятия.

Укажем, что здоровьесбережение определяется как инициативность подростков, сконцентрированная на умениях и навыках сохранении своего здоровья и, следовательно, подразумевающая согласованность и единство всех уровней жизнедеятельности человека. Главным словом в термине здоровьесбережение является «здоровье», которое мы рассматриваем как психосоматическое состояние, отражающее физическое и психическое состояние, а также социальный статус человека для выполнения трудовых, социальных и биологических функций [71, с. 182].

Цель здоровьесбережения – глубокое его осмысление и способность к систематической здоровьесберегающей деятельности (умение находить новое и нужное в различных источниках информации, проводить анализ собственной здоровьесберегающей деятельности и находить ответы на все жизненные вопросы) [212]. То есть для получения желаемого результата необходимо поставить цель здоровьесбережения, которая, в свою очередь, «воспроизводит результат мысленный, предвосхищаемый, прогнозируемый, планируемый и в предопределенном смысле идеальный» [146, с. 35], то есть готовность подростков к здоровьесбережению.

Следовательно, здоровьесбережение достигнет своего высшего уровня, если подростки осознают себя в качестве субъектов исследовательской деятельности, планируют и выполняют действия, направленные на разрешение проблемных ситуаций, а также контролируют собственное физическое развитие [190]. В свою очередь итогом развития индивида является «становление человека как биологического вида и социального существа» [159, с. 19].

Сам термин «здоровьесбережение» подразумевает, что нужно что-то сберечь (умения и навыки), на совокупности знаний и представлений о здоровье. Исследователи определяют «здоровье» как «нормальное психосоматическое состояние, отображающее совершенное физическое, психическое и социальное благополучие человека, обеспечивающее ему полноценное выполнение трудовых, социальных и биологических функций» [71, с. 182].

Обобщая представленные определения, подчеркнем, что, рассматривая здоровьесбережение, мы интерпретировали его с точки зрения формирования у подростков готовности к сохранению собственного здоровья, где решаются следующие задачи: постановка цели здоровьесбережения, совершенствование знаний о здоровьесбережении, умение анализировать свое здоровье, формирование готовности к здоровьесбережению.

Далее мы рассмотрим проектную деятельность. Следует сказать, что в учебном пособии И. А. Колесниковой проектная деятельность трактуется как «специфичная форма творчества и является универсальным средством развития человека» [104, с. 3]. Вместе с тем, говоря о проектной деятельности, необходимо детальнее остановиться на том, что мы понимаем под определением «деятельность», так как оно применяется во многих научных сферах, и его смысл модифицируется. Проектная деятельность – это способ организации какой-либо деятельности, нацеленной на результат, отсюда следует, что бывают различные виды проектов, в том числе и информационный.

Необходимо обозначить, что вопрос применения проектов в образовательном процессе не является новым и до сегодняшнего дня актуален. Заметим, что ещё Ж. Ж. Руссо говорил о том, что необходимо все уроки свести к поставленной цели, реализацию которой можно проконтролировать. И. Г. Песталоцци выступал за соединение обучения и практики, и только в 1908 году Д. Снезден впервые употребил термин «проект» в контексте образовательного процесса [24].

Тем не менее, американский философ, педагог и психолог Джон Дьюи по праву считается основоположником метода проекта. Именно он предложил модель школы, в которой получение знаний было сосредоточено на индивидуальном развитии личности. Дьюи полагал, что проектная деятельность должна осуществляться вместе с педагогом и обучающимся, и сконцентрировать её надо на решении проблемы [101].

В свою очередь, В. Килпатрик определял проектную деятельность как «от души осуществляемый замысел», то есть «от всего сердца». Но Джон Дьюи возражал, что в данном контексте проект базируется на самостоятельности

учащихся, а не на совместной деятельности педагога и учащихся. Заметим, что в России идеи использования проектного обучения были осуществлены под руководством С. Т. Шацкого в 1905 году. В. Н. Шульгин и М. В. Крупенина также анализировали проектную деятельность с учётом российской реальности, но их концепция нового образовательного учреждения была подвергнута критике [24].

Известный педагог А. С. Макаренко тоже применял проектную деятельность в своей педагогической практике, которая осуществлялась на основе учёта целей воспитания, способностей и интересов конкретного обучающегося. При этом отметим, что в 1932 году метод проектов в России был запрещён и не применялся до 70-х годов. Укажем, что активное введение проектов в образовательной сфере началось лишь во второй половине 1990-х гг.

В 70-е гг. XX в. российский педагог и психолог Н. В. Кузьмина в модели педагогической деятельности выделила проектировочный компонент, а как метод научного изучения значимость проектной деятельности показал В. В. Давыдов. Необходимо заметить, что исходные тезисы проектной деятельности в педагогике были основаны Г. П. Щедровицким и впоследствии развивались в работах В. И. Борзенкова, О. И. Генисаретского, Н. В. Громыко, Ю. В. Громыко, Г. Л. Ильина и др. [24].

Во второй половине 1990-х гг. вопросы применения проектирования в педагогике рассматривались В. В. Сериковым, так как возникла концепция личностно ориентированного подхода в процессе обучения. В свою очередь, на основании исследований известных ученых (Н. Г. Алексеев, Ю. В. Громыко, В. А. Никитин, В. В. Рубцов) проектная деятельность стала интерпретироваться как форма образовательных новшеств нетрадиционного характера (В. Е. Радионов).

Проблемы проектирования инновационной деятельности рассматривала в своих трудах В. П. Бедерханова, уделяя особое внимание продуктивной игре. Н. М. Борытко в своих трудах указывает, что центральными позициями педагогической деятельности являются: рефлексивный, интерактивный и проективный принципы. В 2000-х годах метод проектов исследовали такие ученые как М. Р. Битянова, А. Н. Дахин, В. В. Гура, Е. С. Полат, В. А. Чернобытов и др.

[7, 24, 35, 36]. Обобщая сказанное в логике нашего исследования, заключим, что проектная деятельность является инновационной, так как способствует переустройству действительности, строится на установленной технологии, которую можно унифицировать, изучать и преобразовывать [64, 79].

Рассматривая вышесказанное, считаем, что актуальность изучения исходных положений проектирования определена, во-первых, тем, что данная технология может использоваться на многих уровнях организации здоровьесбережения подростков [137].

Во вторых, понимание логики проектирования позволит результативно воплощать в действительность аналитические, конструктивные, профилактико-коррекционные, рефлексивно-оценочные функции.

В-третьих, здоровьесберегающие методики, созданные в ходе проектной деятельности, обуславливают развитие многообразных сторон и творческих проявлений подростка [104, 176].

Обобщив существующие точки зрения, мы можем утверждать, что проектная деятельность воплощает в себе исключительный потенциал для физического, интеллектуального и личностного развития человека, и именно этот подход убеждает нас в том, что данная деятельность может преобразить каждого человека и в любом возрасте [188, 258].

В свою очередь, её воспитывающая (развивающая) функция сформирована: на результативности воображения (происходит программирование действия для изменения объекта); независимости творчества; логичности; стремлении к развитию; способности к преобразованию; вероятности достигнуть желанный результат.

Необходимо отметить, что в нашем исследовании проектная деятельность подростков направлена на формирование предопределенных умений (определение проблемы, сбор и анализ информации, экспериментальная работа, рассмотрение следствий). Также она способствует развитию мышления, аккумулирует запас сведений, полученных в ходе проектной деятельности, и формирует у подростков готовность к сохранению собственного здоровья [105].

С общепсихологической точки зрения, П. Ф. Каптерев указывал, что акт мышления состоит из трёх моментов: а) ощущения; б) переработки ощущения; в) действия. Он отмечал, что у детей наиболее выражены первый и последний акты мыслительного процесса, они явно доминируют над средним моментом.

То есть подростки воспринимают информацию (ощущения), и воспроизводят (действия) её, но не на должном уровне, потому что не происходит переработки данной информации [97]. Из этого следует, что целью проектной деятельности является применение подростками сведений, умений и навыков в процессе усвоения основ здоровьесбережения на практике.

Все сказанное подтверждает, что необходимо применение следующих позиций в организации проектной деятельности: усилить мотивацию подростков; создать соответствующие условия; обеспечить руководство; рационально применить учебное время; обеспечить наглядным материалом; создать презентацию итогов.

Исходя из этого, мы можем утверждать, что «проектная деятельность – не просто воссоздание модного веяния в современном образовании» [104, с. 18], а возрастает её значимость, так как она обучает подростков независимо думать, находить решение вопроса, прилагая для этой цели знания, умения предвещать результаты и находить причинно-следственные связи.

Для определения уровней готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности мы опирались на исследования П. И. Пидкасистого [169, с. 310] и выделяли следующие уровни:

1. Копирующие действия подростков по заданному образцу, то есть подготовка подростков к самостоятельной здоровьесберегающей деятельности.

2. Производительная деятельность самостоятельного применения знаний для тестирования своего организма и выбора необходимых мероприятий.

3. Самостоятельная здоровьесберегающая деятельность при составлении здоровьесберегающего проекта, то есть формирование у них готовности к самостоятельной, активной деятельности [219, 220], направленной на сохранение здоровья.

В частности, в педагогике определяется, что развитие личности человека возможно только в деятельности, которая является ключом к «пониманию развития личности и того, как она формируется, совершая свой жизненный путь. Её психические способности не только предпосылка, но и результат её поступков и деяний. В них она не только выявляется, но и формируется» [194, с. 747].

Прежде всего, необходимо отметить, что в процессе жизни человек непрерывно «участвует в разнообразных видах деятельности: производственной, социальной, духовной, познавательной, спортивной и др.» [159, с. 26], активно взаимодействуя с окружающей его действительностью, и сам является субъектом деятельности, активно воздействуя на объект своей деятельности и удовлетворяя свои потребности. Например, в психологии исследуемое понятие, как правило, представлено в контексте психического развития и интерпретируется как «процесс удовлетворения потребностей человека, определяемых социальным развитием» [151, с. 94].

Вместе с тем В. А. Мижериков, развивая и конкретизируя представление о деятельности, представляет ее как «специфическую форму общественно-исторического существования людей, целеустремленное преобразование ими природной и социальной действительности, необходимое условие развития человека, в процессе которого приобретается жизненный опыт, познается окружающая действительность, усваиваются знания, вырабатываются умения и навыки» [210, с. 79-80].

Следует сказать, что как форма жизни и способ бытия человека деятельность: обеспечивает возникновение материальных условий жизни; содействует удовлетворению элементарных потребностей человека; является стрессором интеллектуального развития человека, формой и условием осуществления его культурных потребностей; дает человеку реализовать свой личностный потенциал для достижения жизненных целей; разрабатывает «условия для самореализации человека в системе общественных отношений» [159, с. 26].

Роль деятельности как предопределяющего фактора в воспитании личности признается всеми учеными, несмотря на различные позиции по поводу ее приро-

ды. Вместе с тем важным моментом в формировании готовности подростков к здоровьесберегающей деятельности являются: выбор конкретных целей, способов, средств, места и времени действия; формирование уверенности в правильности и необходимости производимого действия, то есть предположения возможного результата, а затем фиксирования достижения [43].

В словаре-справочнике деятельность определяют как «динамическую систему активного взаимодействия человека с миром, направленного на удовлетворение его материальных и духовных потребностей» (В. П. Дудьев) [73, с. 107], а одной из основополагающих характеристик современного цивилизованного молодого человека является его способность к проектной деятельности. Отметим, что в современной интерпретации проектирование определяют как «деятельность», под которой понимается в максимально кратком отображении «промысливание того, что должно быть» [105].

Уточняя данное положение применительно к нашему исследованию и говоря, в частности, о проектной деятельности подростков, мы возьмем за основу, что данный вид деятельности – это осмысленно осуществляемая работа, направленная на поддержание и усовершенствование своего здоровья.

Следует сказать, что, по мнению О. С. Газмана, проектная деятельность является комплексной, и её отличительной особенностью считается умение параллельно с непосредственным итогом (создание проекта) гарантировать осознание новых знаний, формирование иных представлений, появление новых замыслов [53]. Иначе говоря, это связано с «неизбежностью» усвоения по ходу проектной деятельности новой информации, иных видов активности, направленных на развитие и саморазвитие подростков в процессе формирования их готовности к здоровьесбережению.

В образовательных учреждениях для достижения целей здоровьесбережения используются следующие группы средств: двигательные; оздоровительные силы природы; гигиенические факторы.

Обобщая представленные определения, подчеркнем, что в ходе проектной деятельности мы применяли её «с точки зрения ее соединения с достижениями

информатики» [1, с. 2], где решаются следующие задачи: обучение планированию, совершенствование техники сбора и обработки информации, умение анализировать и составлять отчет, формирование готовности к здоровьесбережению.

Последнее понятие мы рассмотрели более подробно. Проанализировав мнения различных ученых (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Д. Б. Эльконин), видим, что четкого определения подросткового возраста нет. Вследствие этого мы его анализируем не как некоторый этап психического и физического развития, а как ступень онтогенетического развития, содержащего «стыки и трансформации от одной стадии к другой», то есть возраст 14-17 лет.

Выбор подросткового возраста в нашей работе актуален тем, что для него характерно «появление самосознания как системного формирования, устанавливающего и концентрирующего развитие личности подростка». Вместе с тем этот период предшествует «достижению отдельной зрелости, на котором происходят наиболее значительные, с точки зрения дальнейшего формирования личности человека, модификации и переустройства» [198, с. 43].

В своё время «Аристотель придерживался такой возрастной периодизации: от рождения до 7 лет; от 7 до 14 лет; от 15 лет до 21 года. Он отмечал особенности каждого возраста, цели, содержание и методы воспитания в каждый период» [174, с. 5].

Мы считаем, что выбор подросткового периода актуален тем, что подростки являются особенной социально-демографической группой, «испытывающей период становления социальной зрелости (возраст от 14 до 20 лет)» [159, с. 401]. В свою очередь, известный психолог А. В. Петровский предлагал грани подросткового возраста определить «между 11-12 и 14-15 годами, а возраст между 14-15 и 17 годами определяет как раннюю юность» [167].

Например, на VII Всесоюзной конференции по вопросам возрастной морфологии и физиологии подростковый возраст был установлен так: 13-16 лет – для мальчиков и 12-15 лет – для девочек. Юношеский – 17-21 год для юношей и 16-20 лет – для девушек [167]. Необходимо отметить, что в инструкциях по возрастной физиологии подростковый возраст определяется следующими параметрами (де-

вочки-девушки от 12-16 до 17-19 лет, а мальчики-юноши от 13-17 до 16-19 лет) [213].

При этом в педагогическом словаре дается следующее определение: подростковый возраст – «это переходный возраст от детства к взрослости, охватывающий период человеческой жизни от 10-11 лет до 13-15 лет» [101, с. 256]. В справочнике по психомоторике подростковый возраст определяют как «период онтогенеза; этап психического и физического развития ребёнка, соответствующий возрасту от 10-11 до 15 лет, который является средним школьным возрастом и переходным периодом от детства к юности» [73, с. 240].

Д. И. Фельдштейн, рассматривая ступени социального развития личности, выделил два блока (фазы) становления личности, и отметил, что «на второй фазе (от 10 до 17 лет) – фазе подросткового возраста» [229, с. 143] происходят определенные изменения. Мы сделали акцент на второй фазе, так как в нашем исследовании мы рассматривали подростковый возраст 14-15 лет. Известный педагог-валеолог Э. Н. Вайнер, изучая вопросы здоровьесбережения в разные возрастные периоды развития человека, определил, что подростковый возраст для девочек – до 15 лет, а юношей – до 16лет [40].

В свою очередь М. Монтессори выделяет три фазы возрастной периодизации ребенка, но мы рассмотрим третью фазу (12-18 лет), которая «характеризуется глобальной направленностью человека на общество и поиск в нем своего места» [214, с. 12]. Она отмечает, что «в возрасте от 12 до 15 лет» подросток пытается найти возможность «усилить свои познавательные способности» с людьми, «объединенными общей целью» [214, с. 12], что актуально в нашей работе.

Также мы рассматриваем этот возрастной период, так как известно, что «предпосылки поведения, связанного с риском для здоровья, закладываются в возрасте до 18 лет» [181, с. 4], и именно в этот период необходимо формировать у подростков готовность к здоровьесбережению. Наряду с такими характеристиками жизни как уровень, стиль, качество, образ жизни существует мнение, что

жизнь молодых людей является конкретным социокультурным, историческим феноменом [216].

Вместе с тем именно в подростковом возрасте формируется социальная зрелость, которая выражает предопределенную стадию жизненного цикла, биологически уникальную. Мы считаем, что ее конкретные возрастные рамки и связанный с ней социальный статус, психологические особенности имеют социально-историческую природу, которые, в свою очередь, зависят от общественного строя, культуры и характерных данному кругу закономерностей социализации.

Нужно отметить, что педагог Л. П. Крившенко социализацию рассматривает как взаимодействие человека с обществом, в процессе чего происходит интеграция личности в социальную среду, приспособление (адаптация) к ней [159, с. 20]. Вместе с тем (В. Е. Россоха, В. Б. Шапарь, О. В. Шапарь и др.) заявляют, что адаптация – это модификации, затрагивающие все уровни организма – от молекулярного до психологической регуляции деятельности [244, с. 6].

Говоря о подростковом возрасте, заметим, что социальная зрелость детей и молодёжи приходится на старший школьный возраст, некоторые авторы старший школьный возраст определяют как возраст завершения психологических и физиологических новообразований, возникших у подростков [159]. Прежде всего, необходимо отметить, что готовность к здоровьесбережению должна формироваться на протяжении всей жизни человека, и именно в подростковый период можно активизировать деятельность, направленную на сохранение здоровья.

Достаточно убедительные данные о возможностях подросткового возраста имеются в кандидатской диссертации О. В. Штакиной. Она изучала развитие обучающихся подросткового возраста и заметила, что подростковый возраст является сенситивным» для развития подростков, также мы согласны с тем, что «к этому периоду у них уже накоплен определенный опыт» [249, с. 3].

Интересно в этом отношении определение М. Монтессори, которая говорит, что «сенситивные периоды являются универсальными, т. е. возникают в процессе развития всех детей независимо от расы, национальности, социального происхождения, геополитических и культурных различий и т. п.» [214, с. 11]. Здесь следу-

ет также заметить, что индивид, достигший определенного возраста, должен решать определённые задачи, чтобы вовремя и благополучно перейти в следующую фазу жизни [107], а в нашем исследовании – это подросток, готовый к здоровьесбережению.

Очевидно, что для гармоничного развития подростков необходимо формировать у них готовность к здоровьесбережению, обучая их простым знаниям ортобиоза, то есть «здорового, разумного, рационального образа жизни» [247, 248]. Нарушения выявляются не у всех подростков, а важным моментом сохранения здоровья являются профилактические мероприятия. Следует подчеркнуть, что большинство педагогов (Л. С. Гавриленко, Е. А. Гудков, М. И. Дьяченко и др.) определяют готовность подростков к здоровьесбережению как мировоззренческую зрелость и психолого-педагогическую компетентность [51, 63, 76].

Поэтому, говоря о формировании готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, мы считаем, что структура готовности подростков к здоровьесбережению представляет собой «относительно устойчивый способ организации элементов системы» [112, с. 328].

Обобщив вышеперечисленные точки зрения, мы определили готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности как совокупность интегральных смысловых ориентаций, характеризующихся наличием знаний, умений и навыков, необходимых для осуществления здоровьесберегающей деятельности, способствующих саморегуляции, самоконтролю и самосовершенствованию подростков, их адаптации в условиях создания здоровьесберегающей среды и эффективному овладению навыками здоровьесбережения средствами проектной деятельности.

В структуре данной готовности мы выделяем четыре компонента: мотивационный, когнитивный, операциональный, оценочно-рефлексивный.

Обоснуем назначение каждого компонента формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Мотивационный компонент формируется на основе внутренней потребности в сохранении здоровья под воздействием внешней среды и воспитания. Толь-

ко тогда, когда здоровьесбережение рассматривается как личностно значимая деятельность, она становится фактором развития подростка. В связи с этим мы рассмотрели ранжирование социальных ценностей подростков и выявили, что основными социальными ценностями для них являются деньги, развлечения, отдых, одежда. Здоровье подростков практически не интересует, они не занимаются, так как у них не сформирована готовность к данному виду деятельности. Поэтому в педагогическом поиске проявления готовности подростков к здоровьесберегающей деятельности значительная роль отводится мотивации при разумно организационном установочном процессе поиска целей, ценностей, наклонностей, интересов и желаний подростков к здоровьесбережению [16].

Также следует заметить, что в формировании готовности подростков к здоровьесбережению важную роль играет успех. Достаточно убедительные данные об успехе имеются в кандидатской диссертации Е. В. Чирковой, где она пишет, что «успех вызывает мощный импульс, содействует становлению совершенства воспитанника, это залог обстоятельного отношения к любой деятельности» [241, с. 3]. Именно поэтому ситуация успеха способствует формированию и развитию личности.

Вместе с тем систематические неуспехи в процессе здоровьесбережения (восстановления) пугают подростка, делают его пассивным и безразличным к имеющимся нарушениям. Следовательно, необходимо фиксировать ситуации успеха, чтобы подросток осознавал положительную динамику своего здоровья, объективно себя оценивал, отмечал улучшения в личном формировании, определял возникшие проблемы и трудности, тем самым побуждая себя к здоровьесберегающей деятельности. Побуждение в таком понимании – это «субъективное проявление мотива как личностное образование, его предваряющее» [16, с. 10].

Однако, как показывает анализ общеобразовательной практики, педагогами не в полной мере применяются характерные методы обучения [45], которые отвечают гуманистическому принципу «побуждать, а не понуждать» [94, с. 73]. Тем самым необходимо применение специфических методов и адекватных требований, чтобы сформировать готовность подростков к той деятельности, на которую

их ориентирует преподаватель [218], в результате чего выявляется психологическая готовность к здоровьесбережению, то есть мотив. Критерием сформированности данного компонента выступает готовность подростков к активной деятельности, направленной на преодоление нарушений собственного здоровья.

Когнитивный компонент определяет совокупность знаний, направленных на сохранение здоровья подростков, и профилактику заболеваний с учётом их физического развития, индивидуальных положительных качеств, таких как ответственность, аккуратность, внимательность, работоспособность, позволяющих эффективно реализовывать свой потенциал в деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья. В исследованиях М. И. Дьяченко, А. Н. Леонтьева,

И. Е. Пискарева обозначено, что готовность к той или иной деятельности – это состояние подготовленности к чему-либо, постижение индивидом предоставленной деятельности, определенной уровнем знаний, умений и навыков [76, 119, 172]. Ряд психологов (А. В. Брушлинский, В. П. Зинченко, А. В. Петровский) готовность к деятельности характеризуют как «внутреннюю (психическую) и внешнюю (физическую) активность человека, регулируемую осознаваемой целью» [151, с. 159], а в контексте нашей работы это готовность к здоровьесберегающей деятельности с четко сформулированной целью.

В педагогическом поиске формирования готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности значительная роль принадлежит когнитивному аспекту. Ряд педагогов (Г. М. Коджаспирова, А. Ю. Коджаспиров и др.) отмечают, что для формирования готовности к здоровьесбережению необходимо учитывать следующие формы проявления психики подростков и их взаимосвязь: познавательные процессы, психические состояния и психические свойства, умственные, эмоциональные, мотивационные и волевые стороны психики [101].

Следовательно, важнейшей слагаемой формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности являются знания о физической культуре и спорте и применение комплексов лечебной гимнастики и профилактических мероприятий. Поэтому формированию готовности к деятельности, направленной на здоровьесбережение, надо учить (В. Гавидия, Д. Сириес)

[206], и одной из главных задач формирования готовности подростков к сохранению здоровья средствами проектной деятельности является уровень знаний, который побуждает к действию и формирует готовность к деятельности, направленной на сбережение здоровья. Критерием сформированности данного компонента является запас знаний и представлений подростков о здоровьесбережении, необходимых для создания проекта.

Операциональный компонент содержит умения (практические и умственные) и навыки (перцептивные, двигательные, умственные), используемые подростками при самостоятельной работе. Так как происходят существенные изменения в физическом, интеллектуальном и моральном развитии, то данный период можно назвать сенситивным. То есть формируются умения и навыки, необходимые для самостоятельной здоровьесберегающей деятельности.

Следует признать, что подростки считают, что нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) и костно-мышечной системы (КМС) не являются болезнью. Кроме того, «не секрет, что некоторые родители основные усилия сосредоточивают лишь на повышении успеваемости детей и не придают должного значения другим сторонам их развития» [237, с. 450], таким как здоровьесбережение. Вместе с тем, говоря о здоровье, заметим, что у подростков нет должного воспитания культуры здоровья, поэтому они не располагают сведениями о последствиях, которые могут возникнуть в будущем, если не осуществлять своевременную здоровьесберегающую деятельность.

Данное обстоятельство определено рядом вытекающих факторов, где на фоне социоэкономических преобразований, модернизации образовательного процесса отмечается переоценка ценностных ориентаций, инверсия нравственных идеалов в обществе. Результатом происходящего является значительное ухудшение физического, психического, духовно-нравственного здоровья детей и молодежи [46, 68].

Для решения этой важной задачи необходимо развивать культуру здоровья подростков путем реализации умений и навыков здоровьесбережения, посредством создания здоровьесберегающего проекта, способствующего стремлению всех

участников образовательного процесса «к созданию образа жизни, основанного на радости от усилия, воспитательной роли положительного примера и уважения общих фундаментальных этических убеждений…» [46, с. 52].

Критерием сформированности данного компонента является системная реализация здоровьесберегающей деятельности с учетом системы специальных приемов и мероприятий, подразумевающих «исправление» и «привыкание». Данные понятия рассматриваются как педагогическое воздействие на подростков, которое не сводится к упражнениям, направленным на исправление отдельно взятого нарушения, а подразумевает воздействие на личность подростка в целом. В свою очередь, говоря о структуре исправления как особой форме педагогического воздействия, важно отметить, что базируется она на следующих положениях:

– исправление оказывает влияние на процесс развития, а значит, управляет ведущей деятельностью, в данном случае воздействует на подготовку подростков к здоровьесбережению;

– рассмотрение динамики развития подростков показывает изменение структуры личности;

– согласно теоретической концепции В. Н. Мясищева, личность является продуктом системы значимых отношений, поэтому коррекция эффективна при включении в процесс здоровьесбережения самого подростка и его окружения [183];

– в процессе «привыкания» возникают социальные отношения, в которые включается молодой человек.

Оценочно-рефлексивный компонент включает анализ подростками собственной сознательной деятельности, анализ ошибок и неудач. И независимо от того, какой получился результат рефлексивно-оценочной деятельности, «в дальнейшем необходимо развивать результат с целью совершенствования и генерализации» [28, с. 43], так как он будет способствовать формированию готовности подростков к сохранению собственного здоровья.

Для цивилизованного общества логично, что здоровье – это фундаментальная ценность, поэтому мы полагаем, в формировании готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности значительная роль принадлежит оценочной-рефлексивной деятельности. Каждый человек должен «осознавать эти ценности, понимать их влияние на восприятие и, благодаря такому пониманию вносить соответствующие коррективы» [129, с. 245]. Тем не менее, как личностная ценность стремление быть здоровым изначально не свойственно разуму человека и не является его бессознательным инстинктом самосохранения.

В процессе здоровьесбережения подростки «применяли ценности как основу самоопределения (и постоянно корректировали свою систему ценностных ориентаций)» [198, с. 44] осуществляли свой выбор, приобретали опыт и принимали решения, оценивая собственную деятельность.

Критерием сформированности рефлексивного компонента являются: умения и навыки рефлексивной деятельности (анализ собственной деятельности, прогнозирование и оценка собственной деятельности). Вместе с тем рефлексивный компонент включает в себя организацию обратной связи, анализ и самоанализ, критерием его сформированности выступает готовность подростков к осуществлению здоровьесберегающей деятельности средствами информационного проекта.

Изучив сущность и структуру готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, мы выяснили, что данный процесс является важным социальным явлением и основным мотивом, направленным на борьбу с гиподинамией и гипокинезией, способствующим укреплению здоровья подростков. Именно поэтому воспитание культуры здоровья (знания) предполагает как конечный результат (умения и навыки) появление у человека осознания ценности здоровья (рефлексия) и потребности в здоровьесбережении (мотивация), а на этой основе – освоение «средств и методов здоровой жизнедеятельности и приобщение к здоровому образу жизни» [44, с. 10].

Структура и сущность готовности подростков к здоровьесбережению освящены и разработаны в трудах различных ученых. Однако, учитывая состояние здоровья подрастающего поколения, их необходимо нацеливать на переосмысление данной проблемы, применяя проектную деятельность. Заметим, что во всех учебных и спортивных учреждениях проводятся профилактические и здоровьесберегающие мероприятия, «но, тем не менее, здоровье учащихся, а также их поведение с точки зрения здорового образа жизни имеет тенденцию к ухудшению» [94, с. 73], поэтому в педагогическом поиске путей формирования готовности подростков к здоровьесбережению значительная роль принадлежит проектной деятельности.

Мы считаем, что готовность подростков к здоровьесбережению – это сложное, динамическое и структурное образование, заключающееся в том, что подростков необходимо ориентировать на самостоятельную деятельность, направленную на сохранение здоровья.

С учетом данных положений в следующем параграфе мы рассмотрим педагогические условия и модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

1.2. Модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности

Для результативной организации процесса формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности нами была разработана модель, которая способствует гармоничному развитию личности подростков, организации процесса готовности подростков к активной здоровьесберегающей деятельности.

Прежде всего, необходимо отметить, что в кратком словаре по философии модель рассматривают как «систему элементов, отражающую установлен-

ные стороны, связи, функции объекта изучения (оригинала)» [112, с. 190]. Мы имеем в виду «условный образ» (готовность подростков к здоровьесбережению) какого-либо объекта (формирование готовности подростков к здоровьесберегающей деятельности) [232, с. 223].

Следует отметить, что модели разрабатываются для выполнения следующих функций:

– объяснительной, состоящей в трактовке существенных фактов реализации здоровьесберегающей деятельности подростков, так как в данный возрастной «период у них возникает потребность не только понять особенность личности другого человека и свою собственную, отдать отчет в своих переживаниях, но и оценить свои возможности» [30, с. 354];

– информационной (использование компьютерной техники как средства управления реализацией здоровьесберегающей деятельности);

– развивающей (целенаправленное воздействие учителя или инструктора-методиста ЛФК на подростков для качественного преобразования отношения к здоровьесберегающим мероприятиям. Так как в этот возрастной период у них «еще нет обобщенного и потому устойчивого и постоянного представления о себе», подростки не умеют «проанализировать, выделить и соотнести свои отдельные свойства, понять их взаимосвязь, отделить существенное в своем поведении и характере от случайного и несущественного» [30, с. 388];

– проективной (создание новых программ, проекта для адаптации подростков к условиям здоровьесберегающих мероприятий);

– оценочной (выражение в балльной форме суждений подростков о необходимости «творческого» применения проекта, так как «именно в этом возрасте развитие самооценки должно происходить особенно интенсивно» [30, с. 360];

– управленческой (сознательное целенаправленное воздействие со стороны учителя, инструктора-методиста ЛФК на «формирование готовности» [102, с. 16] подростков к выполнению «различных видов самостоятельной работы») [131, с. 17].

В педагогической энциклопедии модель рассматривается:

1. Как мысленный образ, аналог какого-либо явления, процесса или объекта, отражающий в символической конфигурации их характерные черты. Мы представляем ее как деятельность, сконцентрированную на сохранение здоровья подростков.

2. Символическое изображение структуры типа поведения и образцов взаимодействия (наши информационные карты, презентации и т.п.) в социальных процессах, например, для придания масштабного значения здоровьесберегающих мероприятий для подростков.

3. Стандарт для измерения нарушений (от нормального физического развития) в реальном процессе (жизненных условий) от предполагаемых (связанных с массовыми отклонениями в развитии подростков).

4. Применение в психологии «образца для подражания», то есть здорового образа жизни и формирования мотивации [192, с. 296].

Вместе с тем в других научных источниках моделирование рассматривается как отображение характеристик отдельного предмета на другом предмете, «в процессе которого происходит построение и изучение модели исследуемого объекта» [232, с. 329].

Обобщив представленные точки зрения, мы считаем, что репрезентативность, подобие, трансляция являются основными требованиями при построении модели. Репрезентативность состоит в том, что модель обусловленным образом представляет изучаемый объект (готовность подростков к здоровьесберегающей деятельности) и показывает теоретическую сущность в исследовании. Модель выделяет педагогические условия для реализации готовности подростков к здоровьесберегающей деятельности как объект, который изучается и является существенным в данном исследовании.

Подобие определяет соответствие разрабатываемой модели (здоровьесберегающей деятельности подростков) реальным условиям, при которых возникают нарушения и выполняется их коррекция. Трансляция характеризует возможность переноса научной информации модели на сам объект процесса здоровьесберегающей деятельности подростков.

Чтобы осознать сущность модели, мы охарактеризуем смежное понятие «система». Например, в философском словаре она означает «совокупность элементов, определённым образом связанных между собой и образующих некоторую целостность» [112, с. 304]. Всякая система может быть «элементом системы более значимого ряда, а ее элементы могут выступать в качестве системы более малого ряда» [232, с. 329].

Отметим, что «система изменяет свои свойства, если изменяются её элементы» [60, с. 4]. Иначе говоря, можно утверждать, что между сформулированными понятиями имеется диалектическая взаимосвязь и что модель показывает схему и сущность процесса здоровьесбережения, а система раскрывает содержание, закономерности, методы и принципы данного процесса.

В связи со сказанным надо признать, что для большинства подростков здоровье и его сохранение «не являются ключевой ценностью, потому что не в полной мере определены ценностно-смысловые и жизненные приоритеты, не сформированы в полном объеме эмпирические и теоретические знания об ортобиотике» [81, с. 3]. Изучение медико-педагогической литературы, обобщение опыта, проведение эксперимента, статистическая обработка и применение моделирования позволили разработать модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности (Рисунок 1). Представленная в нашем исследовании модель отвечает преобразовательной модели по систематизации В. И. Загвязинского, теоретической по систематизации В.В. Краевского и модели педагогических условий формирования готовности подростков к реализации проекта средствами информационных технологий по классификации Н. М. Борытко [35, 78, 110].

Мы перечислим модели, которые имеют определяющее значение в рамках выбранной нами темы.

Н. М. Борытко [35] выделяет следующие типы моделей: модель процесса становления исследуемого феномена; модель педагогических условий.

В. И. Загвязинский [78] дифференцирует модели на: описательные (очерчивают принципы реорганизации, фазы и технологии процесса); структурные (пред-

ставляют состав, иерархию, компоненты системы); функциональные (выявляют связи между элементами системы). Также автор отмечает преобразовательные модели: эвристические (обнаруживают новые связи и зависимости); интегративные (включают компоненты нескольких видов моделей).

В. В. Краевский [110, 111] группирует модели по трем принципам: теоретическая модель (конкретное представление о предпочтенном объекте); нормативная модель (проект будущей деятельности); аксиологическая модель (средство оценки теоретической модели).

В соответствии с темой нашего диссертационного исследования была разработана модель, в которой дается словесное описание и графическое изображение процесса формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, его условий, этапов.

Данная модель включает целевой, методологический, деятельностный и оценочно-результативный блоки. Целевой блок включает цель – формирование готовности подростков к здоровьесбережению и задачи. В методологическом блоке отражены подходы (системный, гуманистический, личностно ориентированный, аксиологический), *принципы* (научности; рефлексивности; связи теории физического развития с практикой; сознательности и активности).

Основными позициями нашего исследования являются гуманистический, личностно ориентированный, аксиологический и системный подходы. Проанализировав личностно ориентированный подход (Е. В. Бондаревская, И. Я. Лернер, А. Маслоу, В. В. Сериков, В. А. Сластенин, И. С. Якиманская и др.), мы выделили следующие положения: любое психолого-педагогическое явление может быть правильно осмыслено, если определить его личностную обусловленность [33, 121, 203, 204, 205, 208, 258]. Интересна в этом отношении точка зрения психолога А. Н. Леонтьева, который говорит, что личность человека является сравнительно «поздним продуктом общественного, исторического и онтогенетического развития» [119, с. 18].

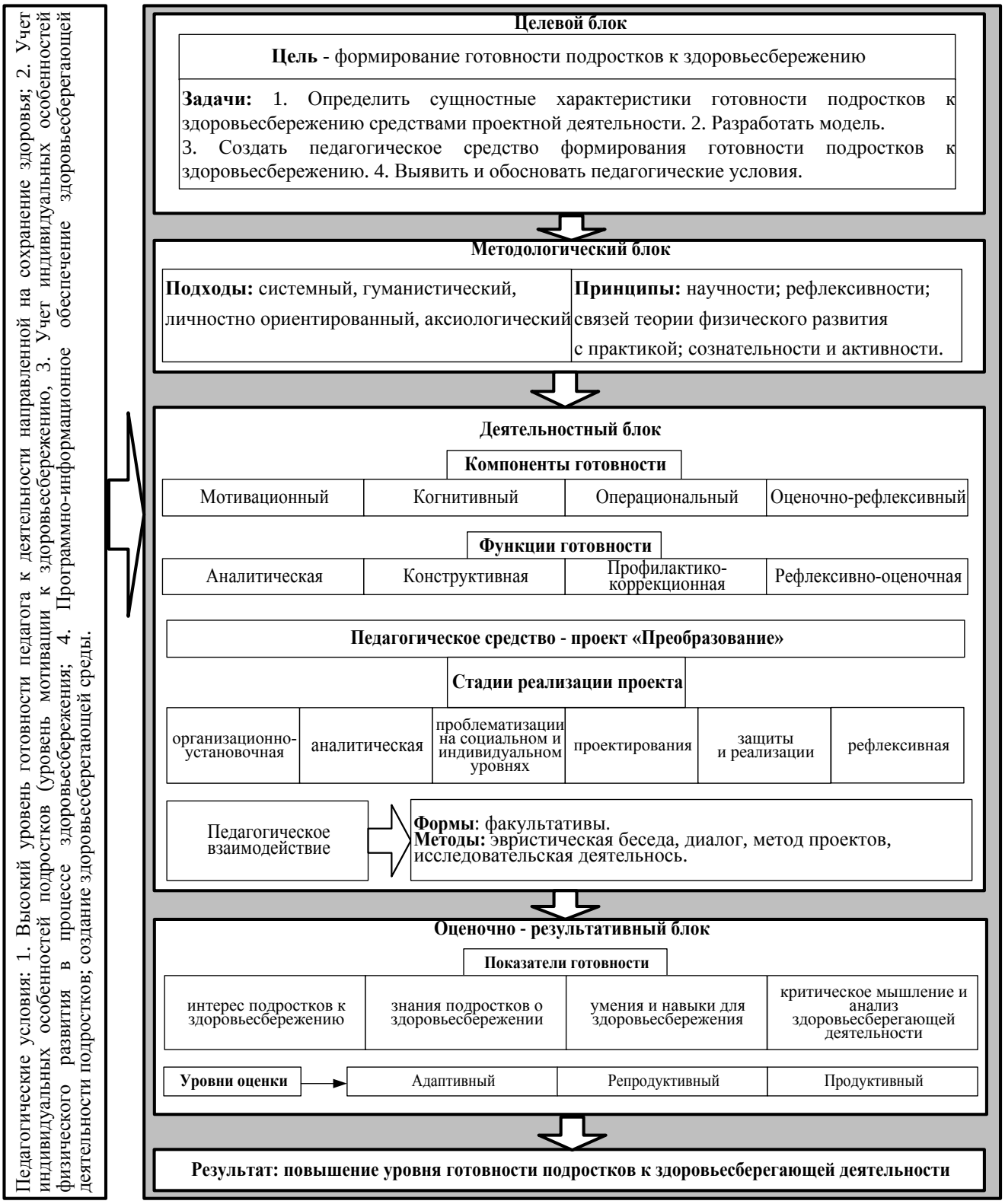

Рисунок 1 – Модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

В свою очередь, знаменитый отечественный психолог, «ученица и последователь Л. С. Выготского» [31, с. 84], Л. И. Божович пишет, что если человек, явля-

ется личностью, то он располагает «таким уровнем психического развития, который делает его способным управлять своим поведением и деятельностью, а в известной мере и своим психическим развитием» [30, с. 4].

Вместе с тем Л. П. Крившенко замечает, что личность человека – это индивидуальный «продукт общественного развития, субъект труда, общения и познания, детерминированный конкретно-историческими условиями жизни общества» [159, с. 416]. В основе личностно ориентированного подхода находится признание индивидуальности, самобытности, самоценности каждого подростка, его формирование не как коллективного субъекта, а как индивида, имеющего свой личностный, неповторимый субъектный опыт [258].

Личностно ориентированный подход, реализованный в нашей работе, означает формирование личности подростка путем раскрытия в содержании проекта «Преобразование» «внутренних принципов и убеждений» [3, с. 145], направленных на сохранение здоровья.

Вместе с тем системный подход (Ю. К. Бабанский, В. П. Беспалько, М. С. Каган, Н. В. Кузьмина, С. К. Никулин, Т. С. Просветова и др.) позволяет построить педагогическую здоровьесберегающую деятельность как целостный процесс [15, 25, 26, 96, 114, 146, 182]. Системный подход позволил отделить и тщательно изучить каждый элемент готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности в отдельности, проанализировать и сопоставить их друг с другом, объединить в целостную структуру. Отметим, что системный подход возник на базе аналитических способов изучения, которые отвечают запросам к изучаемому объекту (готовности подростков к здоровьесбережению).

Гуманистический подход (Ш. А. Амонашвили, И. П. Волков, В. А. Сухомлинский, А. Маслоу и др.) основан на принципе «побуждать», а не «понуждать» [94, с. 73] и подразумевает следующее:

1. В каждом подростке есть позитивное начало, которому надо только помочь раскрыться.

2. Нельзя навязывать подросткам свой взгляд на здоровьесберегающую деятельность.

3. Нельзя применять давление, принуждение к применению здоровьесберегающих мероприятий.

4. Необходимо учитывать, что подросток – это свободная, творческая и гармонически развитая личность с равномерным развитием всех своих сторон.

В свою очередь, аксиологический подход (Е. В. Бондаревская В. А. Сластенин, Г. И. Чижакова, Е. Н. Шиянов и др) [209, 258], реализованный в нашей работе, определяет ценности, на которые ориентируются подростки, и предполагает освоение комплексов лечебной физкультуры как оздоровительно ценных объектов познания. А также связывает личностно ориентированный, системный и гуманистический подходы, ориентируя подростков на освоение ими комплексов лечебной физкультуры как оздоровительно ценных объектов познания. Мы считаем, что данный подход способствует формированию системы ценностей, знаний и умений в процессе здоровьесберегающей деятельности, постижение которых обеспечивает формирование готовности подростков к сохранению здоровья [47, 48].

В обобщённом виде характеристики подходов формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Подходы формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности

Подход	Характеристика
Системный	Позволяет построить педагогическую, здоровьесберегающую деятельность как целостный процесс
Гуманистический	Основан на принципе «побуждать», а не «понуждать»
Личностно ориентированный	Выявляет характерные черты, склонности и интересы подростков
Аксиологический	Определяет ценности, на которые ориентируются подростки

На основе анализа психолого-педагогической литературы мы выделили вытекающие дидактические аспекты формирования готовности подростков

к здоровьесбережению через включение их в работу средствами проектной деятельности:

– реализация системного подхода позволяет построить педагогическую здоровьесберегающую деятельность как целостный процесс;

– реализация личностно ориентированного подхода учитывает характерные черты, склонности и интересы подростков;

– реализация аксиологического подхода связывает практический и познавательный подходы, ориентируя подростков на освоение ими комплексов лечебной физкультуры как оздоровительно ценных объектов познания;

– реализация гуманистического подхода подразумевает, что подросток – это «независимая, творческая и всесторонне развитая личность», личность с равномерным развитием всех своих сторон [2, 120]. Данный подход основан на «уважении прав любого человека на сохранение и укрепление его здоровья, чувства собственного достоинства и формирования личностного потенциала» [215, с. 17].

В формировании готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности учитывались принципы:

– научности (теоретические, научные знания по здоровьесбережению);

– рефлексии (лат. reflexio – обращение назад) (самоанализ, самооценка физического развития и определение дальнейшего направления здоровьесберегающей деятельности) [184];

– связи теории физического развития с практикой (изучение существующих проблем и раскрытие путей их применения в жизни);

– сознательности и активности (осознанное усвоение знаний о здоровье в процессе активной познавательной и практической деятельности).

Необходимо обозначить, что процесс здоровьесбережения осуществляется в динамике всевозможных структур, взаимоотношений и убеждений с использованием дидактических принципов, чтобы соединить различные формы научности, доступности, вариативности.

Деятельностный блок содержит:

а) компоненты готовности (мотивационный, когнитивный, операциональный, оценочно-рефлексивный). Критерии их сформированности представлены в оценочно-результативном блоке.

Мотивационный компонент включает в себя воспринимаемый мыслительный объект, в который конкретизируется потребность подростков. Объект состоит из определенных потребностей, которые воплощаются в них, тем самым побуждая подростков к здоровьесберегающей деятельности. Критерием его сформированности является интерес подростков к здоровьесберегающей деятельности, адекватное отношение к своему здоровью, направленность на саморазвитие, мотивация на успех.

Когнитивный компонент включает в себя знания и представления подростков о здоровьесберегающих комплексах и закономерностях физического самосовершенствования и самовоспитания. Критерием сформированности когнитивного компонента является запас знаний и представлений подростков о здоровьесбережении.

Оценочно-рефлексивный компонент включает в себя познание и анализ подростками собственной деятельности, самодиагностику здоровья и самостоятельную здоровьесберегающую деятельность. Критерием сформированности оценочно-рефлексивного компонента являются критическое мышление, анализ и оценка собственной здоровьесберегающей деятельности.

Операциональный компонент состоит из сочетания умений и навыков в процессе самостоятельной здоровьесберегающей деятельности. Критерием выстроенности данного компонента являются умения и навыки, применяемые в процессе здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, можно утверждать, что компоненты готовности, реализованные в нашей модели, содержат совокупность знаний, умений, навыков и опыта деятельности подростка к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Говоря о структуре готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, мы рассмотрим функции формирования

готовности подростков к здоровьесбережению (аналитическая, конструктивная, профилактико-коррекционная, рефлексивно-оценочная). Обращаясь к словарным источникам, находим, что слово «функция» имеет много значений. С нашей точки зрения, больше всего подходят такие его определения как «явление, зависящее от другого, основного явления и служащее формой его проявления или осуществления» [70, 152].

Наше исследование является, прежде всего, педагогическим, поэтому мы рассматриваем следующие функции формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности:

– аналитическая функция – изучает индивидуальные особенности подростков, выявляет специфику семейного воспитания, изучает и анализирует влияние среды и окружающего социума на подростков, а также определяет воспитательные возможности педагогического коллектива;

– конструктивная функция – обеспечивает:

а) отбор и организацию содержания необходимой информации, которая должна быть усвоена подростками;

б) проектирование деятельности подростков, в которой информация может быть усвоена;

в) проектирование поведения и собственной деятельности педагога в процессе взаимодействия с подростками;

– профилактико-коррекционная функция – содержит педагогическую направленность и способствует регуляции психического и соматического состояния подростков в процессе здоровьесбережения;

– рефлексивно-оценочная функция – предполагает оценку воздействия результатов исследований на практику здоровьесбережения, где имеется в виду последующая коррекция во взаимодействии теории и практики здоровьесберегающей деятельности.

Вместе с тем контрольно-оценочный механизм включает в себя два компонента: самоконтроль и самооценку и выражается в стремлении повышать свой

«уровень функциональных возможностей», то есть вызывать необходимость в постоянном самоконтроле и самооценке [221, с. 30].

В первую очередь необходимо отметить, что процесс формирования готовности подростков к здоровьесбережению происходит поэтапно. Нами выделены следующие этапы формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Первый этап – поисково-аналитический. Был проведен анализ психолого-педагогической литературы, разработаны научный аппарат исследования. Также создавалась программа эксперимента, формулировались гипотеза, цель, задачи диссертационного исследования, тема диссертационного исследования.

Второй этап – опытно-экспериментальный. Проводился констатирующий и формирующий этапы эксперимента. Был проведен анализ уровня готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности в контрольных и экспериментальных группах. Произведено уточнение рабочей гипотезы, а также теоретические и практические положения исследования.

Третий этап – заключительный. Осуществлялась обработка, обобщение, систематизация результатов, формулировались выводы и производилось оформление текста диссертационной работы.

Вместе с тем реализация представленных средств формирования готовности подростков к здоровьесбережению осуществлялась в совокупности форм (факультативы) и методов (эвристическая беседа, диалог, исследовательская деятельность, метод проектов), представленных в деятельностном блоке.

Факультативные занятия как средство формирования готовности подростков к здоровьесбережению являются особой формой обучения. Они проводились по утверждённому плану (формирование готовности подростков к здоровьесбережению средствами информационного проекта «Преобразование»).

На факультативных занятиях применялись общие с уроком методы обучения и формы организации самостоятельной познавательной деятельности подростков, основные, наиболее специфические методы учебного процесса (эвристическая беседа, диалог, исследовательская деятельность, метод проектов). Перечис-

ленные формы и методы содействуют формированию всех компонентов готовности подростков к здоровьесбережению, так как обеспечивают эффективность процесса здоровьесбережения. В результате возрастает степень познавательной активности подростков, развивается критическое мышление, расширяется запас знаний.

В ходе эвристической беседы обсуждались и разбирались проблемы, в решении которых требовалось использование различных педагогических технологий (по материалам докладов), что содействовало оптимальному освоению материала и его нестандартному восприятию подростками.

Использование диалогов исследовательской деятельности на факультативах способствовало трансформации здоровьесберегающей деятельности, в которой подростки обнаруживали новый потенциал для саморазвития. Происходил обмен взаимообусловленных высказываний-реплик (при зрительном и слуховом восприятии собеседника), где подростки обнаруживали свежие убеждения о здоровьесбережении за счёт поиска новых способов взаимодействия.

Прежде всего, необходимо отметить, что организация проектной деятельности позволила раскрыть потенциал подростков как участников педагогического процесса и предоставила им возможность проявления исследовательских способностей, что способствовало продуктивному индивидуальному развитию подростков.

Мы определили эту деятельность как творческий процесс совместной работы двух субъектов (педагога и подростка) по поиску решения неизвестного, в результате которой осуществляется передача между ними знаний о ценности здоровья, так как данная ценность является безусловной и непременной ценностью, «сохраняющей для людей важность (жизнь, здоровье, запас знаний, прогресс, справедливость, гуманность, духовное совершенство человека» [201, с. 20].

Мы считаем, что перечисленные формы и методы содействуют организации всех компонентов готовности к здоровьесберегающей деятельности подростков,

так как при условии их грамотного применения обеспечивается результативность процесса готовности к профилактическим и восстановительным мероприятиям.

То есть происходит гармоничное и поэтапное «развитие умственных способностей», и подростки становятся «восприимчивыми к различным отраслям сведений, ум приготовляется к самостоятельной деятельности на поприще учения» [170, с. 56]. Следовательно, осуществление проектной деятельности данными формами и методами способствует проявлению у подростков интереса к её реализации, так как в процессе данной деятельности они становятся субъектами «собственного формирования и развития» [162].

Отметим, что формировались (компетенция личностного самосовершенствования): культура мышления и поведения, овладение правилами заботы о собственном здоровье. То есть подростки изучали проблемную ситуацию как задачу, что означает умения: провести анализ существующей проблемы и определить её суть; переформулировать проблему в задачу собственной деятельности, направленной на здоровьесбережение; спланировать шаги для решения данной задачи; осуществить необходимые шаги и оценить полученный результат.

Педагогическим средством формирования готовности подростков к здоровьесбережению, представленным в деятельностном блоке, является проект «Преобразование».

Проект «Преобразование», разработанный на базе обучающей компьютерной программы, содержит специальные информационные карты (ИК). Исследование текста посредством ИК осуществляется в двух направлениях, и в данный процесс включаются либо вербально-логический (абстрактный) стиль, обусловленный ведущей ролью левого полушария, либо образно-действенный (конкретный стиль), обусловленный (ведущей ролью) правого полушария [222].

Для реализации проекта используется «медико-педагогический текст» (МПТ), на базе которого разрабатывается средство «синтаксической синонимии» (Си-Си). В первой части информационной карты составляется информационно-игровой граф «анализирующего наблюдения» и средства (Си-Си) для личного

проекта корректирования физических отклонений развития подростков (ФОРП) по образцу (Приложение 3).

Для того чтобы воспроизвести информацию на соответствующем уровне, для запоминания текста подростки сначала на примере проекта-образца знакомятся, воспроизводят приемы выявления ключевых идей, составления информантов «Си-Си» определенного типа.

Применение ИК Си-Си вызвало «бурный» интерес у подростков, так как для них это творческая и увлекательная работа, следовательно, предлагаемые материалы могут быть применены ими для независимой работы в изучении теоретических материалов программы с последующим самоконтролем. Для этого они применяли информационно-игровой граф «анализирующего наблюдения» и составления средств (Си-Си) для индивидуального проекта.

Затем проводилось балльно-рейтинговое тестирование результатов усвоения информационно-игрового графа (ИИГ) и тестирование на усвоение информации (Приложение 6), показателем которого является коэффициент усвоения (В. А. Мижериков) [66].

В информационной карте обучающей компьютерной программы (ОКП) №1, называемой Инф-к1 (Приложение 2) представлен подробный алгоритм действий подростков с данной картой в таблице 2.1., данного приложения.

Информационная карта обучающей компьютерной программы №2 (Инф-к2) (Приложение 4) представляет комплекс мероприятий для осуществления повторов, но на следующем научном уровне обобщённых действий (выбирается стандартное начало, одно из пяти, а также выбирается ключевая идея – одна из пяти) по образцу. Карта предлагает в качестве образца на выбор мотивационные факторы, по которым составляется исследовательское заключение.

Подобные действия являются наглядным примером того, как совершенствуется механизм памяти, меняется индивидуальное сознание, являющееся высшим уровнем психики, при использовании компьютера [202].

Подростки самостоятельно определили порядок действий с информационной картой ОКП №2 Инф-к2 по образцу:

1. Выборка ключевых идей из карты №1 Инф-к1 и перенос её в раздел ключевых идей карты №2 Инф-к2.

2. Определение типовых мотивационных условий для формулировки действий при построении проекта.

3. Выбор наиболее близких к решению проблемы стандартных начал для пунктов проекта на базе ключевых идей информантов.

4. Составление на базе п. 1-3 исследовательского заключения, например: «Комплекс коррекционных мероприятий при нарушении осанки».

Дальнейшие действия по обучающей компьютерной программе выполняются на следующем уровне обобщения информации, где составляется план комплекса мероприятий по восстановлению здоровья и вновь осуществляются повторы.

Для составления здоровьесберегающих мероприятий в зависимости от тестирования подросткам предлагается игровой модуль (на бумажном носителе или на компьютере).

Подростки уяснили, что игровой модуль содержит:

1. Компонент-комплекс специальных (корригирующих упражнений) –

К- КСКУ.

2. Компонент-группу общеразвивающих упражнений и профилактических мероприятий – К-ГОРУ и ПМ.

3. Компонент-комплекс рефлексивно-оценочной деятельности – К-КР-ОД.

Модуль состоит из файлов разного цвета (цветовых опор), содержащих текст:

– корригирующие упражнения (К-КСКУ);

– общеразвивающие упражнения и профилактические мероприятия (К-КР-ОД);

– рефлексивно-оценочная деятельность (К-КР-ОД).

К-КР-ОД; К-КСКУ; К-ГОРУ и ПМ – это компоненты, применяемые при различных степенях нарушения. Для каждой степени нарушения данные компоненты окрашены в разные цвета и имеют определенный рисунок. Необходимо заметить, что никаких затруднений при составлении данного модуля не было

выявлено. В свою очередь, целевой установкой исследования комплекса мероприятий является формирование знаний, умений в составлении вопросного плана.

Иначе говоря, подростки, повторяя комплекс действий по образцу информантов, усваивали формы, приёмы, необходимые для здоровьесберегающих мероприятий. Вопросный план исследования комплекса составляется на базе ОКП, по образцу исследовательского заключения и комплекса мероприятий (Приложение 4). Затем подростки путем тестирования «сдавали экзамен» на усвоение образца, показателем которого является коэффициент усвоения (В. А. Мижериков) [66].

Коэффициент усвоения подсчитывается по формуле: $Kus = \frac{A}{P}$, где: А – количество верных ответов; Р – количество заданий в тестах. Определение коэффициента усвоения необходимо для определения качества знаний и поддается нормировке (0 < Kus. < 1).

В ходе педагогического эксперимента были установлены пределы уровней овладения знаний: высокий уровень (0,7 < Kus. < 1,0), средний уровень (0,6 < Kus. < 0,7), низкий уровень (Kus. < 0,6).

Образец балльно-рейтингового тестирования результатов усвоения информационного содержания «инфокарт» представлен в приложении 4.

Мы считаем, что проект «Преобразование» позволяет: решать социально значимую проблему готовности подростков к сохранению своего здоровья в процессе самостоятельных учебно-исследовательских действий; создает определенные педагогические условия для оценки полученных итогов; включает подростков в инновационную сферу образования; способствует раскрытию «личностного компонента» готовности к здоровьесбережению.

В оценочно-результативном блоке модели представлены уровни оценки готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности. В основу выделения уровней, характеризующих *готовность подростков к здоровьесбережению*, взяты следующие тезисы [104]: готовность формируется только в деятельности, подросток, накапливая опыт, стремится к более высокой

величине; предыдущий уровень служит основным принципом для формирования последующего; степень сформированности готовности дает возможность обозначить перспективный план дальнейшего развития личности и исправление недочетов; готовность подростков к здоровьесберегающей деятельности – это часть его жизненной готовности.

Так, согласно установленным нами ранее периодам формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности мы выделяем три уровня готовности: адаптивный (низкий), репродуктивный (средний) и продуктивный (высокий).

Характеристикой **низкого (адаптивного)** уровня готовности являются: отсутствует система знаний о здоровьесбережении; осознание необходимости здоровьесберегающей деятельности не носит личностного значения; умения направлены в основном на воспроизводство традиционных методов здоровьесбережения; рефлексивная точка зрения не связана с осознанием собственного пассивного отношения к своему здоровью; навыки соответствуют аналитическому этапу формирования овладения действиями.

Характеристикой **среднего** (репродуктивного) уровня являются: имеется стабильный интерес к здоровьесберегающей деятельности, но только под контролем специалиста; стремление к осуществлению здоровьесбережения носит осмысленный характер и личностный смысл; самоконтроль сформирован, но знания поверхностные; рефлексивная позиция связана с самоутверждением; навыки соответствуют синтетическому этапу формирования овладения действиями (объединение элементов в единое действие).

Характеристикой **высокого** (продуктивного) уровня готовности считаются: присутствует сформированность знаний и умений аналитической деятельности, самоконтроль, самоанализ; навыки соответствуют автоматизированному этапу (действия осуществляются плавно, без напряжения); рефлексивная позиция связана с самоактуализацией собственной деятельности.

В обобщённом виде уровни сформированности готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Диагностическая карта уровней сформированности готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности

Виды готовности	Уровни сформированности готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности		
	Высокий, 3 балла	Средний, 2 балла	Низкий, 1 балл
1. Внутренняя готовность к здоровьесбережению (мотивационный компонент)	Стойкий интерес к самостоятельному здоровьесбережению на уровне понимания и необходимости его применения	Стабильный интерес к здоровьесбережению на уровне запоминания под руководством методиста ЛФК	Позитивное отношение к здоровьесбережению. Низкая готовность к проектной деятельности
2. Общая готовность к здоровьесбережению. (когнитивный компонент)	Сформированы устойчивые знания-умения	Поверхностные знания	Отсутствие смыслового понимания
3. Оперативная готовность к здоровьесбережению (операциональный компонент)	Самостоятельная подготовка наглядного материала	Коллективные действия с информационными картами	Периодические консультации в работе с информационными картами
4. Особая готовность к здоровьесбережению (рефлексивный компонент)	Сформирована аналитическая деятельность, самоконтроль, самоанализ	Сформирован самоконтроль, самоанализ	Пассивное отношение к своим результатам

Формирование готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности следует реализовывать методично – от низкого уровня к высокому. Свойство уровней готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности показывает, что наиболее предпочтительным является высокий уровень.

В соответствии с темой диссертационного исследования разработанная нами модель дает описание и графическое изображение процесса формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности

в педагогическом процессе, его условий, этапов с раскрытием результатов на каждом из них:

1. Изучение педагогической литературы и обобщение опыта позволили построить модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

2. Модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности формулирует внешнюю сущностную форму и прогнозирует перспективные тенденции проектирования и осуществления деятельности, направленной на коррекцию и профилактику нарушений физического развития подростков.

3. Структуру модели составляют четыре блока и три этапа. Каждый этап включает примерную программу деятельности, направленной на формирование готовности подростков к здоровьесбережению на базе полученных знаний. Уровни сформированности готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности обозначены на основании видов готовности. Опытно-экспериментальное изучение модели проанализировано во второй главе.

С учетом индивидуальных особенностей подростков в следующем параграфе будут рассмотрены педагогические условия формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

1.3. Педагогические условия формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности

Формирование готовности подростков к здоровьесбережению в процессе проектной деятельности осуществляется через реализацию и активизацию данной деятельности в образовательном учреждении и при определенных услови-

ях. Известно, что термин «формирование» в педагогике определяется как «нравственное, духовное» развитие личности [159, с. 19].

Постепенно совершенствуясь, начиная от адаптивного уровня освоения здоровьесберегающих мероприятий, у подростков формируются продуктивные навыки к созданию личных здоровьесберегающих проектов, направленных на восстановление здоровья, и происходит тесное взаимодействие методистов ЛФК и подростков, т.е. осуществляется коррекционно-педагогическая деятельность.

Если говорить не просто о деятельности, а о здоровьесберегающей деятельности, то она рассматривается как составная и неотъемлемая часть динамического процесса формирования готовности подростков к здоровьесбережению, сознательно сформированного, целенаправленного взаимодействия педагогов и подростков для решения воспитывающих и образовательных задач (В. А. Сластенин) [208, 209]. При формировании готовности подростков к здоровьесбережению следует базироваться на том, что разработанные условия должны способствовать «формированию интеллектуально развитой, инициативной личности» [14, с. 3], готовой к здоровьесберегающей деятельности. Поиск и разработка педагогических условий формирования готовности подростков к здоровьесбережению в нашей работе были направлены на решение проблемы готовности подростков к преодолению нарушений физического развития.

Нами был рассмотрен комплекс условий двойного направления: *внешнего воздействия* с помощью профилактических и восстановительных (коррекционных) мероприятий и формирования *внутреннего состояния* подростков.

Оба направления ориентированы на разработку проекта и реализацию информационных средств [52]. Мы считаем, что для адекватной оценки своего здоровья подростки должны знать функциональные показатели своего организма, отрицательные сдвиги которых могут вызвать предпатологические состояния, которые можно предотвратить с помощью профилактических или восстановительных мероприятий.

Изучив представленные утверждения, мы отмечаем личностную природу деятельности подростка, направленной на сохранение здоровья, необходимости

воспитания у него определенного комплекса личностных качеств, позволяющих результативно претворять в жизнь свой потенциал. В свою очередь, предоставленный комплекс качеств в нашей работе являет собой готовность подростка к здоровьесбережению при определенных педагогических условиях.

Подобный подход в освоении комплексов здоровьесберегающих мероприятий способствует формированию психолого-педагогической готовности к предстоящей оценочной деятельности. Применительно к нашему исследованию мы формируем у подростков готовность к здоровьесбережению, направленную на выявление и преодоление нарушений физического развития, и здоровьесбережение подростков с различными нарушениями должно проводиться с учётом основных методических принципов (Л. П. Гребова, В. А. Епифанов, Д. Н. Давиденко, С. А. Королев, Ю. П. Лисицин, А. П. Лаптев и др.), а при оценке результатов должен учитываться весь комплекс консервативных коррекционных мероприятий.

Например, при деформациях позвоночника целью ЛФК являются укрепление мышц, окружающих позвоночник, создание естественного мышечного корсета. То есть подростки должны понять, что в процессе здоровьесберегающей деятельности успех занятий ЛФК во многом зависит от особенностей деформаций позвоночника. В отечественной медицине применяется «предложенная В. Д. Чаклиным (1958) система оценки уровня кривизны позвоночника» [77, с. 38], и при врождённой патологии (например, наличие клиновидного позвонка) устранить сколиоз практически невозможно. Точно так же проблематично устранить сколиоз III и IV степеней, но это не говорит о том, что в таких случаях ЛФК вообще неэффективна. Общей целью применения физических упражнений при деформации позвоночника должно быть устранение (при I и II степенях) или стабилизация (при III и IV степенях) деформации [61, 77].

Эти знания помогут подросткам правильно подобрать комплекс необходимых здоровьесберегающих мероприятий, в том числе и профилактических.

Рассматривая в комплексе внешнее воздействие и «внутренние связи предмета (состояние)», мы выполнили исследование форм, средств, методов проектирования и реализации воздействий на уровне мотивации, рефлексии в готовности

подростков осуществлять коррекционные и профилактические мероприятия при определенных условиях, так как «формируется критичность по отношению к своему образу жизни» [13, с. 45].

В справочниках и словарях условие в широком и узком смысле понимается:

1) как «обстоятельства, от которых зависит» развитие подростков и предпосылки возможных нарушений;

2) как «правила, устанавливающие» планирование здоровьесберегающей деятельности для исправления нарушений;

3) как «обстановка, в которой происходит» проектируемое здоровьесберегающее явление для преодоления нарушений [152, с. 588].

В философии данное понятие связывается с взаимоотношением объекта к окружающему его феномену, без которого это явление не может существовать:

– «то, от чего зависит» результат эффективного исправления нарушений;

– то, какие необходимо выбрать «существенные компоненты» проектирования (целевая установка, анализирующее наблюдение, индуктивный, дедуктивный подход взаимодействия), без наличия которых не может осуществляться здоровьесбережение [233, с. 707].

В психологии условия интерпретируют в контексте психического развития человека, которые раскрываются через сочетание характерных внутренних и внешних причин, а для условий реализации здоровьесбережения средствами проектной деятельности основной смысл приобретает процесс коррекции, «его динамика и конечные результаты» [144, с. 270-271]. Важно усвоить, что если возникли какие-либо нарушения в состоянии здоровья подростков, то снижается двигательная активность, ухудшается функциональное состояние организма и увеличиваются интенсивные показатели выявленных нарушений.

В педагогике условия рассматривают как сочетание изменчивых «природных и социальных, внешних и внутренних факторов, которые, в свою очередь, влияют на физическое, умственное, моральное, психическое развитие человека, а также на его образ действий, поступки, формирование, развитие и обучение (В. М. Полонский) [178, с. 36].

Применительно к здоровьесбережению педагогические условия ориентированы на состояние и развитие подростков: *природные факторы* – строение тела (телосложение); *социальные факторы* – подражание правильному образу жизни; *нравственный фактор* – недопустимость наличия каких-либо видимых нарушений; *психическое развитие человека* – адекватное реагирование на нарушения как на временные, проходящие события.

На базе рассмотренных общих положений (в философии, психологии, педагогике) применительно к нашему исследованию мы считаем, что здоровьесберегающие мероприятия будут эффективны при соответствующих педагогических условиях [179, 184, 193].

Необходимо заметить, что преодоление нарушений физического развития осуществляется посредством физической реабилитации. Поэтому существенное значение приобретает условие «опережения» в ориентации на исправление возможных нарушений. Изучив специальную литературу, мы заключаем, что, по сути, физическая реабилитация – это часть общей реабилитации, иначе говоря, медицинской, педагогической и социальной реабилитации. В структуре физической реабилитации содержатся стандартные средства и методы физической культуры, а так как основным средством физической реабилитации являются физические упражнения, то их применяют в педагогическом, образовательном процессе, направленном на сохранение здоровья подростков. Заметим, что в нашей экспериментальной работе, сосредоточенной на здоровьесбережении, основным средством также являются физические упражнения, а их применение – это, конечно же, педагогический, образовательный и воспитательный процесс [230, 231, 235]. Не менее важно отметить, что «под влиянием физических упражнений повышается устойчивость организма к различным заболеваниям» [4, с. 10].

Изучив проблему формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности на педагогическом и социальном уровне, мы смогли опровергнуть сложившееся мнение «о тщетности попыток предупреждения и коррекции нарушений физического развития» [98, с. 4]. Мы считаем, что коррекционные мероприятия – это не просто «оценка результативно-

сти своих действий, но и осмысление критериев рефлексивно-оценочной деятельности» [65, с 159].

Следует обозначить, что подростки самостоятельно осуществляли учебно-познавательный процесс, но в сопровождении инструктора-методиста ЛФК, который являлся наставником и консультантом [197], по принципу «совместности» (объединения ресурсов, усилий), что уменьшило злободневность проблемы и улучшило качество жизни, связанное со здоровьем подростков [181, 216].

Мы рассматриваем качество жизни, так как оно непосредственно связано со здоровьем и отображает физическое, психологическое, социальное и духовное благополучие человека, но качество жизни до сих пор является дискуссионным понятием, споры о его содержании ведутся до настоящего времени, известно более 20 многообразных описаний качества жизни, которые можно встретить в научной литературе. Как видим, качество жизни является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека. Стало быть, предоставленная характеристика «создаёт редкую мотивационную среду основополагающих принципов» здоровьесбережения подростков [46, с. 52].

Отсюда следует, что отношение подростков к здоровью, которое будет организовано «посредством организации усвоения обучающимися знаний и способов деятельности в ситуации регламентированного педагогического (образовательного) процесса», станет основным [159, с. 30].

Однако скрининг подростков с выявлением «групп риска» среди практически здоровых учащихся показал, что реализация проекта «Преобразование» при создании педагогических условий является в настоящее время наиболее актуальным. Тем не менее, многие из условий требуют значительных материальных затрат: дорогостоящего оборудования, аппаратуры, «подготовки и переобучения специалистов для работы по новым учебно-тренировочным технологиям» [17, с. 4].

Учитывая этот факт, необходимо заметить, что наш проект является доступным и эффективным в решении существующих проблем, но только при

определенных условиях. Мы согласны с точкой зрения педагога В. М. Полонского, что педагогические условия – это совокупность изменчивых природных и социальных явлений, оказывающих внешние и внутренние влияния, в свою очередь активно воздействуя на образ действий подростков.

Прежде всего укажем, что данные влияния действуют на физическое, моральное, личностное, гармоничное, «психическое развитие человека, его поведение, воспитание и обучение» [178, с. 36] и способствуют развитию физической и духовной сферы личности подростка, обогащая его ценностными ориентациями [18].

На наш взгляд, при создании педагогических условий, направленных на непосредственное обучение элементарным приемам здорового образа жизни, необходимо учитывать важнейший фактор здоровьесбережения, то есть количество здоровья. Вместе с тем количество здоровья можно обусловить как общее число «резервных мощностей» центральных функциональных систем.

В свою очередь, данные резервные мощности выражаются через «сумму резервных мощностей» как максимальное число функций, сопоставленное к ее нормальному уровню [9, с. 57].

Учитывая перечисленные точки зрения оптимизации фактора ортобиоза, отметим, что педагогические условия есть совокупность средств, проектировочных мер педагогического влияния педагогов, методистов по лечебной физкультуре на подростков [135]. Современное образование нуждается в совершенствовании процесса формирования готовности педагогов, методистов по лечебной физкультуре к инновациям в здоровьесберегающей деятельности, рассматриваются «новые средства и пути формирования готовности с учетом постоянно обновляющихся требований общества, достижений педагогической и психологической науки» [82, с. 3].

Добавим, что скорость «данного процесса детерминируется биологическими и социальными факторами собственной активности личности педагога, а также случайными обстоятельствами, жизненно важными событиями и профессионально обусловленными инцидентами» [71, с. 7]. В то же время учитывается совокуп-

ность мер, информационное наполнение, методы (приемы) и организационные формы обучения и воспитания элементарным приемам здорового образа жизни педагогов, методистов по лечебной физкультуре.

Разумеется, что в процессе формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности особое внимание уделяется структуре педагогического процесса: «Цель – Содержание – Принципы – Методы – Формы – Средства» [215, с. 158], которые сочетают объективные потенциалы, ориентированные на решение поставленных задач.

Для нас представляет интерес мнение В. М. Полонского, который проанализировал педагогические условия и определил их как «совокупность переменных природных, общественных, внешних и внутренних воздействий, влияющих на физическое, нравственное, психическое развитие человека, его поведение, воспитание и обучение, формирование личности» [178, с. 36].

В свою очередь, Л. С. Выготский в работе «Развитие высших психических функций» (М., 1960) говорит о том, что необходимо «заранее организовывать условия для развития соответственных качеств личности» [48].

Интересна в этом отношении точка зрения педагога В. И. Андреева, который предполагает, что педагогические условия являются результатом обусловленного предпочтения выбора проектирования, элементов содержания, методов и организационных форм обучения [10].

Мы рассматриваем педагогические условия как часть педагогической системы с определенным потенциалом проектирования, образовательной среды и материальных условий, которые в свою очередь влияют на здоровьесберегающий аспект системы образования, обеспечивая её функциональное предназначение и вероятность доступа [54].

В оценочном сопоставлении общетеоретических (философских, психологических, педагогических и проективных) положений об условиях формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности обоснованы и разработаны этапы подготовки к профилактике и исправлению нарушений.

Для реализации разработанного нами проекта «Преобразование» учтены организационно-педагогические положения (В. А. Беликов, С. Н. Павлов, А. В. Сверчков и др.) [22, 156, 197], отражающие совокупность определенных возможностей, «обеспечивающих успешное решение поставленных задач» [103, с. 4-9], а в нашей работе здоровьесберегающих и образовательных:

– использование педагогических возможностей, способствующих успешному решению поставленных задач привлечения подростков к разработке и применению здоровьесберегающих (профилактических и коррекционных) мероприятий;

– разработка форм, методов, содержания педагогического процесса, которые подростки могли бы самостоятельно применять для достижения целей здоровьесбережения.

Разработанные условия проектирования здоровьесберегающих мероприятий основываются на «программных средствах учебного назначения» (И. В. Роберт). Мы считаем, что данные условия позволяют создавать проект «Преобразование» и успешно его применять в учебно-воспитательном процессе [191].

Педагогическими условиями, при которых формируется готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, являются:

– высокий уровень готовности педагога к деятельности, направленной на сохранение здоровья;

– учет личностных особенностей подростков (уровень мотивации к здоровьесбережению, учет индивидуальных особенностей физического развития в процессе здоровьесбережения;

– программно-информационное обеспечение здоровьесберегающей деятельности подростков;

– создание здоровьесберегающей среды.

Следует сказать, что проект «Преобразование» реализовывался при определенных условиях, на фоне которых подростки задавали сами себе познавательные, организационные и информационные вопросы, ответы на которые позволили разрешить личностно значимые проблемы. Мы считаем, что если подростки освоили ключевые понятия проекта, то они их реализовали в процессе здо-

ровьесберегающей деятельности, но только под контролем и в сопровождении методиста ЛФК и при определённых условиях.

Прежде всего, необходимо отметить, что в составе проекта «Преобразование» изучаются и применяются здоровьесберегающие комплексы, способствующие формированию разносторонней, физически развитой личности, способной активно укреплять и сохранять своё здоровье.

Первое условие указывает, что в процессе здоровьесбережения подростков средствами проектной деятельности необходимо сопровождение педагога (методиста ЛФК), обладающего высоким уровнем готовности к здоровьесбережению, который сможет быстро включаться в «инновационные процессы, быть успешным в профессиональной деятельности и показывать высокий уровень готовности к выполнению данной деятельности» [241, с. 3]. Исходя из этого, мы можем утверждать, что компетентность педагога «всегда проявляется в деятельности» [160, с. 24] с учётом того, в каком контексте проявляется компетентность педагога.

Также необходимо учитывать профессиональные и личностные качества педагога, которые, постоянно взаимодействуя, выступают как основные принципы сознания и поведения, как источник и следствие его профессионального совершенствования [200].

Для нас научный интерес представляет точка зрения известного педагога Б. С. Гершунского, который полагал, что «в XXI веке большинство педагогов будут высококвалифицированными специалистами, воспринимающими новые идеи и адекватно оценивающими их результативность» [57, с. 3]. В свою очередь, приоритетной целью подготовки методистов по лечебной физической культуре является их готовность к решению задач, «направляя деятельность молодых» [75, с. 44] на обеспечение «охраны жизни и здоровья в учебно-воспитательном процессе и внеурочной деятельности, сформулированной в образовательном стандарте третьего поколения» [113, с. 3].

Реализация проекта сопряжена со значительным повышением требований к образовательному и профессиональному уровню инструктора-методиста

по лечебной физкультуре [86, 125]. Достаточно убедительны данные о совокупности личностных качеств педагога имеются в кандидатской диссертации М. В. Козуб. Она отмечает, что ему нужен довольно высокий уровень качеств, «дополняющих умения обучать физическим упражнениям посредством формирования внутренней позиции уверенности в необходимости здорового образа жизни» [102, с. 3]. Также он должен владеть элементарными коммуникативными навыками и умениями, знать культурные нормы в сфере общения и соблюдении приличий, необходимых в рамках данной профессиональной деятельности [115].

В логике нашего исследования важно подчеркнуть, что коммуникативные умения являются профессиональным качеством личности инструктора-методиста по лечебной физкультуре и представляют собой технику педагогического общения [245].

Вместе с тем инструктор-методист ЛФК, должен соответствовать совокупности обязательных требований государственного образовательного стандарта (ФГОС) и осуществлять научно-методическую, учебную, воспитательную, социальную, педагогическую, культурно-просветительскую, организационно-управленческую, физкультурно-спортивную, оздоровительную и рекреативную деятельность. Иначе говоря, владеть системой обширных знаний и быть компетентным специалистом в «учебных программах и методах обучения» [128, с. 3].

Данные учебные программы «будут способствовать приведению в действие механизмов, обеспечивающих воплощение в жизнь планируемого результата образования, придадут структуре образовательного процесса функциональный характер, обеспечат формирование необходимых компетенций, отраженных в содержании образования» [141, с. 110]. В данном контексте «компетенции представляют собой динамическое сочетание знаний, пониманий, навыков и умений» [215, с. 57].

Конкретизируя представленное суждение применительно к нашему исследованию и говоря, в частности, о компетенции педагога (специалиста по лечебной физической культуре), мы возьмем за основу предположение Б. Д. Эльконина, который полагает, что компетентность представляет собой меру

включенности человека в деятельность [254, 258]. Именно поэтому мы полагаем, что компетентность специалиста ЛФК – «это интегральная характеристика личности, основанная на единстве мотивационно-ценностных, когнитивных (знания), аффективных (способность к эмоционально-волевой регуляции), конативных (умения, навыки, поведение) компонентов, а также профессионально важных качеств и способностей, выраженная в уровне» [215, с. 377].

Тем самым, следуя логике нашего исследования, необходимо подчеркнуть, что методологически обоснованное содержание «компетентность» специалиста по лечебной физической культуре, педагога позволяет выделить три подхода к его определению: системный, аксиологический, деятельностный [159, 215]. Вместе с тем, принимая во внимание тот факт, что системный подход обозначает синтез знаний, умений, способностей, укажем, что он определяет конкретные рамки деятельности методиста ЛФК для выполнения здоровьесберегающих мероприятий [27].

Мы считаем, что если рассматривать аксиологический подход на основании личностно-ценностных качеств методиста ЛФК (способность к чему-либо), то можно говорить о том, что он должен осознавать ценность сохранения здоровья и значимость коррекционных мероприятий.

В свою очередь, деятельностный подход, реализованный в нашей работе, определяет совокупность умений специалиста, необходимых для самореализации в здоровьесберегающей деятельности, способствует формированию определённого «опыта в виде реальных знаний, умений и навыков использования форм, средств, методов обучения» [66, с. 7].

Следовательно, говоря о готовности инструктора-методиста ЛФК к ортобиозу, мы имеем в виду деятельность, реализуемую в аспекте социальной, культурной и профессиональной мобильности [89] в которой компетенции для него «являются интегративным качеством, позволяющим изучать и применять междисциплинарные знания и умения в профессиональной деятельности» [215, с. 137]. Вышеперечисленные знания и умения для инструктора-методиста ЛФК мы охарактеризовали как определённый опыт, представленный в виде ре-

альных знаний, умений и навыков использования форм, средств, методов обучения» [66, с. 7].

Следует обозначить, что исходным положением деятельности специалиста ЛФК является здоровье, которое рассматривается как противоположное понятие болезни, являющейся синонимом нормы. При этом здоровье является следствием здорового образа жизни. То есть это очень сложный процесс, который «зависит от знаний, умений, которые человек может получить из разных наук» [11, с. 431].

Вследствие этого здоровье можно определить как константное психосоматическое состояние человека, свидетельствующее о его полном физическом, психическом и социальном благополучии, обеспечивающее ему полноценную реализацию трудовых, общественных и биологических функций [4, 9]. В своей работе методист ЛФК исходит из того, что понятия болезни и здоровья тесно связаны друг с другом. Казалось бы, они противоположны: крепкое здоровье – мало болезней и, наоборот, однако все гораздо сложнее.

Для нас представляет интерес исследование Н. М. Амосова [9], которое показало, что «измерить здоровье и болезнь трудно, границу между ними провести практически невозможно» [9, с. 27]. В то же время между состоянием здоровья и болезни у подростков имеется ряд переходных состояний, которые необходимо учитывать.

Актуальны в этом отношении данные, полученные С. А. Кастюниным, Э. Н. Вайнером, которые изучали основы здоровьесбережения и отметили, что переход от нормы к патологии имеет несколько этапов, и чем раньше будет обнаружен момент отклонения от состояния здоровья в сторону болезни, тем эффективнее будут все предпринимаемые меры. Потому что «вынужденная длительная гиподинамия может лишь ухудшить течение болезни и вызвать ряд осложнений» [98, с. 5].

С учетом вышесказанного очевиден тот факт, что именно эти нарушения необходимо обнаружить специалисту ЛФК и своевременно реализовать проект «Преобразование», но только «с учётом индивидуальных особенностей, интереса и возможностей» подростков к здоровьесберегающей деятельности [41, с. 6].

Достаточно убедительны данные о нарушениях в подростковом возрасте имеются в исследованиях современных учёных И. Э. Есауленко, М. Т. Зеленина, Б. Н. Кочанов, Е. В. Мальчикова и др., которые изучали проблему здоровьесбережения подрастающего поколения. С их точки зрения, в создавшейся ситуации необходимо как можно раньше определить состояние отклонения от нормы у юных спортсменов, и сделать это должен методист ЛФК, так как «объектом внимания со стороны специалистов в области физической культуры всегда является здоровый человек» [95, с. 72].

С нашей точки зрения, методисты ЛФК должны обладать «функциональной грамотностью, профессиональной квалификацией, компетентностью и культурой личности» [163], то есть быть квалифицированными специалистами в коррекционной работе, чтобы применять на практике взаимосвязь различных парадигм знания в рамках принятия необходимых педагогических решений и в «аспекте социальной, культурной и профессиональной мобильности» [89].

К. М. Дурай-Новакова в своей докторской диссертации по педагогике рассматривала готовность к педагогической деятельности и трактовала её как результат профессиональной подготовки, как качество личности и как наличие установок и ценностей [74]. Мы рассматривали готовность педагогов к здоровьесберегающей деятельности и пришли к выводу, что специалист ЛФК в силу своего образовательного статуса должен знать особенности организма человека, так как наш организм является саморегулирующей системой, которая может восстанавливать нарушенные функции и увеличивать продолжительность жизни.

Прежде всего, необходимо отметить, что энергия организма огромна, а тело человека как бы самоисцеляющийся механизм, однако организм человека может «восстановиться только при условии, что ему будет оказана помощь в организации правильного режима работы, сна, отдыха, питания и каждодневной физической активности, но в рациональном объеме» [207, с. 14].

Иными словами, итогом здоровьесбережения является результат освоения методистами ЛФК компетенций, направленных на совершенствование физического развития подростков, полученных в ходе здоровьесберегающей деятельно-

сти и удовлетворяющих общественным требованиям [216]. Наиболее точно компетенцию можно определить как «совокупность определённых знаний, умений и навыков, в которых человек должен быть осведомлён и иметь практический опыт работы» [20, с. 326].

В Законе РФ ст. 32 «Об образовании» компетенция образовательного учреждения рассматривается как регулирование условий для соответствующего функционирования подразделений организации, целью которого является охрана и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников и работников образовательного учреждения. Однако необходимо заметить, что данной «проблеме в педагогической науке и образовательном менеджменте до последнего времени уделялось незначительное внимание» [132, с. 3].

К примеру, С. Е. Шишов рассматривает категорию компетенции «как знания, умения, а также обобщенные способы выполнения действий» [249, с. 15-20], а совокупность компетенций повышают уровень готовности педагога к деятельности, направленной на сохранение здоровья.

Резюмируя вышесказанное, мы отметим, что компетенция – это совокупность знаний, умений и навыков, которыми должен владеть человек. В нашем случае – это специалист, который должен имеет базовый практический опыт, реализуемый в ходе здоровьесберегающей деятельности, с учётом способностей подростков, которые являются показателем эффективности данной деятельности [69, с. 135].

Мы придерживаемся точки зрения, что определяющим в процессе деятельности, направленной на здоровьесбережение, является не количество приобретенной информации об ортобиозе, а система «применения в обучении приёмов и методов, которые формируют умения самостоятельно добывать знания» [29, с. 326]. То есть методист по лечебной физической культуре должен приобщать подростков к тому, чтобы они самостоятельно находили знания из предлагаемых им источников. Интересно в этом отношении высказывание Ж. Ж. Руссо, который полагал, что ребёнок «узнает что-то не потому, что вы ему сказали, а

благодаря тому, что сам понял; пусть он не выучивает науку, а выдумывает ее» [196].

Проанализировав психолого-педагогическую литературу (И. А. Зимняя, С. И. Ожегов, А. В. Хуторской, Н. Ю. Шведова и др.) заметим, что существует свыше 150 ключевых компетенций, которые можно применить в коррекционной работе, но в процессе нашего диссертационного исследования мы определили наиболее значимые: учебно-познавательную, личностную, социальную (Таблица 3).

Руководствуясь ключевыми компетенциями А. В. Хуторского, мы установили, что приоритетными компетенциями в реализации здоровьесберегающей деятельности являются здоровьесберегающие компетенции, которые нельзя трактовать как набор предметных знаний и умений, потому что спектр их свойств и функций достаточно широк, так как происходит оценивание, осмысление, сравнение личностного и социального [238, 239]. Мы считаем, что деятельность педагога, направленная на формирование готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, обуславливает его уровень компетенций [24]. Данные компетенции связаны с определенным уровнем всеобщих и особых способностей педагога, которые являются показателем успешного осуществления здоровьесберегающей деятельности [72, с. 135].

Обобщив сказанное, важно подчеркнуть, что здоровьесберегающие компетенции предполагают опыт социально активной деятельности педагога, который ориентирует подростков на повседневную учебную деятельность и обычную жизнь; саморегуляцию, самоконтроль, самоподдержку и самосовершенствование, сопровождающиеся определенным эмоциональным настроем. Направляет на адекватное отношение к своему здоровью; знания о правилах личной гигиены; заботу о здоровье и личной безопасности; знания о соблюдении норм здорового образа жизни; умения определять модификации в физическом развитии. В свою очередь, основной акцент делается на то, что специалисты ЛФК приобретают знания самостоятельно, которые трактуются как «стремление самостоятельно мыслить, нахо-

дить свой подход к решению задач», развивать критический подход личных взглядов о здоровье [215, с. 263].

Таблица 3 – Ключевые компетенции здоровьесбережения

Ключевые компетенции	Социальная значимость	Личностная Значимость	Формы работы
Учебно-познавательная	Воспитание ценностного отношения к своему здоровью как фактора дальнейшего выбора профессии	Изучение специальной литературы, с целью улучшения здоровья, профилактики заболеваний и повышения толерантности организма к нагрузкам	Самоконтроль, Самоанализ
Личностная	Социально-профессиональное самоопределение	Умение определять физическое развитее и состояние организма	Самостоятельные занятия ЛФК и в специализированных учреждениях
Социальная	Формирование ценностного отношения к здоровью и инициативной субъектной позиции сохранения здоровья	Понимание значимости здоровья как условия социального профессионального самоопределения	Участие в мастер-классах при презентациях проекта «Преобразование»

В различных публикациях и средствах массовой информации (СМИ) приводятся всевозможные средства и методы, которые оздоровляют человека. Однако мы видим, что на практике большинство «здоровьесберегающих систем», по своей сути, не имеют научного обоснования, а базируются на субъективном опыте авторов. Применение таких технологий может привести к печальному результату, особенно если у субъекта не сформирована готовность к познавательной деятельности, направленной на сохранение здоровья. Наиболее актуальной задачей является ранняя диагностика здоровья подростков, а при необходимости компетентная коррекция имеющихся нарушений, с целью повышения их здоровья и психоэмоционального состояния.

В связи со сказанным следует подчеркнуть, что специалисту АФК, методисту ЛФК необходимо помнить о предполагаемом результате осуществленного

вмешательства для адекватной оценки произведенных действий. Поэтому педагог должен знать, что если происходит морфологическое, физиологическое, психическое изменение, то это интерпретируется как развитие, которое «проявляется в сохранении и повышении физической, умственной работоспособности и более быстром восстановлении» [131, с. 3], а если моральное или душевное, то используют термин «формирование» [147, 159].

Прежде всего, следует подчеркнуть, что методист по лечебной физической культуре в своей работе помимо обычных методов должен владеть средствами проектной деятельности, чтобы сформировать у подростков готовность к здоровьесбережению, внося вклад в программу здорового образа жизни общества [23, 228].

Мы считаем, что проект «Преобразование», применяемый нами на практике, позволил включить подростков в новую образовательную среду, побуждая их к здоровьесбережению посредством мыслительной деятельности, так как «мыслить – значит познавать связи действительности» [42, с. 18]. Ведь «наука сообщает нам, что мы способны познавать, но то, что мы способны познавать, ограниченно, и если мы забудем, как много лежит за этими границами, то утратим восприимчивость ко многим очень важным вещам» [189, с. 8], что актуально в процессе формирования готовности подростков к здоровьесбережению.

Изучив различную литературу, мы склонны признать, что спецификой здоровьесберегающей деятельности является факт, что нет строго определённой методики организации процесса здоровьесбережения средствами проектной деятельности. В то же время при её реализации обнаруживаются скрытые противоречия между большими педагогическими возможностями проектной деятельности в процессе здоровьесбережения и недостаточностью применения их в педагогической практике, что, в свою очередь, определяет высокие требования к подготовке самого учителя, реализовывающего здоровьесберегающую деятельность.

Компетентный специалист должен знать, что существуют четыре основных понятия восстановления (реабилитация): «медицинская, физическая, психологи-

ческая, профессиональная (трудовая) и социально-экономическая» [230, с. 5]. Мы рассматриваем восстановление, основанное на физическом воздействии, так как при создании здоровьесберегающих мероприятий, позволяющих интегрированно осуществлять здоровьесбережение, необходим элементарный запас знаний. Педагог должен знать множество комбинаций восстановления и промежуточные варианты (психолого-педагогическое, социально-педагогическое, медико-педагогическое восстановление и др.) [180, 240], так как в образовании происходят процессы интеграции, которые «отображают тенденции современной социокультурной ситуации», что актуально в нашей работе [62, с. 3]. Педагог с высоким уровнем готовности к здоровьесбережению рассматривает восстановление не только как лечебно-педагогический или воспитательный процесс, а как «образовательный процесс» [230, с. 9], направленный на формирование готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности. Применительно к нашему исследованию наиболее подходит медико-педагогическое восстановление, так как и в педагогике, и медицине существует такое понятие как коррекционные мероприятия, выполнение которых обеспечивают нужную результативность в деятельности, направленной на самосохранение здоровья и наполнение данных мероприятий «жизненным оптимизмом» [247, с. 30].

Компетентный инструктор ЛФК, методист ЛФК, преподаватель должны учитывать такое понятие как «нагрузка». Она отражает тот очевидный факт, что выполнение любого физического упражнения связано с переводом функционального состояния организма на более высокий, чем в покое, уровень активности. Нагрузка в этом отношении – это дополнительная по сравнению с покоем степень функциональной активности организма, привносимая выполнением упражнений, а также степень переносимых при этом трудностей» [221, с. 81].

Известно, что медико-педагогические мероприятия влияют на подростков как стрессорный раздражитель, причем суть стрессовой реакции состоит из «подготовительного возбуждения и активации организма», необходимой для готовности к физиологическому усилию [126, с. 457]. И, наоборот, если по объему воздействия на организм подростка физическая нагрузка адекватна и оп-

тимальна, то она становится мощным активатором многочисленных механизмов приспособления и приводит к долговременной адаптации [175]. В свою очередь «физическое упражнение – это единое целенаправленное действие, но с двусторонним процессом духовного и физического совершенствования» [122, с. 43].

Резюмируя вышесказанное, мы предположили, что специалисты, владеющие ключевыми компетенциями, будут иметь высокий уровень готовности к здоровьесбережению, разработают проект, содержащий основы физического восстановления (реабилитации), что позволит подросткам:

а) решить вопросы формирования готовности их к здоровьесбережению;

б) провести диагностику своего организма (под контролем педагога);

в) разработать проектировочные меры (составить совместно с методистом ЛФК план и комплекс ЛФК), содержащие перечень здоровьесберегающих мероприятий.

Становится очевидным, что педагог должен осознавать значимость исходных положений разработанного проекта, так как в него заложено, что процесс адаптации предотвратит неблагоприятные функциональные сдвиги в состоянии здоровья подростков [212].. Резюмируя вышесказанное, мы считаем, что педагог (специалист по адаптивной физической культуре) должен уметь:

1) разумно анализировать педагогическую ситуацию;

2) владеть основными положениями здорового образа жизни;

3) устанавливать контакт с подростками;

4) интерпретировать вербальное и невербальное поведение подростков;

5) прогнозировать развитие подростков;

6) моделировать систему взаимоотношений в условиях здоровьесбережения;

7) показывать на личном примере готовность заботиться о своем здоровье и здоровье окружающих.

Следует сказать, что непрерывное приращение знаний и поиск информации новейшими средствами с учетом персональных особенностей ведет к тому, что

«современный человек вынужден непрерывно искать новые смыслы в уже устоявшихся понятиях» [164, с. 82].

Второе выявленное нами условие отражает учет личностных особенностей подростков (уровень мотивации к здоровьесбережению, учет индивидуальных особенностей физического развития в процессе здоровьесбережения). Несомненно, подростковый возраст характеризуется стремлением к самоопределению и самореализации, которые являются условиями, определяющими социальное и психологическое состояние подростка, иначе говоря, переход на рефлексивную стадию. Однако если такое состояние неудовлетворительное, то происходит «снижение уровня его здоровья» [102, с. 4], поэтому именно в этот возрастной период нужно формировать готовность к здоровьесбережению, применяя общепедагогические методы физического воспитания.

На факультативных занятиях мы исследовали готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности с учетом личностных особенностей для определения «тривиальных сведений» об имеющихся нарушениях в состоянии здоровья и проводимых профилактических мероприятиях [106].

С нашей точки зрения, недостаточный уровень культуры физкультурного образования подростков формирует у них неадекватную оценку, «не способную подчас рационально и адекватно осмыслить эту ситуацию» [199, с. 3]. Базируясь на прямой зависимости состояния здоровья подростков от уровня компетенций о здоровьесбережении, можно с абсолютной уверенностью считать потенциальным обоснованный рост нарушений, являющихся следствием низкого уровня культуры здоровья и самовоспитания [136].

Принимая во внимание тот факт, что самовоспитание возникает с самосознания личностных особенностей, и «принятия реальной цели как индивидуального мотива личной деятельности» [159, с. 27], заметим, что субъективная установка обусловленной цели поведения или деятельности рождает осознанное усилие воли, определение плана деятельности. Ученые подтверждают, что з**доровье** человека – это не просто счастливый случай, а результат самовоспитания, поведения, стиля жизни, принципов, желания развиваться и самосовершенствоваться.

В свою очередь, «результаты самосознания выражаются в стремлении совершенствоваться, то есть вызывают необходимость в постоянном самоконтроле и самооценке» [225, с. 169].

Более того, актуализация взгляда на жизнь «молодого человека в отношении проблем здоровья» [13, с. 43] имеет значительный смысл, связанный с потребностью определения планов на будущее в целом и с учетом личностных особенностей.

Как известно, «крайне неблагоприятная ситуация с состоянием здоровья россиян во многом обусловлена недооценкой социальной роли физической культуры» [158, с. 3], и неоднократно на государственном уровне в России поднимался вопрос о привлечении молодых людей к исправлению нарушений в физическом развитии («адаптационный процесс»). В государственной программе проблема подготовки подростков к здоровьесбережению с учетом личностных особенностей интегрирует в себе образование, физическую культуру, медицину, рекреацию, спорт и культурный отдых. При этом обозначено, что «анатомо-физиологические и психические особенности юношей и девушек требуют различного подхода к организации занятий» [55, с. 220].

В настоящее время в образовательном процессе все более актуальным становится вопрос, как построить современное занятие так, чтобы сформировать «не только предметные, но и личностные и межпредметные результаты обучения [20, с. 326.].

Укажем, что «отмечена прямая связь между школьными нагрузками и состоянием здоровья» [195, с. 3.], но без учета основ здоровьесбережения, а также личностных и индивидуальных особенностей подростков. Поэтому регулирование интеллектуальной, эмоциональной, нервной нагрузки в процессе здоровьесберегающей деятельности заключается « в стремлении добиться оптимальных результатов здоровьесбережения при оптимизации необходимых затрат времени и сил» [150, с. 125] преподавателя и подростка.

На подростковый период «приходятся сложные процессы развития самосознания, формирования системы ценностей, определяющей новый тип отноше-

ний с взрослыми и сверстниками, а также способность к самооценке» [39, с. 3]. Мы согласны с точкой зрения А. И. Зелинченко, которая делает акцент на духовном развитии личности, так как у подростков расширяется опыт здоровьесберегающей деятельности и развивается мышление, направленное на значимость сохранения здоровья [83].

В ходе нашего исследования мы заметили, что в процессе регулярной здоровьесберегающей деятельности (занятия ЛФК, профилактические мероприятия) подростки выполняют все назначения и рекомендации, которые им предлагаются, но самостоятельно проводить данные мероприятия они не могут, так как не могут воспроизвести на должном уровне представленную ранее информацию. В процессе занятий ЛФК и профилактических мероприятий подростки и их родители замечают «положительное влияние физических упражнений на организм в целом» [259]. Однако в тот период, когда занятия не проводятся, то есть на каникулах, карантине и т.д. подростки не могут сориентироваться и самостоятельно мыслить, то есть обнаруживается «необходимость инициативного, целенаправленного личностного подхода» [93] к решению задач. Необходимо, чтобы подростки получили «мощный импульс развития своего интеллектуального потенциала, стимулирования процессов саморазвития и самообразования, активного формирования познавательных мотивов и ценностей» [91, с. 3] для того, чтобы полученные знания реализовать в практической деятельности.

Следовательно, самостоятельность в деятельности, направленной на сохранение здоровья (профилактика и исправление нарушений), обусловливает такие индивидуальные образования и личностные особенности подростков как самооценка, самоанализ, саморегуляция, самоорганизация, самоконтроль, самомотивация [11, 130].

Вместе с тем отметим, что самомотивация свидетельствует о порождении самой личностью мотивов, адекватных деятельности. Эта точка зрения близка определению В. А. Иванникова, что мотивационный процесс является произвольным побуждением и придаёт дополнительный, личностный смысл реализовываемой деятельности [88]. Применительно к нашему исследованию и, говоря,

в частности, о мотивации с учетом личностных особенностей подростков, мы возьмем за основу определение К. А. Абульхановой-Славской, которая полагает, что мотив нужно рассматривать «как выражение потребностей» [3, с. 39], а в контексте нашей работы – думать о своём здоровье и прогнозировать своё будущее.

В. А. Иванников отмечает, что мотив – это константное образование мотивационной сферы в виде опредмеченной потребности. Вместе с тем побуждение мы рассматриваем как конкретное ситуативное образование, следствие мотивационного процесса, т.е. результат актуализации мотива, непосредственно инициирующего деятельность подростков [88]. То есть «мотивация, интерес и сама познавательная потребность вытекают из действия и вновь побуждают учащегося к действию, являются ее первопричиной» [236, с. 12]. Уровень мотивации напрямую связан с «понятием потребности» [243, с. 121] подростков к здоровьесберегающей деятельности, которая повышается с учетом их индивидуальных особенностей.

В свою очередь, еще А. В. Брушлинский обозначал, что человек состоит из совокупности определённых качеств, но прежде всего психических процессов, состояний и особенностей его мыслительных способностей. А также неосознанного, и «всякое мышление есть прогнозирование, но не наоборот, т.е. не всякое прогнозирование есть мышление» [37, с. 204], а совокупность личностных особенностей подростков. А именно – человек должен понимать, что его будущее в некоторой мере зависит от состояния его здоровья и формируется в ходе исторического и персонального развития [37]. Соответственно, потребности в полноценной жизни характерны для каждого адекватного человека и, проводя самоанализ своего образа жизни, подростки оценивают свои перспективы в будущем с учетом личностных особенностей.

В свою очередь, мы рассматриваем самоанализ как мониторинг здоровья в процессе жизнедеятельности подростков, назначение которого – понимание воздействия на организм всевозможных нагрузок, а при необходимости проведение корректировки. Логично, что самоанализ помогает «осознать возникшие трудно-

сти в работе и найти правильные пути их преодоления» [101, с. 298] с учетом личностных особенностей. А самооценка – это «оценка человеком своих особенностей и результатов деятельности, как правило, в связи с оценкой им других людей» [229, с. 188]. Применительно к нашему исследованию личность (подросток) оценивает себя и свои возможности здоровьесбережения среди других субъектов процесса здоровьесбережения.

Рассмотрим далее саморегуляцию «от лат requlare – приводить в порядок, налаживать» [101, с. 301], которая, в свою очередь, подтверждает целесообразность функционирования живых систем, всевозможных степеней сложности и уровней организации, которая направлена на сохранение здоровья подростков. Применительно к нашему исследованию это воздействие подростка на самого себя с помощью слов, мыслей для управления своим дыханием и телом в процессе здоровьесберегающей деятельности и с учетом личностных особенностей.

Охарактеризуем самоорганизацию, которую определяем как процесс, в ходе которого происходит организация формирования готовности подростков к здоровьесбережению. Процессы самоорганизации выражаются в преобразовании имеющихся и организации новых связей, протекающих при взаимодействии системы с окружающей средой, но независимо от неё [232, 233], но с учетом личностных особенностей.

Мы думаем, что «необходимость действовать независимо и стремление принимать решения» [118, с. 8] в обучении здоровьесбережению определяются через такие личностные образования как самоорганизация и предполагают способность личности к активной деятельности. В процессе нашего исследования отметим, что обычно подростки проводят здоровьесберегающие мероприятия «ради самого процесса, не обращаясь ни к кому и не преследуя никакой цели» [19, с. 88] и без учета личностных особенностей.

И в заключение рассмотрим самоконтроль, который позволяет подросткам оценивать и контролировать свои личностные возможности в процессе усвоения знаний, умений и навыков здоровьесбережения. Иначе говоря, под самоконтролем мы подразумеваем, что подростки самостоятельно контролируют состояние сво-

его здоровья в процессе здоровьесберегающей деятельности, с учетом личностных особенностей.

Резюмируя вышесказанное, мы предположили, что в процессе самооценки, самоанализа, саморегуляции, самоорганизации, самоконтроля, самомотивации подросток становится личностью «рационально принимающей решения и осознанно стремящейся актуализировать свой потенциал», что будет способствовать формированию готовности к деятельности, направленной на сохранение здоровья [130], но только с учетом личностных особенностей своего организма.

То есть подростки постигают ценность своего здоровья и определяют для себя значимость его сохранения путем социально ориентированной здоровьесберегающей деятельности [186], так как «подлинная красота человеческого тела – это физическое совершенство, интеллект и здоровье» [242].

Мы считаем, что для успеха применения здоровьесберегающих мероприятий необходимо улучшить познавательную деятельность подростков при усвоении изучаемого материала (повысить уровень мыслительной активности), учитывая их личностные особенности. Немаловажно, чтобы подростки адекватно восприняли предоставляемую им информацию о здоровьесбережении, осознали и зафиксировали её в памяти, так как это связано с реорганизацией представления о себе и личностных особенностей [177].

Понятие «информация» в обобщённом виде можно представить так: «это одно из универсальных свойств предметов, явлений, процессов объективной действительности, заключающееся в способности воспринимать внутреннее состояние и воздействия окружающей среды» [225, с. 55], а применительно к нашему исследованию – с учетом личностных особенностей подростков. По мнению Дигениуса Ван Руллера, «часть нашего мозга может работать как телевизионный приемник и передатчик, а другая часть может обрабатывать и оценивать информацию», в своей совокупности позволяющую подросткам успешно осуществлять деятельность, направленную на сохранение здоровья [225, с. 68].

Рассмотрим далее физические изменения, происходящие в подростковом возрасте. В свою очередь, в процессе здоровьесбережения подростков индивиду-

альными особенностями их физического развития является интенсивное формирование, содержащее модификации размеров тела и видимые структурно-скелетные трансформации.

Установлено, что жизненный цикл человека делится на «отдельные возрастные периоды, т. е. отрезки времени онтогенеза, каждый из которых характеризуется своими специфическими особенностями» [213, с. 359], а существенные физические изменения осуществляются на протяжении периода жизни с 10 до 15 лет, то есть происходит усиленный рост и возможна непропорциональность развития. Подростки замечают у себя физические изменения и сравнивают свои характеристики с характеристиками своих сверстников.

Учитывая личностные особенности подростков, отметим, что физическое развитие имеет определенные закономерности и последовательность изменений, но темпы и характер роста индивидуальны у каждого подростка, то есть личность развивается с учётом природных задатков и дарований [227].

Бесспорно, что в процессе здоровьесбережения необходимо учитывать такой параметр физического развития, как половое созревание. Половое развитие оценивается по формированию репродуктивной системы и является немаловажной направляющей индивидуальных особенностей в подростковом возрасте, причем в широком смысле слово развитие – «это философское понятие, раскрывающее характер происходящих в мире изменений» [112, с. 283]. Обращаясь к литературным источникам, находим, что, по сути, развитие человека (биологическое, социальное) является сложным, долговременным и разноречивым процессом, «детерминированным значительным числом факторов» [159, с. 19], которые находятся как в окружающей социальной среде человека, так и в нём самом.

Еще одна значимая, на наш взгляд, точка зрения заключается в том, что в процессе физического развития человека происходит и изменение его личности. Происходят качественные трансформации в сознании, образе действий, поведении, поступках, деятельности человека, его отношении к окружающему миру, приводящие к новому состоянию субъекта [2, 260].

В нашем диссертационном исследовании актуально, что физическое развитие интерпретируется как трансформация перехода от простого к сложному, от низшего к высшему, но с учетом личностных особенностей.

Обобщая сказанное выше, можно утверждать, что «основными закономерностями возрастного развития являются периодизация и гетерохронность» [213, с. 360], то есть процесс, в котором происходит «неравномерность и разновременность роста и развития» [213, с. 361].

Мы полагаем, что в процессе здоровьесбережения, то есть деятельности, направленной на сохранение здоровья, физическое развитие является основополагающим и интерпретируется как процесс становления и модификации морфофункциональных свойств организма, физических качеств и способностей, происходящих под воздействием обстоятельств жизни и воспитания в течение всей жизни человека и от поколения к поколению. В спортивной и педагогической литературе физическое развитие трактуется как синоним двигательной или физической подготовки. В широком смысле оно сближается с понятием физического совершенства, а в узком воспроизводит только морфофункциональное, т. е. биологическое существо человека.

«Морфофункциональные свойства обусловливают длину и массу тела человека, его поверхность и форму, соотношение трех основных размеров тела (длина, масса и окружность груди)» [155, с. 37], по критериям которых можно говорить о здоровье субъекта. Говоря о здоровьесбережении, необходимо обозначить, что «роль физического развития проявляется в сохранении и увеличении физической, умственной работоспособности молодого поколения и более скором восстановлении» [131, с. 3] в случае нарушений в состоянии здоровья. При этом ряд педагогов (С. А. Кастюнин, Э. Н. Вайнер, М. В. Козуб) отмечают, что не у всех подростков есть нарушения в состоянии здоровья, но важным моментом здоровьесбережения являются профилактические мероприятия, которые направлены на предупреждение возможных нарушений в состоянии здоровья и включают в себя физическую активность и соблюдение правил ортобиоза.

В процессе здоровьесбережения подросткам необходимо знать, что их собственное развитие – это «процесс количественных и качественных изменений в организме, психике, интеллектуальной и духовной сфере человека, обусловленный влиянием внешних и внутренних, управляемых и неуправляемых факторов» [159, с. 420]. Учитывая вышесказанное, отметим, что этот процесс характеризуется стадиальностью и неравномерностью (гетерохронностью), то есть предоставленная характеристика в полной мере относится и к физическому развитию человека [230]. Причем задача развития не только ставится «перед учителем, но и подробно разъясняется: определяется суть понятий развития, общего развития, их отличия от понятия «усвоение» [80, с. 17], что необходимо учитывать при здоровьесбережении.

Говоря о личностных особенностях, необходимо заметить, что с точки зрения физического развития рост означает:

– приумножение численности клеток (в костях, легких и других органах) или рост клеток (в мышцах и нервной ткани), т.е. происходит количественный процесс;

– дифференцирование тканей и органов; формообразование, т.е. происходят качественные изменения [213, с. 359].

Рассмотрев вышесказанное, обозначим, что в данный период развития подростки ощущают дискомфортные физиологические процессы. Для них свойственны беспокойство, эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, что оказывает влияние на внимание, память, мотивацию и способность сосредоточиваться на деятельности, направленной на сохранение здоровья.

Без всякого сомнения, одной из первых задач вовлечения подростков в «здоровьесберегающий процесс» является образование у них личностной готовности к существенным приемам здорового образа жизни, а базовой составляющей является деятельность, направленная на сохранение здоровья, то есть возникает «необходимость двигательной активности» (Н. А. Бакшаева, А. А. Вербицкий) с учетом личностных особенностей.

Мы разработали проект «Преобразование», с помощью которого удалось осуществить формирование готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, так как он представляет собой «компетенцию», содержащую совокупность гуманитарных знаний, ориентированных на «признание ценности человека как личности, его права на свободное развитие и проявление личных способностей» [44, с. 3], учитывающий индивидуальные особенности подростков. В ходе нашего экспериментального исследования мы применяли проект «Преобразование», и подростки по образцу осуществляли сбор информации о своем здоровье и проводили обработку научного материала с учетом личностных особенностей.

Педагоги М. М. Полевщиков и В. В. Роженцов в своих трудах отметили, что при занятиях физической культурой в детском и подростковом возрасте используются значительные с точки зрения критериев интенсивности физические нагрузки, без учёта пороговой величины интенсивности и психофизиологических параметров [175]. Вместе с тем данные занятия «должны повышать устойчивость организма школьников к физическим нагрузкам и быть направлены на улучшение физического и функционального развития, повышения работоспособности, сохранение и укрепление здоровья учащихся» [213, с. 448].

При занятиях физической культурой недостаточно применяют дифференцированный подход, без учёта личностных особенностей и границ интенсивности нагрузок для лиц данной возрастной группы, что негативно сказывается на здоровье детей и молодёжи [213]. Причем постоянное внушение со стороны родителей, учителей, тренеров, медицинских работников в необходимости профилактических и коррекционных мероприятий может вызвать противоположное действие, которое не только определяет специфическую ситуацию, в которой происходит мышление, но и является средством выражения мышления [222].

Следовательно, если у подростков имеются нарушения в состоянии здоровья, то при составлении здоровьесберегающих мероприятий необходимо учитывать не только характер данного нарушения, но и возраст, общее состояние организма, физическое развитие и эмоциональное состояние (Н. И. Пономарев,

В. М. Рейзин) [179], иными словами, необходимо учитывать личностные особенности подростков.

Безусловно, у подростков накапливалась информация о здоровьесбережении, а затем осуществлялась ее передача и продуцирование, что способствовало формированию их готовности к активной здоровьесберегающей деятельности, где активность как бы предшествует деятельности по времени. То есть до начала здоровьесберегающей деятельности мы еще можем внести какие-то изменения, после этого мы уже вынуждены закончить начатое независимо от того, насколько оно привлекательно, поскольку деятельность имеет свои «телесные» – технические, социальные – структуры» [3, с. 43]. Поэтому в процессе здоровьесбережения мы применяли проектную деятельность в форме информационно-деловой игры, тем самым вызывая живой интерес у подростков к здоровьесбережению [139].

В процессе тестирования и обсуждения причин нарушений с учетом личностных особенностей разрабатывался план и программа мероприятий с учетом: индивидуальных особенностей подростков; психофизического и психологического развития.

Вышеперечисленные мероприятия позволили увеличить рефлексивную и мотивационную составляющую готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности. Следовательно, при определении нарушений в развитии необходимо учитывать индивидуальные особенности, психофизиологическое состояние и состояние вегетативной нервной системы у подростков, имеющих нарушения в состоянии здоровья, причем до и после здоровьесберегающих мероприятий.

Мы считаем, что здоровьесберегающие мероприятия с учетом индивидуальных особенностей должны улучшить показатели активности, самочувствия, настроения, так как деятельность, сконцентрированная на сохранении здоровья подростков, должна отвечать непрерывно меняющимся потребностям с учетом их личностных особенностей. То есть необходимо регулировать и контролировать физическое и психологическое давление на них, так как подвижность является свойствами нервной системы, следовательно, при сильной (или слабой), подвиж-

ной (или инертной) нервной системе при разных условиях могут появиться многообразные психологические черты личности, что является актуальным в нашей работе [185].

Подводя итог, отметим, что внедрение в практику проекта «Преобразование» на основе идей информационных карт формирует готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности с учетом личностных особенностей, улучшая их психофизиологическое состояние. Необходимо сказать, что проект содержал адекватную информацию с учетом индивидуальных особенностей подростков, поэтому у них снизилась утомляемость, повысилась готовность к активной здоровьесберегающей деятельности, улучшилась работоспособность, увеличилась сила, появилось чувство бодрости и полноты сил, а также уверенность в своих возможностях. Но, тем не менее, учитывая индивидуальные особенности подростков, нужно «избегать долговременных этапов монотонной работы», регулярно внедрять физическую деятельность, пропагандировать ценность здоровья, спорта, правильного питания, соблюдения гигиенических мероприятий [120].

Отсюда вытекает **третье** выделенное нами условие – программно-информационное обеспечение (технические средства) здоровьесбережения подростков, которое «все обширнее охватывает многообразные сферы человеческой деятельности, что в свою очередь приводит к их большей интеллектуализации» [109, с. 3].

Более того, «применяя современные обучающие средства и инструментальные среды, можно основывать прекрасно оформленные программные продукты, не внося ничего нового в развитие теории обучения» [149, с. 21], а в нашем случае данным продуктом является здоровая, гармонично развитая личность.

В свою очередь, компьютерные программы как программно-информационное обеспечение, являющееся техническим средством обучения, подвергаются критике во многих источниках. Следует признать, что в качестве технических средств компьютерные программы полностью не раскрывают весь потенциал учебной и исследовательской деятельности. Но, тем не менее, для пе-

дагога «к типовым задачам по видам профессиональной деятельности относятся: использование современных научно обоснованных приемов, методов и средств обучения, в том числе технических средств обучения, информационных и компьютерных технологий…» [142, с. 25].

Вместе с тем, говоря о программно-информационном обеспечении, необходимо отметить, что проект «Преобразование» содержит знания и «предназначается для хранения, структурирования и представления информации» [21, с. 4]. Создается он при помощи компьютера, что вызывает негативную реакцию со стороны физиологов. С точки зрения физиологии и гигиены, нужно учитывать тот факт, «что компьютер как средство обучения создаёт повышенные физиологические и психологические нагрузки на организм» [142, с. 24] но, тем не менее, является консультантом, тренажером, экзаменатором [56].

Также к отрицательным сторонам использования компьютерной техники в учебном процессе следует отнести «худшее восприятие текста с экрана монитора в сравнении с текстом на бумажном носителе» [142, с. 25], а к положительным то, что применение компьютера «может изменить способ, каким дети изучают другие предметы» [166, с. 17]. Следует сказать, что физиологи интерпретируют затруднения в восприятии информации с экрана тем, что органы зрения и мозг человека «функционируют в неестественном режиме»: рабочее поле зрения сужается (телесный угол экрана меньше натурального телесного угла зрения, значит, периферийная зрительная система недогружена, а центральная перегружена), скорость обработки зрительной информации значимо убавляется и восприятие текста ухудшается.

Отметим, что при применении информационных карт в нашей работе *восприятие* рассматривалось как начало методического обеспечения (МО). Средством обеспечения (С) являлась презентация информационных объектов, которая активизировала восприятие информации. Под умственными действиями (УД) мы понимали обработку и передачу учебно-научной информации (УНИ) в буферную память подростков.

Средством обеспечения (С) при *запоминании* являлись информационные повторы посредством информационных карт, а под умственными действиями (УД) мы рассматривали повторы, которые возбуждали «реверберации в зоне энграмм буферной памяти», тем самым обеспечивая установку на запоминание, хранение и воспроизведение информации).

Говоря о *понимании*, следует сказать, что средство обеспечения (С) в данном аспекте выражалось в следственно-логических связях между причиной и результатом отклонений физического развития. В свою очередь УД предполагало пролонгацию повторов, ориентированных на осознание и долговременное хранение информации.

Для *воспроизведения информации* средством обеспечения (С) мы применяли аудио и видеосредства, способствующие активизации письменного и речевого воспроизведения. Умственные действия (УД) мы интерпретировали как целенаправленное включение «Центра Вернике» (понимание речи) и «Центра Брока» (воспроизведение речи), то есть осуществлялось вербальное представление учебно-исследовательских действий для составления плана действий на примере проекта «Преобразование» [66, 73].

Перечисленные общие положения обозначили «контуры» проекта и позволили составить условия для его применения. Так как зрительная система при этом работает в малоэффективном режиме и с узким полем сосредоточения внимания, то выходит, что часть мозга неактивна, и резервы человеческого разума применяются нерационально. Контраст между фоном и символами на экране компьютера способствует быстрому утомлению глаз. Недостаточная контрастность затрудняет различение символов, но и не в меру значительная создаёт трудности в восприятии [142]. Вследствие этого контраст должен находиться в границах от 3:1 до 1,5:1, а угловой размер знака должен быть в границах от 16 до 60 угловых минут, что составляет от 0,46 до 1,75 см, если смотреть на экран с дистанции 50 см (*наименьшая рекомендуемая дистанция) [142].

Необходимо отметить, что СанПиН включает несколько параметров, определяющих потенциальную форму и размеры знака. В частности, нормируется ши-

рина знака к высоте (0,5-1,0, лучше – 0,7-0,9), а отражательная способность экрана не должна быть более 1% [142, с. 25].

Но, несмотря на негативные стороны применения компьютерной техники в учебном процессе, программно-информационное обеспечение позволяет повысить уровень готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности с применением дифференцированного подхода к обучению с учетом их индивидуальных особенностей.

В свою очередь, совмещение классических способов совместной деятельности педагога с подростками и средств обучения с инновационными компьютерными технологиями способствует формированию готовности подростков к деятельности, направленной на сохранение здоровья [199], так как подростки воплощают в действительность информационные резервы, которые получают посредством компьютерных технологий и осознают «практическую значимость различных инноваций в педагогической системе» в процессе здоровьесбережения и «на личностном уровне» [172, с. 3].

Подчеркнем, что опыт применения подобных программ говорит о том, что они являются значительным средством самоорганизации ортобиоза и самообразования подростков, а проект «Преобразование» позволяет осуществлять взаимодействие между преподавателем и подростком в диалоговом режиме. Иначе говоря, «взаимодействие является одним из основных способов активизации саморазвития и самоактуализации ребенка (подростка)» [148, с. 12] в процессе ознакомления с информационным текстом и последующим закреплением полученных знаний под руководством педагога, что в свою очередь существенно повышает готовность подростков к здоровьесбережению.

Из этого следует, что самостоятельная работа подростков средствами информационного проекта является обязательным элементом обучения, направленного на здоровьесбережение, и при современных темпах развития информационного пространства это допустимо, так как происходит трансформация процесса обучения и самообразования, и при хорошо организованном программно-информационном обеспечении осуществляется ориентация подростков

на самостоятельную работу, что повышает качественные показатели здоровьесберегающего процесса.

В свою очередь, познавательный интерес содействует развитию самостоятельности и реализует принцип активности в процессе здоровьесберегающей деятельности, а полученные результаты подтвердили эффективность программно-информационого обеспечения здоровьесберегающей деятельности подростка посредством использования проекта «Преобразование».

В результате проведенной работы мы можем сделать выводы, что программно-информационное обеспечение здоровьесбережения подростков позволяет заниматься наращиванием потенциала знаний в любое благоприятное время, эффективно реализуя следующие цели: индивидуализацию и дифференциацию процесса здоровьесбережения; реализацию самоконтроля и самокоррекции; тренинг в процессе изучения материала и самоподготовки.

К тому же интеграция программно-информационного обеспечения здоровьесбережения позволяет реализовать личностно ориентированный подход в обучении подростка, а программно-информационное обеспечение в процессе здоровьесбережения способствует созданию условий, в которых подростки самостоятельно усваивают знания за счет:

– рефлексивного контроля результатов здоровьесбережения, что позволяет каждому подростку индивидуально иметь абсолютную и объективную информацию о ходе процесса усвоения знаний (его достижения в ходе здоровьесберегающей деятельности);

– технических потенциалов компьютера как дидактического средства обучения, обеспечивающего результативность здоровьесбережения;

– развития творческого подхода в процессе здоровьесбережения.

Также программно-информационное обеспечение здоровьесбережения подростков реализует развивающие цели обучения:

– развитие мышления (пространственного, интуитивного, алгоритмического, теоретического, творческого);

– формирование умения выбирать оптимальное решение из потенциальных вариантов;

– развитие умения осуществлять экспериментальную и исследовательскую деятельность (за счет реализации возможностей компьютерного моделирования);

– воспитание информационной культуры (умения осуществлять обработку информации).

Четвертое условие – создание здоровьесберегающей среды – интегрирует и аккумулирует в себе положения 1-3, являясь гарантированным утвердительным итогом реализации предыдущих положений.

Вначале коротко рассмотрим представления о среде человека, принятые в педагогике. Необходимо заметить, что в трудах по педагогике среду рассматривают как настоящую действительность, в условиях которой происходит развитие и формирование человека. Заметим, что для всестороннего развития личности ведущее место занимает проблема объективных факторов, обеспечивающих это развитие [29, с. 19], а в нашем случае этим фактором является здоровьесберегающая среда.

Достаточно убедительные данные о крайне неблагоприятной экологической ситуации отражены в кандидатской диссертации А. С. Парфёнова. Он отмечает, что низкий уровень мотивации россиян к здоровому образу жизни сочетается с высокой социальной напряженностью и неясностью, повышается хроническое ощущение тревоги, ведущее к потере динамики социума [158, с. 3], что не способствует воспитанию гармонично развитой личности.

Необходимо заметить, что на воспитание личности влияют всевозможные внешние условия: социальные, школьные, семейные, географические. А в педагогике приоритетное значение имеет социальная и домашняя среда, влияние которой имеет непосредственное отношение к формированию готовности подростков к здоровьесбережению.

Прежде всего, отметим, что «социальная среда выступает в данном контексте как двухаспектное пространство, влияющее на личность школьника: организованное и стихийное» [161, с 95], и подразумевает социальный строй, систему

производственных взаимоотношений, материальные условия жизни, характер протекания производственных и общественных процессов, а вот домашняя среда – это семья, родственники, друзья. Какое же воздействие среда оказывает на формирование человека? Среди педагогов нет единого мнения, хотя важность среды признают педагоги всего мира. Известно, что человек достигает более высокого уровня развития там, где его окружение предоставляет ему в большей мере подходящие условия.

Немалое влияние на развитие человека, особенно в подростковом возрасте, оказывает домашняя среда. В семье обычно проходят первые решающие шаги, направленные на формирование готовности подростка сохранять свое здоровье и здоровье окружающих его людей. Мы считаем, что семья во многих отношениях определяет круг интересов и потребностей, взглядов и ценностных ориентаций подростков, в том числе и потребность сохранения здоровья.

Для того чтобы преобразовать и усовершенствовать процесс оздоровления, подросткам необходимо освоить медико-педагогический опыт минимизации отрицательных воздействий среды, в том числе здоровьесберегающей, а для этого нужны не только теоретические знания, но и умения применять их на практике. Помимо этого, создание здоровьесберегающей среды предполагает организацию необходимых гигиенических и психологических условий для организации учебной деятельности, профилактики различных заболеваний, а также пропаганды здорового образа жизни.

Изучив литературу по валеологии и ортобиотике, мы пришли к выводу, что наиболее существенным фактором для здоровья человека является его образ жизни. Следовательно, если научить подростков ответственно относиться к своему здоровью, то в будущем у них больше шансов жить, не имея заболеваний [40, 248]. Например, слова сколиоз или плоскостопие не вызывают никакой тревоги у подростков, а «бегло» прочитанная информация об этих нарушениях не остается в памяти. Также они не могут запомнить коррекционные и профилактические упражнения, необходимые для коррекции нарушений и предупреждения осложнений. Кроме того, есть элементарные требования, которые нуж-

но соблюдать в процессе всей жизни человека. Иначе говоря, многих проблем со здоровьем можно избежать, если создать здоровьесберегающую среду и осуществлять действия, которые «являются главным стимулятором роста, развития и формирования организма, активизируя деятельность всех его систем, способствуют повышению общей работоспособности организма» [230, с. 20].

В настоящее время для создания здоровьесберегающей среды вопросы здоровья вводят в рамки учебных предметов. Это позволяет углубить получаемые знания о здоровьесбережении и осуществить межпредметные связи, которые учат подростков тому, как соотносится изучаемый материал с повседневной жизнью.

Отметим, что деятельность есть «работа, занятие в какой-либо области» [96], а для создания здоровьесберегающей среды в нашем исследовании разработана схема, которая отражает деятельность, направленную на здоровьесбережение подростков: соответствие зданий и помещений гигиеническим нормам; необходимое оборудование и инвентарь; необходимое оборудование врачебного кабинета; организация здорового питания; квалифицированный состав специалистов; создание здоровьесберегающего пространства; оптимальная организация воспитательно-образовательного процесса; применение методов и методик обучения, адекватных возрастным возможностям и личностным особенностям подростков; внедрение инноваций, здоровьесберегающих образовательных программ и технологий в образовательный процесс; использование технических средств в обучении здоровьесбережению; рациональная организация исследовательской здоровьесберегающей деятельности; учет индивидуальных особенностей развития подростков; организация физкультурно-оздоровительной работы; просветительская работа с подростками; эвристическая беседа, диалоги по вопросам сохранения и укрепления здоровья, профилактике вредных привычек; проведение факультативов; исследовательская деятельность по проблемам здоровьесбережения с целью формирования готовности подростков к здоровьесбережению; наличие необходимой научно-методической литературы и др.; организация просветительской работы с родственниками; использование утвержденных программ, техноло-

гий, методов профилактики; динамическое наблюдение за состоянием здоровья подростков.

Наряду с этим, говоря о здоровьесберегающей среде и разделяя представленные утверждения, мы отмечаем, что специализированная диагностика осуществляется на поздних стадиях нарушений, иначе говоря, когда профилактические мероприятия уже неэффективны и полностью восстановить нарушенные функции организма невозможно, поэтому здоровьесберегающая деятельность должна содержать в себе такой немаловажный аспект, как профилактика.

Мы рассматриваем профилактику «как систему общественных, экономических, гигиенических и воспитательных мер, сконцентрированных на устранение причин заболеваний» [180, с. 522], или условий, способствующих проявлению этих причин. А также на повышение защитных и адаптационных сил организма, противостоящих влиянию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды. Причем в том месте, где профилактика воссоздает «характер общественно-экономических, научно-технических и политических условий жизни» [180, с. 522] в стране, минимизирует отрицательные воздействия среды.

Мы считаем, что говоря о феномене здоровьесбережения и о здоровьесберегающей среде, следует подробнее остановиться на краткой характеристике содержания понятия «профилактика», раскрыв ее виды: «первичная», «вторичная», «индивидуальная» и «общественная». Например, первичная профилактика направлена на предотвращение нарушений путем устранения причин и условий их возникновения и развития. Вторичная профилактика направлена на выявление нарушений в состоянии здоровья, прогнозирование возможных последствий.

Необходимо заметить, что важность проведения профилактических мер в отношении подростков включает, прежде всего, меры воспитательного и санитарно-просветительного характера. Следовательно, индивидуальная профилактика содержит меры по предупреждению возможных нарушений и укреплению здоровья, которые осуществляет сам подросток, и практические меропри-

тия, представленные в игровом модуле нашего исследования, что способствует минимизации отрицательных воздействий среды.

Обращаясь к словарным источникам, находим, что «общественная профилактика содержит систему политических, социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых институтами и социальными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и душевных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения» [180, с 523]. Значит, подростки должны понять, что профилактика или лечение нарушений, являются звеньями в сложной системе мероприятий, направленных на восстановление функций отдельных органов и систем, «которые в первую очередь предусматривают лечебное действие на человека с индивидуальными, личностными особенностями, занимающего обусловленное место в обществе, семье, трудовом коллективе» [77, с. 7].

С нашей точки зрения, в процессе создания здоровьесберегающей среды важным моментом является воспитательный характер профилактики, так как всестороннее развитие личности подростка формирует в будущем позитивные социальные установки, направленные на сохранение собственного здоровья, и минимизирует отрицательные воздействия среды. В свою очередь заметим, что «для всесторонне развитой личности характерным является её эстетическое отношение к действительности» [154, с. 26], а в нашем случае отношение к собственному здоровью.

В связи с этим возникла необходимость разработки новых диагностических и здоровьесберегающих технологий, отличающихся доступной клинической и диагностической эффективностью, информативностью, воспроизводимостью получаемых результатов, физиологичностью, простотой и компактностью обеспечения. И если не минимизировать отрицательные воздействия среды, то в среднем школьном возрасте нарушение осанки встречается в 20-30% случаев, сколиозы – в 1-10% случае [77].

К примеру, у девушек осанка является более прямой, чем осанка у юношей, а вот хроническими заболеваниями «желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, костно-мышечного аппарата, нарушениями зрения, центральной нервной системы и др.» [13, с. 43] страдает большинство молодых людей. Известно, что предпосылки вышеперечисленных нарушений имелись в детском и юношеском возрасте, что говорит о том, что профилактические мероприятия проводились в недостаточном объеме или была создана неправильная здоровьесберегающая среда.

Обобщая сказанное, подчеркнем, что в процессе создания здоровьесберегающей среды необходимо учитывать, что «напряженный умственный труд обучающихся нередко сопровождается ограничением физической активности» [211, с. 5] и, как правило, приводит к нарушениям физического развития в подростковом возрасте. Вследствие этого становится понятной значимость создания здоровьесберегающей среды на государственном уровне, которая включает совокупности главных ценностей жизни человека, критериев знаний, создаваемых обществом в целях физического и интеллектуального развития для совершенствования способностей человека.

Резюмируя вышесказанное, мы считаем, что создание здоровьесберегающей среды необходимо для социальной адаптации подростков, совершенствования их двигательной активности. Данная активность должна быть направлена на формирование здорового образа жизни посредством «физического воспитания, физической подготовки и физического развития» [59, с. 3], а совокупность педагогических условий формирования готовности подростков к здоровьесбережению будут эффективной, если применить следующие проектировочные положения:

– высокий уровень готовности педагога к здоровьесберегающей деятельности (совокупность компетенций);

– учет личностных особенностей подростков (владение методами рефлексивного анализа диагностической и оздоровительной направленности для выявления разности потенциалов между актуальным состоянием подростков (каков он есть) и желаемым (каким он должен быть);

– программно-информационное обеспечение здоровьесберегающей деятельности подростков (реализация проекта «Преобразование»);

– создание здоровьесберегающей среды (на базе опережения в ориентации на здоровье и преодоления возможных отклонений физического развития).

Выводы по первой главе

Обобщая содержание первой главы, обозначим следующее:

1. Анализ научной литературы показал, что формирование готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности является естественным и необходимым условием его организации в соответствии с непрерывно меняющимися потребностями общества. По нашему мнению, реализация проекта «Преобразование» на практике помогает формировать у подростков готовность к активной, осознанной деятельности, направленной на преодоление нарушений физического развития.

2. В структуре формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности нами выделены четыре компонента (мотивационный, когнитивный, оценочно-рефлексивный, операциональный).

Мотивационный компонент формируется на основе внутренней потребности в сохранении здоровья, под воздействием внешней среды и воспитания. Лишь в том случае, когда здоровьесбережение рассматривается как личностно значимая деятельность, оно становится фактором развития подростка. Критерием его сформированности выступает готовность подростков к активной деятельности, направленной на укрепление своего здоровья.

Операциональный компонент содержит умения (практические и умственные) и навыки (перцептивные, двигательные, умственные), используемые подростками при самостоятельной работе. Критерием сформированности данного компонента является системная реализация здоровьесберегающей деятельности.

Когнитивный компонент представляет совокупность знаний, направленных на сохранение здоровья подростков и профилактику заболеваний с учётом их физического развития, индивидуальных положительных качеств (ответственности, аккуратности, внимательности, работоспособности), позволяющих эффективно реализовывать свой потенциал в деятельности, ориентированной на сохранение и укрепление здоровья.

Оценочно-рефлексивный компонент подразумевает анализ деятельности, направленной на здоровьесбережение. Данный компонент предполагает познание, анализ, прогнозирование и оценку собственной деятельности, организацию обратной связи и самоанализ).

3. Основой для формирования и развития готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности является модель, которая состоит из четырёх блоков: целевой блок содержит цель и задачи; методологический блок включает подходы и принципы; деятельностный блок содержит: компоненты, функции, методы, формы, стадии реализации проекта и педагогическое средство (проект «Преобразование); оценочно-результативный блок включает: результат; показатели готовности, педагогические условия; уровни оценки готовности подростков к здоровьесбережению.

4. Педагогическим **средством** формирования готовности подростков к здоровьесбережению является проект «Преобразование», суть которого состоит в создании здоровьесберегающих комплексов, содержащий следующие стадии: организационно-установочную (процесс самоопределения подростков, постановка цели здоровьесбережения); аналитическую (изучение себя, приобретение знаний на основе алгоритма исследовательской деятельности, в процессе эвристических бесед, диалогов); проблематизации на социальном и индивидуальном уровнях (выявление, изучение и анализ проблемы); проектирование (создание индивидуального здоровьесберегающего комплекса); защиты и реализации (применение здоровьесберегающего комплекса на практике); рефлексивная (осмысление и переосмысление своих действий).

4. Педагогическими условиями мы считаем: высокий уровень готовности педагога к деятельности, направленной на сохранение здоровья (данный уровень готовно-

сти обусловлен подготовкой грамотного и компетентного специалиста); учет индивидуальных особенностей подростков (уровень готовности подростков к сохранению здоровья на основе знаний и мотивации к сохранению здоровья, индивидуальные особенности физического развития в процессе деятельности); программно-информационное обеспечение здоровьесбережения подростков (подразумевает использование информационных технологий в данном процессе и позволяет повысить готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности); создание здоровьесберегающей среды (предполагает воздействие на действительность, в условиях которой происходит развитие и формирование у подростков готовности к сохранению здоровья).

ГЛАВА II. АНАЛИЗ ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ГОТОВНОСТИ ПОДРОСТКОВ К ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЮ СРЕДСТВАМИ ПРОЕКТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

2.1. Проект «Преобразование» как средство формирования готовности подростков к здоровьесбережению

Подведя итоги и обобщая теоретические положения первой главы, мы можем утверждать, что готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, направленная на улучшение собственного здоровья, может быть достигнута посредством использования проекта «Преобразование», «через поиск новых идей, стратегий, средств и методов» [34, с. 3]. В связи с этим интересен перевод с латинского значение слова проект, который означает «брошенный вперед» [164, с. 152].

Необходимо подчеркнуть, что В. П. Бедерханова выделяет семь этапов проектной деятельности: подготовительный, организационно-установочный, анализ ситуации, определение потребностей на социальном и индивидуальном уровнях, проблематизации, программирование, планирование. В нашем исследовании проект реализуется по следующим стадиям:

– организационно-установочной (тестирование исходного уровня здоровья);

– аналитической (обсуждение результатов тестирования);

– проблематизации на социальном и индивидуальном уровнях (обсуждение возможностей решения существующих проблем);

– проектирования (создание собственного здоровьесберегающего проекта);

– защиты и реализации (применение здоровьесберегающего проекта на практике);

– рефлексивной (осмысление своих действий) [168].

На организационно-установочной стадии применялась анкета, в которой рассматривалось изучение мотивации Е. А. Калининой, и опросник, связанный с потребностью в достижениях Ю. М. Орлова.

Для определения знаний о здоровьесбережении применяли тест «САН»; тест знаний закрытой формы «ТЗ - З»; тест признаков утомления (автор Н. Б. Танбиан), индекс Кердо; тест-карта для выявления нарушений осанки. В процессе комбинированного визуально-инструментального тестирования определяли функциональное состояние организма.

Мы считаем, что по результатам тестирования исходного состояния здоровья на организационно-установочной стадии у подростков резко возросла готовность «активно вмешиваться в несовершенство окружающего мира (а также в своё несовершенство) на исходных положениях исследовательских знаний» [105, с. 8]. Именно для этого необходимо применение соответствующих тестов.

Также подростки определили, что выбор будущей профессии занимает важное место в их жизненном пути, несмотря на то, что «личные профессиональные планы и их реализация молодежью из разных социальных групп несколько отличаются друг от друга» [255, с. 213], но напрямую зависит от уровня здоровья, что послужило мотивом к здоровьесбережению.

Анкетирование в нашем исследовании было направлено на выявление отношения подростков к различным процессам и явлениям (личностное и опосредованное). Индивидуальное и групповое анкетирование раскрывало особенности подростков в процессе здоровьесберегающей деятельности, которая может быть реализована при помощи проекта «Преобразование».

Проект «Преобразование» содержал анкеты, которые соответствовали следующим требованиям: цели и задачи исследования были представлены достаточно четко; вопросы анкеты соответствовали уровню развития и жизненному опыту подростков; оценочные ответы были выражены четко; эмоционально значимые слова применялись по необходимости; анкеты были доступны и адекватны; разрешающие способности анкеты были достаточны.

На наш взгляд, результаты тестирования показали меру выраженности готовности подростков к здоровьесбережению с помощью проектной деятельности. Нам удалось определить имеющийся уровень развития подростков и сравнить его с эталоном и с более ранним показателем определенного качества.

Таким образом, в контексте нашего исследования в процессе реализации проектной деятельности было отмечено: повышение уровня разнообразных видов мышления и рефлексии (нужных для надлежащего вида здоровьесберегающей деятельности); формирование готовности к личному совершенствованию, творчеству; рост ответственности за процесс и результаты своего труда; появление высокой потребности в самооценке здоровьесберегающей деятельности.

Следует отметить, что анализ, синтез, абстрагирование, конкретизация, сравнение, обобщение, моделирование, дедукция и индукция, применяемые в процессе формирования готовности подростков к здоровьесбережению при помощи проекта «Преобразование», позволили уточнить, расширить и систематизировать знания о здоровьесберегающей деятельности.

При анализе респонденты выделяли отдельные признаки и свойства функционирования своего организма. То есть, синтезируя приобретенные знания, они связывали и обобщали сведения о своем организме как едином целом в целостности и взаимной связи его частей. Вместе с тем, используя метод индукции, подростки познали персональные положения и сделали общие выводы о здоровьесберегающей деятельности. Усвоив общие положения об оздоровительной деятельности, подростки составили персональный проект «Преобразование».

При помощи абстрагирования подростки определили характерные черты изучаемого проекта и ввели в свой вокабуляр абстрактные понятия, содействующие их интеллектуальному развитию. Представленная модель проекта помогла изучить явления и по аналогии разработать проект собственной здоровьесберегающей деятельности.

На наш взгляд, эмпирические методы в совокупности проекта «Преобразование» (сбор и накопление данных о физиологических нормах, контроль за состоянием своего организма и его оценка, обработка данных и внедрение ре-

зультатов в практику) позволили реализовать полученные знания на практике [258].

Мы считаем, что достижение намеченного результата, зависит от установленного построения данного процесса, при котором реализуется подготовка подростков к здоровьесбережению с помощью средств проектной деятельности.

Таким образом, для того чтобы достигнуть предельно возможной инициативности субъектов в образовательном процессе (направлен на формирование готовности подростков к здоровьесбережению), используя средства проектной деятельности, к методу наблюдения были предъявлены определенные требования: естественное проявление личностных качеств подростка; фиксирование объективных результатов анализа; определение цели наблюдения.

В ходе исследовательской деятельности ***на аналитической стадии*** было определено, что нарушения выявляются не у всех, но важным моментом сохранения здоровья являются профилактические здоровьесберегающие мероприятия, которым в нашем проекте уделяется большое внимание в ходе эвристических бесед и диалогов. Опрос проводился в устной и письменной форме и позволил получить объективную информацию об индивидуальных особенностях опрашиваемых, а полученная информация в процессе опроса показала динамику практической деятельности, направленной на здоровьесбережение. Хотелось бы отметить, что в психологии «опрос представляет собой метод, при применении которого человек отвечает на ряд задаваемых ему вопросов» [145, с. 21].

В результате беседы (англ. conversation, talk): в широком смысле – это то или иное взаимодействие между двумя и более людьми, иными словами – диалог; в узком смысле – это сравнительно неформальное общение, являющееся последовательным взаимообменом информацией и эмоциями между людьми [31, с. 76]. Вследствие этого была получена информация об отношении подростков к своему здоровью и их подготовке к активной деятельности, направленной на преодоление нарушений физического развития. Стоит заметить, что методист ЛФК получал информацию от подростков в непринужденной форме, как элемент

метода обобщения самостоятельных характеристик и при необходимости оказывал психолого-педагогическое воздействие [101].

В нашем диссертационном исследовании проект «Преобразование» интерпретировался, как замысел, связанный с преобразованием реальности (не готовность подростков к здоровьесбережению) для «достижения планируемых результатов» (повышение уровня готовности к здоровьесбережению) [199, с. 15], с помощью применения информационных карт. В основе, данного процесса лежит ортобиотика, то есть «наука, которая рассматривает не только технологии самосбережения тела, души, но и ортобиоза как разумного образа человеческого бытия» [247, с. 70].

Подростки узнали, что текстовая информация из внешней сферы фиксируется в головном мозге посредством восприятия, а сенсорные регистры (слух, зрение, осязание) транслируют её в кратковременную, а потом уже в долговременную (вечную) память (Р. Аткинсон, В. П. Зинченко) [64].

В сенсорной памяти информационные сигналы задерживаются не дольше секунды, а в кратковременной (буферной) зоне происходит как бы отсеивание информации [65]. В наш мозг поступает информация, которая не является значимой, поэтому чтобы не пропала важная информация в сфере энграмм (долговременной памяти) необходимы ревербации (повторы) (А. А. Крылов), среди которых происходят: челночные и обобщённые повторы; осознание и установка; интерес и долговременное запоминание [64].

Всё вышеперечисленное учитывалось при составлении проекта «Преобразование», так как в процессе проведения эксперимента подростки с интересом составляли собственный проект на компьютере, и для них это была творческая работа, а к бумажному носителю они отнеслись с безразличием. Взаимодействуя с компьютерной программой, они учились определять свой уровень здоровья и пытались определить, зачем и для чего в дальнейшем нужно принимать участие в мероприятиях, направленных на здоровьесбережение.

В ходе исследовательской деятельности на аналитической стадии проекта «Преобразование» мы определили следующие пути повышения готовности под-

ростков к здоровьесбережению с помощью средств проектной деятельности: усилить познавательную мотивацию подростков, используя внутренние и внешние мотивы; для формирования наиболее значимых форм мотивации создать соответствующие условия; предоставить подросткам наиболее эффективные средства для реализации собственных социальных установок; интенсифицировать познавательную деятельность подростков за счёт более рационального использования учебного времени; обеспечить подростков учебным материалом в соответствии с их возрастными способностями к логическому анализу и адекватному выделению основного содержания.

Данный процесс контролировал компетентный специалист, так как наиболее важным физиологическим и педагогическим требованием при занятиях лечебной физкультурой является получение тренировочного эффекта.

Проанализировав ситуацию, подростки узнали, что в физиологическом отношении тренировочный эффект заключается в повышении функциональных возможностей различных органов, систем и адаптации организма к физическим нагрузкам [206]. Осуществляя анализ ситуации, подростки выделяли отдельные стороны признаков, свойств функционирования своего организма и, синтезируя полученные данные, они соединяли и обобщали знания о своем организме как единого целого, в единстве и взаимной связи его частей.

Говоря о здоровьесберегающих комплексах, применяемых в проекте «Преобразование», укажем, что подростки использовали комплексы лечебной физической культуры (ЛФК). Однако несмотря на то, что лечебная физическая культура является медицинской дисциплиной, в то же время она интегрирует в себе практическую, медицинскую и педагогическую составляющие, в основе которых лежат научные положения с учетом основных принципов, методов и средств физической культуры.

В качестве лечебного воздействия подростки применяли комплексы ЛФК, которые в свою очередь являются сильным стимулятором жизненных функций организма человека. Лечебная физкультура – это физические упражнения, т.е.

мышечные движения, являющиеся мощным биологическим стимулятором жизненных функций человека [180].

Именно поэтому целенаправленно организуемый процесс формирования готовности подростков к здоровьесберегающей деятельности реализуется с учетом функциональных возможностей организма, которые подростки определяли самостоятельно. Становится очевидным, что с помощью анализа ситуации, подростки узнают о том, что при занятиях ЛФК возникает тренировочный эффект, если нагрузка достигает или выше пороговой величины, которая больше повседневной нагрузки. Учитывая данный факт, в проекте «Преобразование» мы реализуем целый ряд методических и медико-биологических положений, которые по содержанию адаптированы к возрасту испытуемых [223].

Мы считаем, что в процессе ЛФК в организме подростков формируется индивидуальная функционально - адаптационная система, а образование такой системы у подростков имеет принципиальное значение, так как создает основание для длительного механизма адаптации к физическим нагрузкам и повышения деятельности различных органов, систем и организма в целом (Солодков А. С., 1988) [213].

При создании проекта «Преобразование» необходимо учитывать систему определенных ресурсов (интеграционные, технологические, информационные и личностные). Данные ресурсы характеризуют совокупность знаний, умений и навыков подростков, которые в свою очередь формируют опыт, мышление и поведение [90]. Очевидно, что анализируя свою деятельность, подростки совершенствуют свои знания, умения и навыки в реализации ключевых (базовых) компетенций, направленных на здоровьесбережение [84].

Именно поэтому, у них формируется способность к продуктивному проектированию здоровьесбережения с учётом эффективного освоения проектной деятельности и повышению уровень рефлексии. Причиной этого является тот факт, что при такой организации здоровьесберегающей деятельности наряду с достижением оздоровительных результатов, у подростков постепенно накаплива-

ется опыт, который поможет им в поисковой деятельности и решении сложных задач [16, 179].

Мы считаем, что учёт и предельное удовлетворение их здоровьесберегающих потребностей являются необходимыми условиям для развития у подростков ключевых (базовых) знаний. С этой целью подростки определяли исходный уровень потребностей направленных на здоровьесбережение, за счёт применения различных диагностических методов (тестирование, анкетирование, наблюдение, эвристические беседы и т.д.).

Для независимой оценки исходного уровня ключевых (базовых) знаний в процедуру диагностики были привлечены родственники и учителя, друзья и одноклассники подростков. Стоит отметить, что это происходило в форме как прямого, так и дистанционного общения [226]. Вследствие этого было установлено, что подростки, владеющие базовыми знаниями осознали физиологический эффект лечебной физкультуры на организм человека, который в свою очередь идентичен эффекту традиционного урока физической культуры в школе. Заметим, что представленные утверждения соответствуют основным требованиям ФГОС к условиям здоровьесбережения в системе основного общего и среднего полного образования, хотя для большинства подростков здоровье и его сохранение «не является важнейшей ценностью, так как не определены ценностно-смысловые приоритеты, не сформированы в полном объеме знания о физической культуре» [81, с. 3].

Выполненный анализ, связанный с готовностью подростков к здоровьесбережению показал, что применение проекта «Преобразование», является целесообразным, так как у них формируется готовность к здоровьесбережению с помощью средств проектной деятельности в образовательной и повседневной деятельности. Иначе говоря, применение проекта «Преобразование», будет способствовать укреплению здоровья подростков, так как он надежно и стабильно вписывается в любое образовательное пространство.

Мы, принимая во внимание, что наше исследование является, главным образом, педагогическим, выяснили, что подростки проанализировали и рас-

смотрели процесс интегративного подхода к использованию информационных технологий в здоровьесберегающей практике и самостоятельно перечислили основные положения проекта «Преобразование»:

1. Составление комплексов лечебной физической культуры, должно осуществляться с учётом закономерностей медико-педагогического процесса и современных достижений медицины и педагогики.

2. Оптимальное сочетание общедидактических принципов (доступности, наглядности, научности, сознательности, активности и др.) и характерных методов (лечебная и гигиеническая гимнастика) в процессе здоровьесбережения.

3. Учет уровня здоровья, физического развития, потребностей, увлечений и предрасположенности к определенным условиям (систематичность, переход от простого к сложному, действия направленные на повторение и закрепление).

4. Выбор и применение обоснованных межпредметных связей с программой по оздоровлению, с выполнением предыдущих адаптивных здоровьесберегающих мероприятий.

5. Активизация развития всех сфер личности подростков, то есть «переход к более подвижному состоянию, к решительным действиям» [73, с. 16] в выполнении всех этапов здоровьесберегающей деятельности.

6. Эффективное применение здоровьесберегающих образовательных технологий с учётом правил здорового образа жизни.

7. Формирование у подростков готовности к сохранению своего здоровья, посредством получения и накопления новых знаний, для достижения поставленной цели.

8. Применение диагностики для прогнозирования, проектирования, планирования и контроля деятельности, направленной на сохранение здоровья.

Подводя итог всему вышесказанному, можно сделать вывод, что целью проекта «Преобразование» является организация здоровьесберегающих мероприятий, направленных на восстановление собственного здоровья, что содействует формированию адекватных и компетентных установок. Проект основан на базе «Обу-

чающей компьютерной программы для изучения и исследования общеобразовательных дисциплин» (И. Г. Гузенко).

Говоря об общепедагогической составляющей, мы выяснили, что подростки успешно проанализировали применение обучающей компьютерной программы (ОКП) и сделали вывод, что применение ОКП способствует лучшему восприятию и запоминанию информации. То есть в процессе тщательного анализа здоровьесберегающей деятельности, происходит длительное хранение, а при необходимости воспроизведение данной информации на должном уровне. В процессе исследовательской деятельности и комбинированного визуально-инструментального тестирования (Приложение 1) подростки выявили, что нарушения, связанные с осанкой, встречаются не у всех, но диагностируются повсеместно.

На стадии ***проблематизации на социальном и индивидуальном уровнях*** подростки определяли существующие у себя проблемы в состоянии здоровья под контролем педагога. В процессе комбинированного визуально-инструментального тестирования определяли функциональное состояние организма. Таким образом, было выявлено, что между состоянием здоровья и болезнями имеется ряд переходных состояний, которые не входят в зону изучения медицины, а переход от нормы к патологии имеет несколько этапов. И чем раньше будет обнаружен момент отклонения от состояния здоровья в сторону нарушений, тем эффективнее будут все предпринимаемые меры (умения и навыки, необходимые для здоровьесбережения).

Содержание проблематизации на социальном и индивидуальном уровнях состоит в том, что здоровьесбережение является важнейшей ценностью и главным социальным ресурсом человека. Подростков важно обеспечивать знаниями о сохранении здоровья, чтобы они сумели реализовать свои умения и навыки на практике. Мы считаем, что для достижения положительного результата нужно знать, как его достичь. То есть должен быть алгоритм действий, который отражен в проекте «Преобразование».

В ходе участия в данном проекте подростки узнали, что если в состоянии здоровья имеются нарушения, то физическую активность необходимо совместить

с коррекцией и адаптацией, которые находятся в тесной взаимосвязи. При изучении психолого-педагогической литературы мы обнаружили, что однозначной трактовки самого понятия «адаптация» не существует [91, 153]. Вследствие этого мы рассматриваем адаптацию как «приспособление к изменяющимся внешним и внутренним условиям» [31, с. 28] путем формирования функциональных механизмов и резервов, влияющих на процесс восстановления нарушенных функций в состоянии здоровья с помощью физических упражнений.

При этом коррекция трактуется как исправление, поправка, частичное изменение чего-либо [159], а в процессе адаптации включаются в работу имеющиеся резервы (база приобретенных знаний), затем происходит структурно-логический анализ знаний, которые в свою очередь формируют готовность к действию (осмысленная и адекватная деятельность) [217].

На основе анализа работ современных исследователей (Э. Г. Булич, В. В. Роженков, М. М. Полевщиков) в области педагогики и медицины отмечено, что от молодого поколения ожидается реализация необходимых функций, направленных на сохранение и восстановление собственного здоровья.

Разделяя представленные утверждения, мы отдельно выделяем адаптационную функцию, которая отвечает за помощь в адаптации к здоровьесбережению (реализация знаний) при составлении проекта «Преобразование». Понятие «восстановление» на основе исследования словарных источников [153, 216] подразумевает коррекцию специфики деятельности, социальных установок в соответствии с требованиями, предъявляемыми к современному молодому человеку.

Проект «Преобразование» основывается на том, что в адаптационный процесс включает различный контингент подростков: здоровые обучающиеся, которым нужны только профилактические мероприятия (общеукрепляющие упражнения и рефлексивно-оценочная деятельность) и те, кому необходимы коррекционные мероприятия (корригирующие упражнения). Несомненно, понятие адаптация выражает многомерный и универсальный способ здоровьесбережения молодого поколения и общества в процессе взаимодействия друг с другом.

В то же время, в процессе адаптации подростки активно реагируют на происходящие изменения, то есть вовремя и компетентно проводят необходимую коррекционную работу, направленную на сохранение собственного здоровья.

Подростки определили, что если «позвоночник поражается искривлениями или прочими болезнями, то деятельность внутренних органов и периферических нервов может оказаться недостаточной для осуществления своих функций» [207, с. 11], а это может стать «преградой» в выборе будущей профессии (социальный уровень), так как «все первые решения молодёжи сотканы из противоречий» [252, с. 240].

Рассматривая проблему, связанную с формированием готовности к здоровьесбережению подростков на социальном уровне проекта «Преобразование», необходимо отметить, что особую актуальность приобретает то, что представления «болезни и здоровья тесно объединены друг с другом. Казалось бы, они противоположны: крепкое здоровье – мало болезней и напротив. Тем не менее, все гораздо сложнее, определить состояние здоровья и болезни трудно. Более того границу между ними провести почти невозможно» [5, с. 27]. В свою очередь, организм человека приспосабливается к существующим нарушениям и интерпретирует его как синоним болезни, то есть обычное «недомогание» [6, с. 37]. К тому же он не требует никаких мероприятий, направленных на здоровьесбережение.

Мы считаем, что исследование перечисленных переходных состояний, как правило, прекращается и не подпитывается разработкой «оригинальных идей для создания благоприятных здоровьесберегающих условий по ведению здорового образа жизни молодого поколения» [46, с. 52], «именно поэтому совершенствование механизмов формирования и укрепления здоровья населения стало стратегическим направлением социальной политики государства» [173, с. 90].

Проект «Преобразование» способствует приобщению подростков к здоровому образу жизни. Благодаря данному проекту подросток становится личностью, имеющей запас знаний и представлений о здоровьесбережении; это личность, готовая к деятельности, направленной на сохранение здоровья. То

есть подросток становится активным, способным самостоятельно оценивать исходное состояние своего здоровья, проектирование, составлять комплекс не только здоровьесберегающих мероприятий, но и непрерывных восстановительных и профилактических действий.

Однако в системе современного знания о детерминантах качества жизнедеятельности подрастающего поколения возникла проблема на индивидуальном и социальном уровнях, так как подростки слабо осознают потребность в здоровьесбережении и не знают о том, что в узком плане «здоровье – это противоположное понятие болезни, рассматриваемое как синоним нормы» [71, с. 182]; в общем плане здоровье обозначает «правильный путь жизни» в самом широком смысле этого слова [259, с. 146].

Для объективной оценки состояния позвоночника подростки определяли:

1. Физиологические изгибы и боковые искривления позвоночника (по отклонению линии остистых отростков позвонков от вертикальной линии вправо и влево) без специального исследования. При тестировании подростки узнали, что если искривление не исчезало при энергичном напряжении мускулатуры, то это I степень нарушения (нефиксированные функциональные нарушения). Для II степени нарушений характерны стойкие искривления, которые не исчезают при напряжении мускулатуры. Для III степени нарушений характерны резко выраженные искривления, видимые невооруженным взглядом (деформации грудной клетки или асимметричное положение костей таза).

2. Для обнаружения нарушений осанки испытуемые использовали тест-карту (Приложение 1), являющейся адекватной и доступной для данной категории респондентов.

3. Силу мышц спины, оценивали в положении осматриваемого лежа вниз лицом поперек кушетки так, чтобы верхняя часть туловища до подвздошной кости находилась на весу, руки – на поясе, ноги удерживает исследователь. Продолжительность абсолютного утомления мышц должна быть не менее 4 минут (фиксировалась по секундомеру). Силу мышц правой и левой сторон туловища подростки определяли в положении лежа попе-

рек кушетки на боку, время удержания туловища в горизонтальном положении не менее 3 минут.

4. Сила мышц брюшного пресса определялась по количеству переходов из положения, лежа на спине в положение, сидя и обратно (ноги удерживал исследователь). Темп медленный, примерно 16 раз в минуту (Л. П. Гребова), в норме должно быть не менее 40 подъёмов туловища.

5. Функциональная подвижность позвоночника определяется по уровню касания пола пальцами и по расстоянию от остистого отростка VII шейного позвонка (С 7) до начала ягодичной складки в глютеальной области.

Динамика этих показателей является критерием для оценивания здоровьесберегающих мероприятий на стадии проблематизации, касающейся социального и индивидуального уровней. Отмечено, что проведение мероприятий на раннем этапе, направленных на коррекцию, способствует скорейшему восстановлению. Данные исследования просты и «доступны» для самостоятельного педагогического тестирования подростками. Их необходимо проводить для определения степени нарушений. После этого подростки составляли план индивидуальных здоровьесберегающих мероприятий, представленных в структуре игрового модуля [258] проекта «Преобразование».

Сначала подростки выявили проблему без дополнительных усилий (выявляли нарушения), а затем в адаптированной возрасту форме определяли основные признаки наиболее частых нарушений с учетом их индивидуальных особенностей: А (плоскостопие); С (сколиоз); В (нарушение осанки).

Подростки изучали характерные признаки перечисленных нарушений (А, В, С) (Приложение 8) и самостоятельно проводили тестирование своего организма, находя характерные признаки в соответствии с представленными им тестами (А, В, С). Здесь следует подчеркнуть, что для формирования готовности подростков к здоровьесбережению применялся проект «Преобразование», содержащий ядро жизненно значимых принципов, позволяющих думать рационально и критически.

Но тем не менее подростки слабо осознают потребность в здоровьесбережении и не осведомлены о том, что в узком плане «здоровье – это противоположное понятие болезни, рассматриваемое как синоним нормы» [71, с. 182], а в общем плане обозначает «правильный путь жизни» в самом широком смысле этого слова [259, с. 146].

Мы считаем, что проект «Преобразование» способствует тому, что подростки учатся принимать решение, и несут за него ответственность (проблематизации на социальном уровне). Более того, принимая участие в данном проекте, подростки учатся самостоятельно вырабатывать «их собственную активность» [92, с. 3], находить выход из сложных житейских обстоятельств. То есть у них формируется умение общаться, сопереживать, владеть чувствами, эмоциями и противодействовать дистрессу.

Проводя тестирование своего организма, подростки фиксируют «текущие итоги фактических измерений» [116, с. 13], и определяют степень нарушений. Необходимо отметить, что результаты могут показать отсутствие нарушений. Иными словами подросток – здоров. Но, тем не менее, подростки (по образцу) приступают к созданию собственного комплекса здоровьесберегающих мероприятий, которые представлены в проекте «Преобразование» в структуре игрового модуля. Было установлено, что «приобретение самостоятельного практического опыта реализуется на основе изучения опыта других людей с помощью образцов определенных действий, которые выявляют уровень развития подростков» [256, с. 27].

Подростки должны знать, что при изучении проблемы здоровья, на социальном и индивидуальном уровнях необходимо использовать специальную литературу. Например, в медицинской энциклопедии здоровье интерпретируют как, «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [180, с. 220]; то есть функционирование систем организма человека как биологической сущности.

На стадии ***проектирования*** под контролем педагога подростки разрабатывали проект «Преобразование» по образцу для достижения поставленных целей

(готовность к здоровьесбережению) (Приложения 2, 3, 4, 5). Испытуемым предлагались тексты, содержащие информацию о нарушениях осанки, и на примере образца они знакомились с информационными картами, повторяли приёмы, позволяющие выявлять ключевые идеи, составлять информанты Си-Си для определённого типа нарушений.

Затем к информантам подбирались пять синонимов и составлялись синонимические информанты «Си-Си», рассматриваемые как видоизмененные тезисы, помогающие разработать программу здоровьесберегающих мероприятий. Для создания здоровьесберегающих комплексов подросткам предлагали заготовленный методистом ЛФК текст с комплексом физических упражнений.

Этот текст разделяли на пять отдельных фрагментов (информантов), в которых отражалась лексическая общность содержания. Каждый информант имел законченное смысловое значение и в каждом из них выявляли смысловые опоры (отдельные слова и словосочетания, наиболее полно отражающие содержание), которые затем отражались в ключевой идее. Вопрос эффективности восприятия информации решался при наличии не менее пяти информантов и при трёх обязательных информационных повторах (Приложения 2, 3, 4, 5).

В проекте «Преобразование» основным принципом консервативного восстановления является лечебная физическая культура (ЛФК), которая представляет часть физической культуры и подразумевает двигательную активность подростков. Так как лечебная физическая культура является частью общей культуры, то она совмещает в себе совокупность «материальных и духовных ценностей, которые были созданы обществом специально для физического совершенствования человека» [127, с. 11], а двигательная активность – это суммарная величина разнообразных движений за определенное время (час, сутки) [187, 231, 242].

Интерпретируя данную информацию, мы считаем, в процессе создания проекта «Преобразование» необходимо учитывать двигательную активность подростков. Известно, что человек может осмысленно «воздействовать на окружающую действительность, изменять ее в своих целях, а также изменять в своих целях самого себя». [21, с. 3]. Так как уровень удовлетворения поставленной

цели «во многом предопределяет характер развития организма» [155, с. 45], выражая биологическую потребность человека.

Без сомнения, ЛФК способствует гармоничному развитию организма в подростковом возрасте. Благодаря лечебной физической культуре формируется мышечный корсет, тренируется сердечно-сосудистая (ССС) и дыхательная система (ДС), улучшаются местные и общие трофические процессы, повышается резистентность организма к неблагоприятным факторам, создаются благоприятные условия для стабилизации состояния и коррекции патологического нарушения [230, 246, 258].

Известные педагоги С. А. Кастюнин и Э. Н. Вайнер в своих трудах отмечают, что лечебная физическая культура «показана на всех этапах развития сколиоза, но более успешные результаты она даёт при начальных стадиях» [98, с. 32].

Рассматривая вышесказанное, считаем, что необходимо решить ряд задач, одними из которых являются воспитание у подростков «ценностных ориентаций на здоровье, в формировании умений самостоятельно заниматься физическими упражнениями, использовать их в целях самосовершенствования» [181, с. 21].

Для коррекции нарушений в состоянии здоровья мы применяли игровой модуль, включающий компоненты, содержащие различные комплексы упражнений [258].

Перечислим эти компоненты:

1-й компонент – комплекс специальных (корригирующих упражнений) (К-КСКУ).

К примеру, в результате применения корригирующих упражнений при плоскостопии нормализируется двигательная сфера ребёнка, повышается физическая работоспособность и сопротивляемость к неблагоприятным внешним факторам окружающей среды, исправляется деформация стоп, повышается общая и силовая выносливость мышц нижних конечностей [61, 98, 138].

Как следствие, в процессе здоровьесбережения широко применяется корригирующая гимнастика. Основной её функцией является исправление некоторых дефектов опорно-двигательного аппарата: нарушения осанки, искривления позво-

ночника, плоскостопие и др. Данная гимнастика с наибольшим успехом применяется в период роста организма, т.е. в детском и юношеском возрасте [61, 98, 138].

Затем, 2-й компонент – группа общеразвивающих упражнений и профилактических мероприятий (К-ГОРУ и ПМ).

Следует заметить, что в процессе развития подростков постепенно и поэтапно происходит упрочнение костной мышечной системы и связочного аппарата, поэтому необходимо осуществлять контроль над формированием правильной осанки и мышечного корсета (профилактические мероприятия).

Поэтому подросткам необходимо избегать продолжительного применения асимметричных поз и односторонних упражнений, чрезмерных отягощений. Так как неправильное соотношение тонуса мышц приводит к асимметрии плеч, лопаток и в результате появляется сутулость, функциональные нарушения осанки [61, 98, 138, 187].

И последний, 3-й компонент: комплекс рефлексивно-оценочной деятельности (К-КР-ОД) – это не просто оценка эффективности здоровьесберегающих действий, а осмысление своих поступков и критериев рефлексивно-праксеологической деятельности [65, 66].

В исследовании В. В. Котенко говорится, что рефлексивную деятельность нужно рассматривать, как «необычный вид аналитической деятельности, которая сконцентрирована на осмысление и переосмысление тех или иных содержаний своего индивидуального сознания и даёт обучающимся возможность успешно осуществлять учебно-воспитательную деятельность» [109, с. 55].

Таким образом, в завершении нашего исследования мы пришли к выводу: в процессе осуществления данной деятельности рефлексивность развивает в «сознании подростка систему общечеловеческих ценностей, гуманного отношения к людям» [111, с. 10] и побуждает молодого человека к самовоспитанию [147, 152].

После проведённого первичного педагогического тестирования мы определили степень изменений в состоянии здоровья подростков на примере нарушения

осанки и предложили им игровой модуль с комплексами упражнений в зависимости от степени нарушений.

Необходимо заметить, что результаты тестирования могут быть следующими: С1 = 0 (нормальная осанка); С2 = 0-0,14 (незначительные нарушения осанки); С3 = 0,17-1 (значительные нарушения осанки), где С – это степень нарушений.

В свою очередь, модуль состоит из файлов разного цвета (цветовых опор), содержащих текст: корригирующие упражнения (К-КСКУ); общеразвивающие упражнения и профилактические мероприятия (К-КР-ОД); рефлексивно-оценочную деятельность (К-КР-ОД).

Применение файлов разного цвета с опорой на цвета является целесообразным в нашем исследовании. Синий цвет файла означает, что нарушений нет, желтый цвет файла является «тревожным звоночком», который указывает, что есть незначительные нарушения. Красный цвет файла означает, что нарушения очевидные, что и является «тревожным сигналом» к активной коррекционной работе [157]. При этом в мозге «человека формируются образы, благодаря которым человек понимает представленную информацию» [164, с. 66] и воспринимает её на должном уровне. Принципы использования цветовых опор, применяемых в игровом модуле, показаны в таблице 4.

Таблица 4 – Цветовые опоры игрового модуля проекта «Преобразование»

Цвет	Значение	Быстрота восприятия
Красный	Наиболее стремительно воспринимающийся цвет. Предельно фокусирует внимание. Сообщает об опасности.	Высокая
Синий	Строгий, деловой цвет. Настраивает на результативную долговременную работу. Отлично воспринимается большинством людей	Средняя
Желтый	Цвет энергии, цвет лидерства. Чрезвычайно раздражающий цвет, на который невозможно не сконцентрировать внимание	Высокая

Базируясь на значении и скорости восприятия цветовых опор, представленных в таблице 4, мы выделяем: С1 синим цветом, так как С1 = 0 (норма); С2 жёлтым цветом, так как С2 = 0-0,14 (незначительные нарушения); С3 красным цветом, так как С3 = 0,17-1 (значительные нарушения).

Демонстрация проводится на компьютере или бумажном носителе.

К-КР-ОД; К-КСКУ; К-ГОРУ и ПМ – это компоненты, применяемые при различных степенях нарушения.

Для каждой степени нарушения данные компоненты окрашены в разные цвета и имеют определенный рисунок:

– К-КСКУ для С1 (синий, рисунок – 5-конечная звезда);

– К-КСКУ для С2 (желтый, рисунок – 5-конечная звезда);

– К-КСКУ для С3 (красный, рисунок – 5-конечная звезда).

Демонстрация проводится на компьютере или бумажном носителе.

–Для К-КР-ОД для С1 (синий, рисунок – стрелка);

– К-КР-ОД для С2 (желтый, рисунок – стрелка);

– К-КР-ОД для С3 (красный, рисунок – стрелка).

Демонстрация производится на компьютере или бумажном носителе.

– Для К-ГОРУ и ПМ для С1 (синий, рисунок – двусторонняя стрелка);

– К-ГОРУ и ПМ для С2 (желтый, рисунок – двусторонняя стрелка);

– К-ГОРУ и ПМ для С3 (красный, рисунок – двусторонняя стрелка).

Демонстрация производится на компьютере или бумажном носителе.

На стадии защиты и реализации проекта «Преобразование» был представлен чёткий алгоритм действий, а в нашем случае одновариантный подход к решению проблемы. В нём преобладает «конвергентное мышление» [58]. Подростки реализовывали проект «Преобразование» (стадия реализации) на практике в течение длительного времени, предварительно самостоятельно «защитив» составленные здоровьесберегающие комплексы лечебной гимнастики, но под контролем преподавателя. Под алгоритмом мы имеем в виду «комплекс процедур, используемых по строго установленным правилам, которые помогают выполнить установленную задачу» [210, с. 16], а именно: тестирование функционального состоя-

ния организма; фиксация результатов тестирования и определение степени функционального состояния (нарушений может не быть, значит, проводятся профилактические мероприятия); для реализации проекта используется заготовленный медико-педагогический текст (корригирующий, восстановительный, профилактический, педагогический и воспитательный), на базе которого разрабатывается средство «синтаксической синонимии» (Си-Си) [6].

Информационные карты (ИК) содержащие текст (информационный документ) были созданы на основании алгоритма исследования учебно-научной информации И. Г. Гузенко [65]. Именно в нём представлены физиологические нормы подросткового возраста. Это необходимо для того, чтобы можно было «с принципиально новых позиций составить многоплановую картину болезни, дать представление об основных сферах жизнедеятельности» [143, с. 22].

Далее сканируется текст, содержащий комплексы лечебной гимнастики, которые указаны в игровом модуле, применяя две информационные карты: Инф-к1 и Инф-к2.

1. *Компонент-комплекс специальных (корригирующих упражнений К-КСКУ).*

Информационная карта обучающей компьютерной программы №1 (Инф-к1 ОКП №1) содержит текст, который сканируется из специального пособия. Ключевые идеи текста содержат не более 3-4 слов смысловых опор (фреймов).

Вместе с тем, для удобства мы использовали 25 упражнений, которые разбили на 5 отдельных информантов.

Заметим, что в каждом информанте текста содержится 5 упражнений.

Информационная карта № 2 (Инф-к2) обучающей компьютерной программы (ОКП №2) состоит из стандартного начала (Стн) + ключевых идей информантов (Кл.) с примерами + инновационных и мотивационных факторов (Инц. + Мк.) с примерами + исследовательское заключение.

2. *Компонент – группа общеразвивающих упражнений и профилактических мероприятий (К-ГОРУ и ПМ)*

Информационная карта обучающей компьютерной программы №1 (Инф-к1 ОКП №1).

Текст сканируется из специальной литературы. Необходимо отметить, что ключевые идеи информантов (Кл.) содержат не более 3-4 слов смысловых опор (фреймов), для удобства мы рассматривали 25 упражнений, разбитых на 5 отдельных информантов, и в каждом информанте содержится только 5 упражнений.

Информационная карта обучающей компьютерной программы № 2 (Инф-к2 ОКП №2) состоит из стандартных начал (Стн) + ключевых идей (Кл.) с примерами + инновационных и мотивационных факторов (Инц. + Мк.) с примерами + исследовательское заключение.

3. *Компонент-комплекс рефлексивно-оценочной деятельности (К-КР-ОД)*

Подростки самостоятельно находят ответы на рефлексивные вопросы: Какие чувства вы испытывали при выполнении заданий? Что я узнал (а) нового? Какие замечания и предложения на будущее? Какие приёмы вы применяли при выполнении задания? С какими трудностями вы столкнулись при выполнении заданий? Каким путём преодолевали трудности? и др.

На основании изложенных общих положений рассмотрим структуру проекта «Преобразование» с применением информационных карт на оригинальной основе «синтаксической синонимии» (Си-Си) и информационных карт Инф-к1 и Инф-к2.

На примере образца (Приложение 2, 3. 4) подростки знакомятся с информационными картами, повторяют приёмы выявления ключевых идей (фреймов) составления информантов Си-Си для нескольких типов отклонений. В свою очередь «фрейм является структурой данных для представления стереотипных ситуаций» [134, с. 8].

Затем подростки подбирают к информантам пять синонимов, и составляют синонимические информанты «Си-Си», рассматриваемые как видоизмененные тезисы, помогающие составить здоровьесберегающие комплексы по данному нарушению. В свою очередь, комплексы-образцы содержат тему, план и медико-педагогические рекомендации [6, 134].

Далее подростки путем тестирования «сдают экзамен» (Приложение 6) на усвоение образца, показателем которого является Кус. ≥ 0,7 (В. А. Мижериков).

Мы считаем, что в процессе тестирования подростки узнают свои сильные и слабые стороны, восполняют пробелы в знаниях и впоследствии реализуют эти знания на практике.

В третьей части сканируется текст, включающий процедуры, которые указаны в игровом модуле. Для этого используются две незаполненные информационные карты Инф-к1 (Приложение 2) и Инф-к2 (Приложение 4), подростки работают с этими картами по образцу.

Так как мы сделали акцент на заболеваниях позвоночника, то на основе учета содержательной специфики данных нарушений компонент-группа (К-КСКУ) содержит комплекс специальных корригирующих упражнений, которые необходимы при органических нарушениях. Схему структурирования текста физических упражнений, можно применять при различных нарушениях, в том числе при нарушениях осанки и сколиозе (Приложение 5).

Например, для К-КСКУ мы применяли Инф-к1 ОКП №1, описанные выше. Информационный текст (инфо-текст) сканировался из специального пособия. Ключевые идеи (не более 3-4 слов) смысловых опор (фреймов). Двадцать пять упражнений были разделены на 5 отдельных информантов, по 5 упражнений в каждом информанте.

Информационная карта обучающей компьютерной программы (ОКП) №2 (Инф-к2 ОКП №2) состояла: (Стн) + (Кл.) с примерами + (Инц. + Мк.) с примерами + исследовательское заключение (Приложение 4).

Примерная схема составления комплекса лечебной гимнастики для подростков, больных сколиозом с применением ИК ОКП №1 Инф-к1 (Приложение 2) и дальнейшие действия с применением ИК ОКП №2 Инф-к2 (Приложение 4).

Вместе с тем, для формирования готовности подростков к сохранению здоровья нужны общеразвивающие упражнения и профилактические мероприятия, которые представлены, как компонент-группа общеразвивающих упражнений и профилактических мероприятий (К-ГОРУ и ПМ).

Рассмотрим информационную карту обучающей компьютерной программы №1 (Инф-к1 ОКП №1) для (К-ГОРУ и ПМ).

Как и для К-КСКУ представленного ранее, текст сканировался из методического пособия.

Ключевые идеи (Кл.) содержали 3-4 смысловые опоры [134].

Следовательно, как и для К-КСКУ, мы использовали 25 упражнений, разбитых на 5 отдельных информантов (в каждом информанте 5 упражнений).

Информационная карта обучающей компьютерной программы №2 (Инф-к2 ОКП №2) состояла из стандартных начал (Стн) + ключевых идей информантов (Кл.) с примерами + инновационных и мотивационных факторов (Инц. + Мк.) с примерами + исследовательское заключение.

Профилактический комплекс упражнений (К-ГОРУ и ПМ), также содержит ИК ОКП №1 Инф-к1 (Приложение 2) и ИК ОКП №2 Инф-к2 (Приложение 4).

Чтобы добиться максимальной активности подростков в готовности сбережения своего здоровья средствами проектной деятельности, мы включили в наше исследование рефлексивно-оценочную деятельность.

Компонент-комплекс рефлексивно-оценочной деятельности К-КРОД содержит рефлексивные вопросы, на которые отвечали подростки: чему способствует применение данной методики? что я узнал нового из литературных источников? каковы замечания и предложения на будущее? с какими трудностями вы столкнулись при выполнении заданий и как их преодолевали? что вы чувствовали при выполнении заданий? как вы выполняли задания, какими способами? чему научились? каковы ваши главные результаты?

Подростки составляли здоровьесберегающие комплексы по образцу, который представлен в проекте «Преобразование» и реализуется посредством разработанных презентаций, содержащих информационные карты. Данный образец позволяет логически, методично и организованно находить решение образовательных задач, подводя к академическому результату.

В нашей работе образец представлен в синем цвете, так как все мероприятия и физические упражнения предусмотрены для нарушений 1степени. В игровом

модуле синий цвет означает коррекционные мероприятия, применяемые для данной категории исследования: презентация ОИ – «образец-иллюстрация» исследования; презентация УИ – «образец действия и продукт» учебного исследования научного текста с помощью образца ОИ; презентация АИ – «образец готового продукта», т.е. автономное (самостоятельное) учебное исследование предметной учебной информации и построение собственного проекта. Каждая презентация предназначена для последовательного выполнения учебно-исследовательских задач.

Следует сказать, что основа учебного исследования заложена в структуре и содержании образца, составленного преподавателем. Вместе с тем, основная функция образца – это специализированное учебно-научное предназначение для выполнения особенной функции: формирования целостного типа объекта и действия; показа действия, которое нелегко или невыполнимо изобразить в строго формализованном виде; управления процессом здоровьесбережения в зависимости от методической установки.

Инфообразец (ОИ) является сложным научным образованием, но в нашей работе он представлен в наглядной и упрощённой информационной табличной форме. Образец (ОИ) отображает этапы исследования информации с помощью «Флеш-карт»: выделение в тексте смысловых опор и ключевых идей; логических действий, на базе которых разрабатывается план исследования.

Отметим, что в нашей работе на флеш-карте подросткам предлагалась пустая таблица для самостоятельного учебного исследования по образцу (ОИ) [65, 66]. Методическая поддержка для изучения презентаций, осуществлялась посредством специальных методических рекомендаций, представленных отдельно как на бумажном, так и на электронном носителях.

Мы полагаем, что перечисленные информационные и графические способы, применимые к процессу обучения, активизируют «механизм памяти» подростков. Следовательно, они составили здоровьесберегающий проект «Преобразование» с применением:

– схемы структурирования текста физических упражнений вводного и подготовительного разделов при нарушениях осанки и сколиозе I степени (К-КСКУ) Инф-к1 (Приложение 5);

– схемы физических упражнений вводного и подготовительного разделов при нарушениях осанки и сколиозе I степени (К-КСКУ) Инф-к2 (Приложение 4);

– комплекса лечебной гимнастики для подростков при сколиозе I-II степени (К-КСКУ) Инф-к1;

– примерного комплекса лечебной гимнастики для подростков при сколиозе.

I-II степени (К-КСКУ) Инф-к2;

– профилактического комплекса упражнений (К-ГОРУ и ПМ) Инф-к1;

– профилактического комплекса упражнений (К-ГОРУ и ПМ) Инф-к2;

– рефлексивного контроля результатов, связанных с здоровьесбережением.

На рефлексивной стадии подростки критически анализировали и оценивали деятельность, направленную на здоровьесбережение (опросник рефлексивности А. В. Карпова, прогнозирование и оценка собственной деятельности, отношение к информационным картам ОКП). Проводили анализ ситуации, выделяли отдельные стороны признаков, свойств функционирования своего организма. Таким образом, синтезируя полученные данные, они соединяли и обобщали знания о своем организме как едином целом, во взаимосвязи его частей.

Это позволило каждому подростку иметь абсолютную и объективную информацию о ходе процесса усвоения знаний (его достижения в ходе здоровьесберегающей деятельности). Например, опросник рефлексивности Карпова А. В. отражает уровни рефлексивности испытуемых (высокий, средний, низкий).

С помощью опросника В. И. Андреева подростки прогнозировали, оценивали собственную деятельность и возможности. Вместе с тем, анкета отношения подростков к информационным картам обучающей компьютерной программы ОКП, представляет собой действия по обработке текста и является ориентиром выбора формы обработки полученной информации (Приложение 7).

Данные карты необходимы для рефлексивного контроля результатов здоровьесбережения, что позволило каждому подростку иметь абсолютную и объективную информацию о ходе процесса усвоения знаний (его достижения в ходе здоровьесберегающей деятельности).

Применение информационных карт, способствует раскрытию возможных нарушений в развитии подростков, активизирует деятельность специалиста по лечебной физической культуре, повышая его компетентность в ходе проведения здоровьесберегающих мероприятий.

Формирование готовности подростков к здоровьесбережению с помощью средств проектной деятельности базируется на следующих положениях:

1. Классические общенаучные методы, используемые в данном проекте (анализ, синтез, сравнение, абстрагирование, конкретизация, обобщение, моделирование, индукция и дедукция) позволили расширить и сгруппировать знания о здоровьесберегающей деятельности, необходимые для формирования готовности подростков к здоровьесбережению.

2. Эмпирические методы (сбор и накопление данных, контроль и измерение, обработка данных, оценивание, внедрение результатов в практику) позволили реализовать полученные знания на практике.

3. При создании проекта учитывались технологические и личностные ресурсы, которые включают в себя следующие характеристики: знания, умения, навыки, опыт, мышление, поведение. В нашем случае подросток получил практический опыт и овладел знаниями, которые применил в самостоятельной здоровьесберегающей деятельности.

На наш взгляд, готовность подростков к здоровьесбережению подтверждается знаниями о здоровьесбережении, которые ориентированы: на повседневную школьную жизнь; эмоциональную саморегуляцию и самоконтроль; самоподдержку и самосовершенствование; адекватную оценку своего здоровья; знания о личной гигиене и безопасности жизни; знание норм ортобиоза (здорового, разумного образа жизни) и применение их в повседневной жизни; контроль динамики изменений в физическом развитии.

Исследователи по физическому воспитанию считают, что в процессе рационального образа жизни, называемого ортобиозом, необходимо учитывать тот факт, что между субъектами педагогического процесса происходит постоянное взаимодействие. Подростки накапливают определенный социальнозначимый опыт, рассматриваемый нами как стратегическая задача. Реализация полученных знаний на практике в процессе здоровьесбережения определяет тактическую задачу [231].

2.2. Описание и результаты опытно-экспериментальной работы по формированию готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности

Педагогический эксперимент проводился с 2011 по 2017 гг. на базе муниципального автономного общеобразовательного учреждения средняя общеобразовательная школа №59 «Перспектива» города Липецка и МБОУ ДО «Детско-юношеской спортивной школе № 9» города Липецка.

В эксперименте принимали участие 75 подростков в возрасте 14-15 лет. В экспериментальной группе было 38 подростков, в контрольной – 37.

Цель констатирующего этапа эксперимента (2011-2013 гг.) состояла в выявлении исходного уровня готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Для этого использовалась совокупность методик: «Анкета изучения мотивации» (автор Е. А. Калинина); «Опросник потребности в достижениях» (автор Ю. М. Орлов); индекс Кердо; тест «САН»; тест знаний закрытой формы «ТЗ-З»; тест признаков утомления (автор Н. Б. Танбиан); тест-карта для выявления нарушений осанки; опросник рефлексивности (автор А. В. Карпов), опросник прогнозирования и оценки собственной деятельности (автор В. И. Андреев); анкета отношения подростков к информационным картам обучающей компьютерной программы ОКП.

Компоненты, критерии, показатели и диагностические методики готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности в обобщенном виде представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Взаимосвязь компонентов, критериев и диагностических методик определяющих готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности

Компоненты готовности	**Критерии**	**Показатели готовности**	**Диагностические методики**
Мотивационный	Побуждение к действию	Интерес к здоровьесбережению, адекватное отношение к здоровью, направление на саморазвитие, мотивация на успех	Анкета изучения мотивации Е. А. Калининой. Опросник потребности в достижениях Ю. М. Орлова
Когнитивный	Совокупность мировоззрения, убеждений и знаний	Запас знаний и представлений подростков о здоровьесбережении (создание проекта)	Тесты для определения знаний о здоровье («САН»; тест знаний закрытой формы «ТЗ 3»; тест признаков утомления (Н. Б. Танбиан), индекс Кердо)
Операциональный	Овладение целым рядом умений и навыков, разнообразных приемов и методов	Умения и навыки, необходимые для здоровьесбережения (применение проекта)	Тестирование функционального состояния костно-мышечной системы (КМС) и опорно-двигательного аппарата (ОДА): тест-карта для выявления нарушений осанки, определение функциональной подвижности позвоночника (ФПП), измерение силы и выносливости мышц
Оценочно-рефлексивный	Самопознание субъектом внутренних психических актов и состояний	Анализ деятельности, направленной на здоровьесбережение	Модифицированный вариант опросника рефлексивности Карпова А. В. Прогнозирование и оценка собственной деятельности В.И. Андреева. Отношение подростков к информационным картам обучающей компьютерной программы

Результаты, полученные в ходе констатирующего этапа эксперимента, позволяют сделать следующее заключение:

– во-первых, подростки не готовы к деятельности, направленной на здоровьесбережение. Все известные им способы сохранения здоровья направлены на улучшение соматического состояния и на достижение телесного комфорта;

– во-вторых, у подростков нет интереса к деятельности, за которую они «не получат» оценку, и осуществление её происходит интуитивно, методом проб и ошибок.

При этом свое здоровье подростки оценивают, как необычное состояние, которое может быть достигнуто при наличии подходящих внешних условий, без собственной активной деятельности, направленной на сохранение здоровья.

Мы рассматривали нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) и костно-мышечной системы (КМС), так как они имеют особое место в детской патологии. Данные нарушения приводят впоследствии к подростковой и детской инвалидности, и являются критериальным показателем здоровья организма в целом.

В ходе опроса и комбинированного визуально-инструментального осмотра подростков (тестирование функционального состояния костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата) было обнаружено, что нарушение осанки и плоскостопие, наиболее часто встречающиеся нарушения.

При этом нарушения функции стопы и осанки являются важной социальной, педагогической и медицинской проблемой, которая привлекает большое внимание отечественных и зарубежных специалистов различных специальностей.

Более того, происходит не только распространение заболевания, поражающего людей в самом работоспособном возрасте, но и, главным образом, наблюдается полиморфизм синдромов [61, 123].

Очень интересны исследования С. А. Кастюнина, Э. Н. Вайнера, которые обозначили, что «предпосылки нарушений позвоночника закладываются уже в дошкольном и младшем школьном возрастах» [98, с. 29].

Протестировав испытуемых и проанализировав работы ученых, занимавшихся вопросами здоровьесбережения [38, 61, 77, 98], мы сделали акцент на исследовании осанки.

Важно подчеркнуть, что нарушение осанки – это еще не заболевание, а только функциональное нарушение, которое называют «дефект осанки» [98, с. 25]. В свою очередь «мышцы, суставы и позвоночник живут за счёт двигательной активности, без тренировки они утрачивают способность сокращаться, становятся слабыми, дряблыми, человек быстро устает, нарушается клеточное дыхание, клетки не получают нужной порции кислорода и не могут нейтрализовать токсины, находящиеся в организме» [246, с. 9].

В ходе формирующего эксперимента (2013- 2017 гг.) проводилась целенаправленная работа по формированию готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Обучающиеся были разделены на две группы. Таким образом, были сформированы экспериментальная группа (38 подростков) и контрольная группа (37 подростков). До проведения формирующего эксперимента контрольная и экспериментальная группа не отличались между собой по уровню готовности к здоровьесбережению.

В экспериментальной группе формирование готовности к здоровьесбережению происходило с помощью проекта «Преобразование». Проект «Преобразование» рассчитан на привлечение подростков к моделированию здоровьесберегающих мероприятий, направленных на восстановление собственного здоровья, так как, восстановление – это долговременный и кропотливый труд [230, 231].

Контрольная группа работала с предложенным учебным материалом по традиционной схеме (заучивание комплекса здоровьесберегающих мероприятий и реализация его содержания на уроках физкультуры).

В экспериментальной группе образовательный процесс осуществлялся по разработанной нами модели, на занятиях создавались выявленные педагогические условия.

В образовательном процессе была создана здоровьесберегающая среда: учебно-познавательная деятельность организовывалась на основе таких форм обучения как факультативы с использованием педагогического средства – проект «Преобразование» с последующей его защитой.

Подростки выполняли проекты по темам: «Профилактика нарушений осанки»; «Профилактика плоскостопия»; «Профилактика сколиозов»; «Комплекс ЛФК при плоскостопии»; «Комплекс коррекционных мероприятий при нарушении осанки». Проекты были рассчитаны на реализацию в течение 6 месяцев. Для самостоятельной разработки здоровьесберегающего проекта необходимо было изучить материал по выбранной подростками теме.

Для правильной организации здоровьесберегающей деятельности необходимо осмысление деятельности, закрепление и обобщение полученных знаний, которые реализуются в практической деятельности. То есть подросткам необходимо «знать и уметь применить знание к делу и жизни» [171, с. 324].

Практическая работа была организована при помощи средств программно-информационного обеспечения (компьютер, интерактивная доска, бумажный носитель), на которых демонстрировался алгоритм создания проекта:

1. Выбор темы проекта, изучение специальной литературы.

2. Подготовка проекта. Порядок действий с информационными картами по образцу: выборка ключевых идей из карты №1 Инф-к1 и перенос её в раздел ключевых идей карты №2 Инф-к2; определение мотивационных условий для формулировки действий; выбор стандартных начал для пунктов проекта на базе ключевых идей информантов; составление исследовательского заключения; работа с игровым модулем.

Анализ перечня упражнений, прилагаемых к игровому модулю, в зависимости от результатов тестирования организма подростков, показал, что подростки подошли к данному заданию творчески. Упражнения ими были подобраны для всех групп мышц и выполнялись под музыку.

3. Тестирование на усвоение образца.

4. Испытание опытного образца.

5. Защита проекта.

В начале проектной деятельности на организационно-установочной стадии подростки экспериментальной группы проводили тестирование всего организма, в результате которого было выявлено нарушение осанки у 40 %респондентов.

Нужно отметить, что никто из подростков не знал, что у них имеются данные нарушения. Большинство подростков не придают особого значения выявленным нарушениям и не имеют о них элементарных знаний. Следовательно, можно заключить, что большинство подростков не осознают возможные последствия данных нарушений для своего здоровья и не понимают, что чем раньше будет обнаружен момент отклонения от состояния здоровья к болезни, тем эффективнее будут предпринимаемые меры [44, с. 3].

Следовательно, можно заключить, что, большинство подростков не осознают возможные последствия данных нарушений для своего здоровья.

При измерении силы и выносливости мышц было выявлено, что 88,2% подростков имеют высокие показатели выносливости и лишь 11,8% хорошие, средних и низких показателей не было выявлено.

При исследовании функциональной подвижности позвоночника было определено, что у 39,8% респондентов показатели соответствовали норме, у 5,7 % выявлена чрезмерная подвижность, а у 54,5% – ограничение подвижности позвоночника.

Перед анкетированием мы провели устный опрос у подростков, чтобы выяснить, с какой целью они занимаются ЛФК.

Результаты опроса были следующие: 69,8 % подростков посещают занятия ЛФК, как им рекомендовал ортопед; 19,7 %, чтобы не «допекали» родители; 6,9 %, чтобы «потусоваться» (т.к. сегодня нечего делать); 3,6 %, чтобы улучшить своё здоровье.

Таким образом, можно заключить, что, во-первых, большая часть подростков не осознают тяжести своего состояния здоровья, во-вторых, им неинтересны сами занятия ЛФК и непонятна цель этих занятий.

В развитии мотивационной сферы подростков мы выделили две линии:

расширение спектра побуждений к здоровьесберегающим мероприятиям, актуализацию познавательных потребностей, повышение интереса к профилактике; переход от поверхностных знаний к более осмысленному восприятию проблемы.

Для определения мотивационной сферы деятельности подростков мы использовали опросник потребности в достижениях Ю. М. Орлова.

Данный опросник позволяет определить потребность в достижениях и активность подростка в здоровьесберегающей деятельности. Методика представляет собой анкету, в которой 22 утверждения, диапазон баллов может быть от 2 до 22.

Уровни потребностей в достижениях могут быть следующими: низкая потребность в достижениях; пониженная потребность в достижениях; средняя потребность в достижениях; повышенная потребность в достижениях; высокая потребность в достижениях.

Результаты тестирования уровней потребностей в достижениях здоровьесбергающей деятельности подростков представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Результаты исследования уровней потребностей в достижениях здоровьесберегающей деятельности (опросник Ю. М. Орлова)

Уровни потребностей в достижениях	Констатирующий этап		Контрольный этап	
	КГ	ЭГ	КГ	ЭГ
Продуктивный	19,5 %	20,1%	30,2%	51,8%
Репродуктивный	52,3 %	50,4%	50,6 %	38,1%
Адаптивный	28,2%	29,5%	19,2%	10,1%

Для определения мотивации учебной деятельности подростков мы использовали анкету Е. А. Калининой.

Данная анкета позволяет определить готовность подростков к деятельности, направленной на формирование готовности к здоровьесбережению. Методика

представляет собой анкету, в которой 50 вопросов. Баллы суммируются по каждому виду мотивов. Максимальное количество баллов – 40, минимальное – 10. Затем показатели делят на четыре, а результаты переводят в 10-балльную систему в соотношении с критериями (1-3 балла – низкая; 4-6 баллов – средняя; 7-8 балов – высокая; 9-10 баллов – очень высокая).

Показателями мотивации рассматриваемой анкеты являются: мотивация к достижению поставленной цели; мотивация к соревновательной деятельности; мотивация к движению вперёд; мотивация к общению и общей деятельности; мотивация к получению новых знаний вне процесса обучения.

Результаты тестирования мотивационной сферы деятельности подростков по анкете изучения мотивации Е. А. Калининой представлены в таблице 7.

Никто из респондентов не продемонстрировал очень высокую и низкую выраженность мотива. То есть показатели мотивации являются средними. Мы использовали эту анкету для выявления интереса подростков к неплановой здоровьесберегающей деятельности и выяснили, что у испытуемых нет интереса к познавательной деятельности, за которую они «не получат» оценку. Проанализировав полученные результаты, можно сделать выводы, что большинство подростков в определённой мере ориентированы на достижение успеха в деятельности, направленной на сохранение здоровья; теоретическими показателями, отражающими эту деятельность, являются: упорство в достижении установок, неудовлетворенность достигнутым, стремление отдаваться работе, готовность получить удовольствие от успеха, неспособность плохо работать, сильное желание сделать дело как можно лучше, изобретать новые приемы работы при выполнении обычных дел, неудовлетворенность легким успехом.

В процессе работы с анкетой у подростков пробудился живой интерес, а в процессе опроса они показали стойкие знания, которые они смогли самостоятельно реализовать на практике.

Таблица 7 – Результаты исследования мотивационной сферы подростков к здоровьесберегающей деятельности по анкете Е. А. Калининой

Уровни готовности мотивационной сферы подростков	Констатирующий этап		Контрольный этап	
	КГ (37 подр.)	ЭГ (38 подр.)	КГ (37 подр.)	ЭГ (38 подр.)
Адаптивный	41,3 %	33,4 %	35,5%	11,3 %
Репродуктивный	41,1 %	49,8 %	41,4 %	33,1 %
Продуктивный	17,6%	16,8 %	23,1%	55,6 %

Для определения когнитивного компонента подросткам предлагалось простое тестовое задание в виде закрытой формы (ТЗ-3) (Приложение 8). Это задание выполнялось до эксперимента и после него.

Тестируемым предлагалось выбрать ответ из предложенного множества элементов. Задание состоит из неполного утверждения с одной вакансией и множества элементов, один или несколько из которых являются правильными утверждениями. Правильный ответ определяется «из данного множества» [106, с.3].

Правильные ответы помечены сразу в тесте, перед верным утверждением стоит знак «+». Анализ проведенного исследования показал, что у большинства подростков (72 %) отсутствуют необходимые знания об основных признаках нарушений ОДА.

В ходе эвристической беседы обсуждались и разбирались проблемы (поверхностные знания о здоровьесбережении), в решении которых требовалось использование различных педагогических технологий (здоровьесберегающие комплексы). Именно это содействовало оптимальному освоению материала и его нестандартному восприятию подростками.

Важным моментом является то, что на основании опыта работы с детьми и подростками, имеющими нарушения в состоянии здоровья, можно отметить, что правильно спланированные, хорошо организованные и подкреплённые соответствующей методикой занятия, дают положительный результат в достижении поставленных задач [199]. Как видно из вышесказанного, подросткам не хватает знаний о мероприятиях, направленных на здоровьесбережение.

Таким образом, существенным признаком при выполнении комплексов ЛФК является диагностика ответной реакции организма на физическую нагрузку [201], поэтому в процессе здоровьесбережения необходимо учитывать изменения, ощущения (внешние признаки утомления), появляющиеся во время данной деятельности.

Диагностическим критерием является оценка самочувствия, по Н. Б. Танбиану. Подростки должны точно знать, что признаками утомления при занятиях ЛФК являются: *окраска кожи* (незначительное или значительное покраснение, выраженное покраснение или побледнение, синюшность); *потливость* (незначительная, значительная, чрезвычайно большая (все туловище), появление соли на висках и одежде); *движения* (обычная походка, нетвердый шаг и покачивание, резкие покачивания и отставание при движении); *внимание* (чёткое выполнение инструкций, неточность в выполнении команды и заторможенность, реакция только на громкие распоряжения); *самочувствие* (жалоб нет, жалобы на утомление и боли в нижних конечностях, нарушение дыхания, тахикардию, на выраженное утомление и боли в нижних конечностях, нарушение дыхания и головную боль, «жжение» в груди, тошноту и рвоту).

Степени утомления оцениваются в баллах (небольшая степень утомления – 3 балла; значительная – 2 балла; резкая – 1 балл).

Данное тестирование по итогам предоставленной диагностики показало, что только 6,8 % подростков имеют показатели резкого утомления, 22,7 % – значительный уровень, а 70,5 % – средний уровень утомления.

Опросник САН предлагался подросткам для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения. Испытуемые соотносили свое состояние с признаками по многоступенчатой шкале, состоящей из 30 вопросов.

Данный опросник отображает маневренность, быстроту и темп развития функций организма (активность), силу, здоровье, усталость (общее самочувствие) и характеризует эмоциональный настрой подростков. Испытуемые находили и обозначали цифру, которая наиболее достоверно отражала их состояние в момент проверки.

При рассмотрении функционального состояния подростков существенны значения некоторых его коэффициентов и их соотношение. В норме баллы активности, настроения и самочувствия, как правило, одинаковы. По мере нарастания усталости соотношение между ними модифицируется за счет сравнительного уменьшения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

Обобщая результаты проведенной оценки опросника САН, мы обнаружили, что в экспериментальной группе произошли значительные модификации САН в положительную сторону, что указывает на то, что здоровьесберегающие мероприятия подобраны в соответствии с индивидуальными особенностями и потребностями подростков (Таблица 8).

Таблица 8 – Результаты исследования оперативной оценки самочувствия, активности и настроения (опросник САН)

Уровни оперативной оценки (опросник САН)	Констатирующий этап (75 чел.)	Контрольный этап	
		КГ (37 подростков)	ЭГ (38 подростков)
Адаптивный	7,0 %	14,1 %	43,6 %
Репродуктивный	76,2 %	65,5 %	48,0 %
Продуктивный	16,8 %	20,4 %	8,4 %

Для оценки деятельности вегетативной нервной системы мы использовали Индекс Кердо. Этот показатель отражает степень влияния нагрузки на сердечно-сосудистую деятельность парасимпатической иннервации и вычисляется по формуле: ВИ = (1 – Д / ЧСС) *100, где ВИ – вегетативный индекс, Д – величина диастолического давления; ЧСС – частота сердечных сокращений в 1 мин.

Результаты трактовки пробы могут быть следующими: положительное значение (преобладание симпатических влияний); отрицательное значение (преобладание парасимпатических влияний).

Зная результаты данной пробы, мы смогли правильно распределить время тренировок для подростков. Так как, если значение этого индекса больше нуля, то

преобладают возбуждающие влияния в деятельности вегетативной нервной системы, если меньше нуля, то преобладают тормозные (то есть в данный период времени тренировку проводить не стоит), если равен нулю, то это говорит о функциональном равновесии.

Индекс Кердо будет больше нуля, если пульс больше диастолического давления (ДАД), равен нулю – при их равенстве, и меньше нуля – при превышении ДАД над пульсом. Необходимо заметить, что положительное значение пробы (преобладание симпатических влияний) было выявлено у 58,9% подростков. Отрицательное значение (преобладание парасимпатических влияний) – у 29,9%. И лишь у 11,2% испытуемых значение этого индекса равно нулю, что говорит о функциональном равновесии.

В ходе исследовательской деятельности на аналитической стадии было определено, что нарушения выявляются не у всех испытуемых, но отличительной чертой проекта стала его направленность на профилактическое здоровье. Здоровьесберегающие мероприятия осуществлялись в ходе эвристической беседы, исследовательской деятельности и диалогов.

На стадии проблематизации на социальном и индивидуальном уровнях подростки определяли существующие у себя проблемы в состоянии здоровья под контролем педагога. На основе совокупного опыта подростки обозначали, что между состоянием здоровья и болезнями имеется ряд переходных состояний, и чем раньше будет обнаружен момент отклонения от состояния здоровья в сторону нарушений, тем эффективнее будут все предпринимаемые меры.

На стадии проектирования подростки разрабатывали проект «Преобразование» по образцу, данный проект основан на базе обучающей компьютерной программы ОКП. Испытуемым предлагались тексты, содержащие информацию о том, что такое нарушение осанки. Выбранный подростками текст переносился в информационную карту (Приложение 2), а затем в карту «синтаксической синонимии» (Приложение 3), чтобы сделать исследовательское заключение (Приложение 4).

Данный текст они структурировали и составляли ключевые идеи, которые

переносили в информационно-игровой граф анализирующего наблюдения, после этого подростки делали исследовательское заключение (простое повествовательное предложение, отражающее комбинацию Стн. + Кл. + Инц. +Мк).

Вслед за тем к информантам подбирались пять синонимов, и составлялись синонимические информанты «Си-Си», рассматриваемые как видоизмененные тезисы. Для создания комплексов лечебной физкультуры подросткам предлагали текст с комплексом физических упражнений используя две обычные информационные карты (ИК ОКП№1 Инф-к1 и ИК ОКП№2 Инф-к2).

Этот текст разделяли на пять отдельных фрагментов (информантов). Каждый информант имел законченное смысловое значение и в каждом из них выявляли смысловые опоры, которые затем концентрировали в ключевой идее.

Комплексы упражнений не заучивались, а переносились в информационные карты (ИК ОКП№1 Инф-к1 и ИК ОКП№2 Инф-к2), что способствовало запоминанию информации, длительному её хранению и воспроизведению в процессе здоровьесберегающей деятельности.

Учитывая вышесказанное, необходимо отметить, что в проекте применяются организационно-методические положения для формирования готовности подростков к здоровьесбережению: соответствие тренирующих и воспитательных действий с учетом возрастного развития, соматическим, морфофункциональным, нейрогуморальным, биомеханическим системам и психическому состоянию подростков; использование сенситивного периода для достижения обучающего, воспитательного, тренирующего эффекта; своевременное формирование костно-мышечной системы подростка для предотвращения дисбалансов; своевременное развитие адаптации к возникающим изменениям среды у подростков; овладение подростками методами здоровьесбережения для самовоспитания и адекватного выбора режимов двигательной активности; овладение подростками рациональной техникой локомоций и изучение особенностей своего организма в течении возрастного периода.

Еще одна ведущая идея проекта связана с пониманием того, что на стадии защиты и реализации в течение шести месяцев подростки использовали самостоя-

тельно составленные здоровьесберегающие комплексы, но под контролем преподавателя.

Продолжение проекта предполагало, что на рефлексивной стадии подростки критически анализировали и оценивали деятельность, направленную на здоровьесбережение (модифицированный вариант опросника рефлексивно сти А. В. Карпова, прогнозирование и оценка собственной деятельности, отношение подростков к информационным картам ОКП).

Для определения степени критического мышления и анализа собственной здоровьесберегающей деятельности подростков мы применяли опросник рефлексивности А. В. Карпова.

Испытуемые давали ответы на 27 утверждений опросника и определяли свой уровень рефлексивности (высокоразвитый, средний, низкий). В карте ответов напротив номера вопроса подростки ставили цифру, которая соответствует варианту ответа: 1 – абсолютно неверно; 2 – неверно; 3 – скорее неверно; 4 – не знаю; 5 – скорее верно; 6 – верно; 7 – совершенно верно.

В ходе анализа рефлексивности А. В. Карпова выявлено следующее: для 78 % респондентов присуща ситуативная рефлексия, обеспечивающая непосредственный самоконтроль поведения в здоровьесберегающей деятельности.

Подростки осмысливали и анализировали свою деятельность, направленную на сохранение здоровья; соотносили свои действия с обстоятельствами и сообразовывали их в соответствии с изменяющимися условиями и собственным состоянием.

Проанализировав, все вышесказанное, можно сделать следующий вывод: подростки обдумывали свою деятельность, направленную на сохранение здоровья и анализировали происходящее, но тем не менее они ещё не до конца готовы самостоятельно принимать решения. Самоанализ в конкретной деятельности не вполне уместен.

В предыдущий анализ деятельности, направленной на здоровьесбережение (ретроспективная рефлексия), было задействовано лишь у 12 % опрошенных.

Предпосылки, мотивы, причины и содержание предыдущего поведения, а также его результативные параметры и в особенности допущенные погрешности не анализировались подростками. Данный вид рефлексии выражается в том, как часто и продолжительно подросток анализирует и оценивает прошлую деятельность, склонен ли он её анализировать и определять свою роль в ней.

Перспективная рефлексия включает в себя анализ предстоящей деятельности, направленной на здоровьесбережение, планирование и прогнозирование вероятных исходов. Данная рефлексия выявлена лишь у 10 % испытуемых.

Модифицировав опросник В. И. Андреева, мы разработали анкету прогнозирования и оценили собственную деятельность подростков, выявляющую оценку собственных возможностей в здоровьесберегающей деятельности. Испытуемые самостоятельно давали ответы на 16 утверждений анкеты:1.Вы сами составляли здоровьсберегающий комплекс? Состояние Вашего здоровья повлияет на выбор будущей профессии? 3. Всегда Вы заканчивали начатое дело? 4. Как вы считаете, всем подростка необходимо заниматься ЛФК? 5. Хорошо ли Вы освоили здоровьесберегающую деятельность? 6. Вы самостоятельно подбирали для себя комплексы ЛФК? 7. Готовы Вы заниматься ЛФК, зная, что это долгий и кропотливый труд? 8. Как Вы считаете, Ваш комплекс ЛФК разработан правильно? 9. Вы стремитесь иметь свое мнение по поводу сохранения здоровья? 10. Готовы ли Вы обменяться опытом и анализируете свои собственные ошибки? 13. Вы полагаете, что у Вас недостаточно знаний о здоровьесбережении? 14. При составлении комплексов ЛФК, Вы участвуете в спорах? 15. Как Вы считаете, на данном этапе Ваша здоровьесберегающая деятельность проведена качественно? 16. Готовы Вы в уже составленный проект вносить изменения или оставите все как есть?

Ключ к данной анкете:

Ответы «да» в вопросах анкеты 1, 3-7, 9, 11-16 = 3 балла.

Ответ «нет» в вопросе анкеты 2 = 3 балла.

Ответы «затрудняюсь» в вопросах анкеты 1-7, 9, 11-16 = 2 балла.

Ответы «нет» в вопросах анкеты 1, 3-7, 9, 11-16 = 1 балл.

Ответ «да» в вопросе анкеты 2 = 1 балл.

Ответы на вопросы анкеты 8 и 10 оцениваются следующим образом:

«Да» на оба вопроса анкеты = 1 балл за каждый ответ.

«Затрудняюсь» на оба вопроса анкеты = 2 балла за каждый из двух ответ.

«Нет» на каждый из двух вопросов анкеты = 1 балл за каждый ответ вопроса анкеты.

«Да» и «затрудняюсь» = 3 балла за каждый ответ вопроса анкеты.

«Да» и «нет» = 3 балла за каждый ответ вопроса анкеты.

«Нет» и «затрудняюсь» = 2 балла за каждый ответ вопроса анкеты.

Так как здоровьесбережение непосредственно связано со степенью состязательности, то предоставленная анкета позволяет определить самооценку подростков по присутствию у них таких качеств, как: четкость целей и аксиологических ориентаций (вопросы 1, 2); способность к риску (вопросы 5, 7); трудолюбие (вопросы 3, 16); возможность быть лидером (вопросы 6, 8); самостоятельность (вопросы 8, 9); тяготение к непрестанному саморазвитию (вопросы 10, 11); стрессоустойчивость (вопрос 12); стремление к повышению своего уровня здоровья (вопросы 13, 14); устремление к качеству своего труда (вопросы 15, 16).

Баллы за ответы предлагается дифференцировать по надлежащим ступеням (уровням) проявления признака готовности подростков к здоровьесбережению: 16-24 балла – адаптивный; 25-39 баллов – репродуктивный; 40-48 баллов – продуктивный.

В ходе оценки по методике В. И. Андреева нам удалось установить, что экспериментальная работа позитивно отразилась на развитии рефлексивного компонента подростков.

Овладение на экспериментальных занятиях умениями и навыками осуществления здоровьесбережения повысило готовность подростков к здоровьесберегающей деятельности. Существенно уменьшилось число респондентов с низким уровнем прогнозирования и оценки собственной деятельности в экспериментальной группе, что доказывает эффективность проведенной опытной работы (Таблица 9).

Таблица 9 – Результаты диагностики прогнозирования и оценки собственной здоровьесберегающей деятельности (В. И. Андреев)

Прогнозирование и оценка деятельности	Констатирующий этап (75 чел.)	Контрольный этап	
		КГ (37 подростков)	ЭГ (38 подростков)
Продуктивный	6,8 %	15,9 %	64,4 %
Репродуктивный	70,5 %	46,3 %	27,6 %
Адаптивный	22,7 %	37,8 %	8,0 %

После использования методики В. И. Андреева были получены следующие результаты: у большей части подростков (70,5 %) оказался средний уровень, высокий уровень – около 6,8 % подростков, а низкий – почти у 22,7 % подростков. Предоставленные сведения свидетельствуют о том, что большинство подростков не уверены в правильности своей деятельности, направленной на сохранение своего здоровья, так как не верят в собственные силы. При решении вопросов оздоровления останавливают свой выбор на наиболее консервативных методах.

По окончании экспериментального исследования в экспериментальной группе было проведено анкетирование, направленное на выявление отношения подростков к информационным картам обучающей компьютерной программы ОКП (Приложение 7), находящимся в проекте «Преобразование».

Информационная карта, созданная на основе информационных технологий, представляет собой действия по обработке текста путём схематизации в табличной конфигурации и является ориентиром при предпочтении подростками формы обработки полученной информации и способствует решению ряда определённых задач: раскрывает потенциал подростков в процессе здоровьесбережения за счёт качественной обработки поступающей информации, формирует обстоятельную мотивацию, устойчивый интерес и потребность к здоровьесберегающей деятельности; объясняет содержание здоровьесберегающих технологий, формирует аналитическую деятельность, самоконтроль, самоанализ, помогает осуществить под-

бор необходимых комплексов здоровьесберегающих мероприятий; обеспечивает позитивную динамику формирования готовности подростка к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, развивает стойкий интерес к познавательной деятельности, направленной на восстановление собственного здоровья.

В контрольной группе данное анкетирование не проводилось, так как информационные карты были представлены в проекте «Преобразование».

Полученные итоги были приведены в процентное соотношение для экспериментальной группы и вписаны в соответственную таблицу 10.

Таблица 10 –Уровни оценки отношения подростков к информационным картам обучающей компьютерной программы ОКП

Уровни оценки отношения подростков к информационным картам (ОКП)	Констатирующий этап ЭГ (38 подростков)	Контрольный этап ЭГ (38 подростков)
Продуктивный	7,1 %	44,2 %
Репродуктивный	27,9 %	22,6 %
Адаптивный	65,0 %	33,2 %

Мы считаем, что для системного применения проектов в процессе здоровьесбережения требуется модификация существующей системы здоровьесберегающей деятельности, направленной на формирование готовности подростков к сохранению и укреплению своего здоровья.

В представленной нами экспериментальной работе процесс формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности состоял из последовательных стадий и сопровождался усвоением личностных и волевых качеств, характеризующих уровень их готовности к здоровьесберегающей деятельности.

С физиологической точки зрения учитывалось формирование костно-мышечной системы (КМС) подростка, развитие соматических, морфофункциональных, нейрогуморальных, биомеханических систем и психического состояния.

Для достижения обучающего, воспитательного, тренирующего эффекта учитывался сенситивный период.

Организация констатирующего и формирующего эксперимента проводилась в образовательном учреждении с применением организационно-методических положений, ориентированных на постоянную активную деятельность. Она направлена на сохранение здоровья подростков.

Необходимо заметить, что если деятельность, направленная на здоровьесбережение, рассматривается со стороны человеческой значимости и ценности, то только тогда она становится фактором, влияющим на развитие подростка, гармонизацию внутреннего мира и физическое развитие.

В процессе экспериментальной работы, в которой рассматривалось применение проекта «Преобразование», нам удалось добиться значительных результатов в формировании готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности. Тем не менее делать прогноз об их стабильности в будущем вызывает затруднение.

В следующем параграфе мы представим статистическую обработку и мониторинг результатов экспериментального исследования.

2.3. Анализ результатов педагогического эксперимента по формированию готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности

Опытно-экспериментальное исследование проводилось на базе Муниципального автономного общеобразовательного учреждения средняя общеобразовательная школа №59 «Перспектива» города Липецка и МБОУ ДО «Детско-юношеской спортивной школе № 9» города Липецка (с 2011 по 2017 гг.). В эксперименте принимали участие 75 подростков в возрасте 14-15 лет.

В экспериментальной группе было 38 подростков, в контрольной 37.

На констатирующем этапе осуществлялась подборка методик для оценки готовности подростков к здоровьесбережению. Проводилась диагностика физического развития подростков, и определялся уровень готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Опытно-экспериментальная работа включала в себя констатирующий и формирующий этапы эксперимента. В результате анализа уровня готовности подростков к здоровьесбережению на начало эксперимента было определено, что 53% (т.е. большая часть) имеют средний уровень готовности, низкий уровень готовности имеют 30% подростков, а высокий уровень имеют лишь 17% испытуемых.

На первом этапе, нашего исследования реализовывался констатирующий эксперимент, в ходе которого мы выбрали диагностические методики (Таблица 5), показывающие уровень готовности подростков к здоровьесбережению. Подробное описание данных методик приведено ранее (п. 2.2).

Результаты первичной диагностики готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности отражены в диаграмме (Рисунок 2).

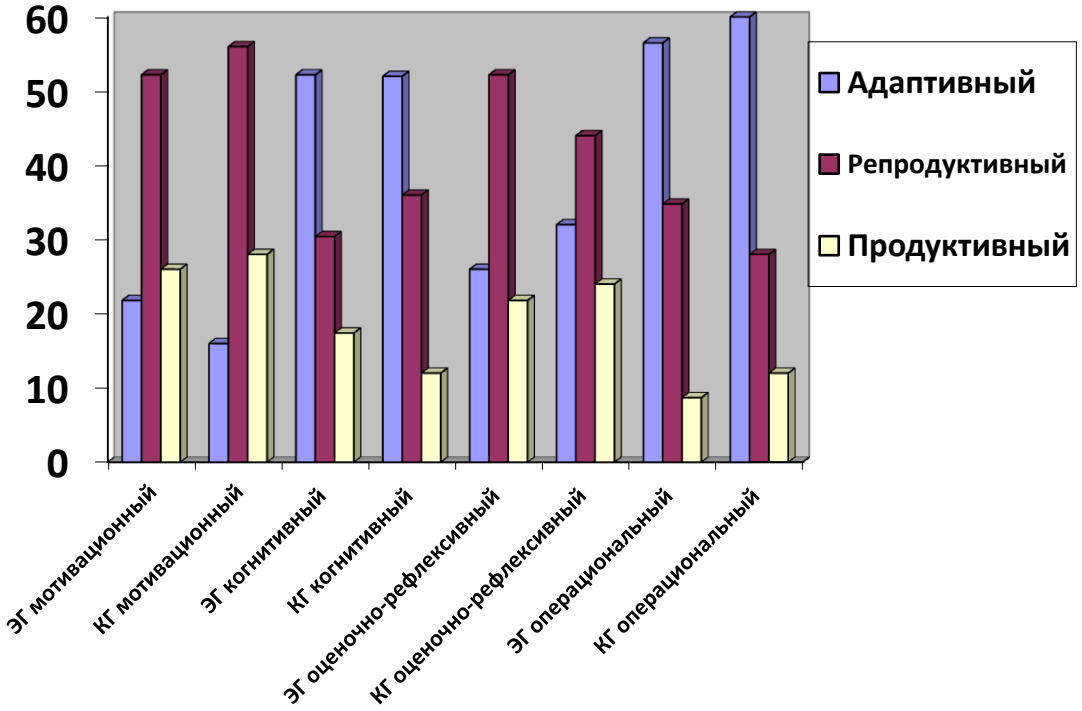

Рисунок 2 – Исходный уровень готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности

Результаты первичной диагностики в экспериментальной и контрольной группах по выделенным критериям показали, что подростки в обеих группах имеют одинаковый уровень готовности к здоровьесбережению: средний и низкий.

Обработка результатов проводилась с помощью критерия углового преобразования Фишера. Среди подростков контрольной и экспериментальной групп не выявлено достоверных различий (значения колеблются от 0,0 до 0,5; $p > 0,01$).

В ходе формирующего эксперимента в экспериментальной группе применялся проект «Преобразование».

По окончании формирующего эксперимента была проведена повторная диагностика уровня готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности в контрольной и экспериментальной группах.

Результаты вторичной диагностики уровней готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности представлены на рисунке 3.

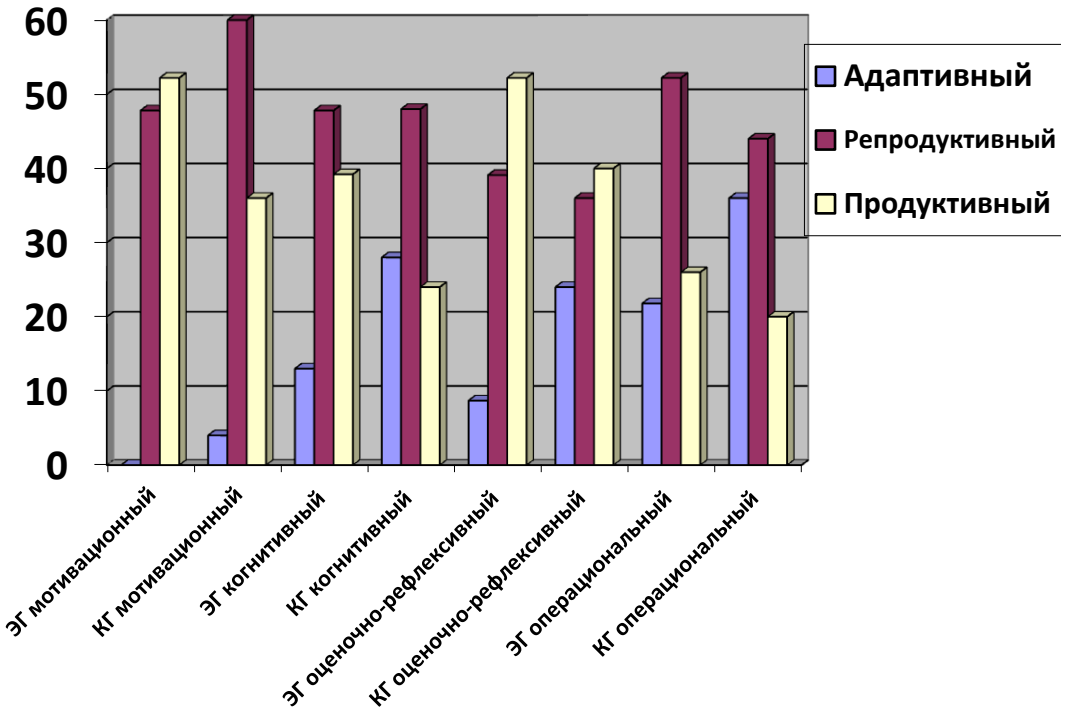

Рисунок 3 – Итоговый уровень готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности (формирующий эксперимент**)**

Анализ вторичной диагностики уровней готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности отразил положительную динамику мотивационного, когнитивного, оценочно-рефлексивного, операционального уровней.

Сравнительная оценка уровней сформированности готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности на констатирующем и контрольном этапе показала, что к окончанию эксперимента произошли изменения и в контрольной, и в экспериментальной группах, но в экспериментальной группе показатели стали выше, чем в контрольной.

При анализе данных на диаграмме видно, что в экспериментальной группе значительно увеличилось количество подростков с продуктивным уровнем сформированности готовности в данной сфере, а в контрольной группе изменения не существенны. После проведенного анализа мы отметили различия между группами, участвовавшими в эксперименте.

Как видно из приведенного рисунка 3, в экспериментальной группе наибольшее количество подростков имеют высокий уровень готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности: по мотивационному критерию 50,9%; средний уровень готовности к здоровьесбережению – у 47,8% подростков; с низким уровнем готовности по данному критерию фиксируется – 1,3%.

В контрольной группе показатели готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности следующие: средний уровень готовности к здоровьесбережению – 60,3%, высокий – 35,5%, низкий – 4,2%.

Мотивационный компонент к здоровьесбережению средствами проектной деятельности в обеих группах в конце эксперимента стал более выраженным, но в контрольной группе изменения недостаточно существенны. В экспериментальной группе мотивационный компонент стал значительно выше. Подростки «погрузились» в существующую проблему и определили для себя значимость сохранения здоровья на протяжении всей жизни. для чего им нужна здоровьесберегающая деятельность. В таблице 11 представлены сравнительные результаты опытно-экспериментальной работы в контрольной и экспериментальной группах. Данные

результаты отражают уровневую готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности (адаптивный, репродуктивный, продуктивный), с учетом компонентов готовности (мотивационный, когнитивный, операциональный, рефлексивно-оценочный).

Применяя проект «Преобразование», подростки экспериментальной группы получили более глубокие знания о своём здоровье, которые способствовали осмысленному запоминанию информации и формировали у них готовность к здоровьесбережению средствами проектной деятельности. Подростки реально оценивают свои возможности, качественно выполняют комплексы лечебной физической культуры без внешнего контроля, обладают достаточно высоким уровнем мотивации, осознают значимость и важность деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья.

Таблица 11 – Результаты формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проекта «Преобразование» в начале и в конце эксперимента

Компоненты готовности	Экспериментальная группа						Контрольная группа					
	Адаптивный ур.		Репродуктивный ур.		Продуктивный ур.		Адаптивный ур.		Репродуктивный ур.		Продуктивный ур.	
Начало эксперимента (Н/Э) Конец эксперимента (К/Э)	Н/Э	К/Э	Н/Э	К/Э	Н/Э	К/Э	Н/Э	К/Э	Н/Э	К/Э	Н/Э	К/Э
мотивационный	21,7	1,3	52,2	47,8	26,1	50,9	16,4	4,2	56,4	60,3	27,2	35,5
когнитивный	52,2	13,2	30,4	47,6	17,4	39,2	52,1	28,3	35,5	47,5	12,4	24,2
оценочно-рефлексивный	26,2	8,7	52,2	39,1	21,6	52,2	32,3	24,1	44,2	36,5	23,5	39,4
операциональный	56,5	21,8	34,8	52,2	8,7	26,0	59,7	36,3	28,6	43,4	11,7	20,3

В результате формирующего эксперимента в экспериментальной группе достоверно больше доля подростков с высоким уровнем готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности по мотивационному критерию (φ*=1,67 (p≤0,05), меньше доля подростков с низким уровнем указанного критерия (φ*=1,64 (p≤0,05).

Сравнительный анализ показал рост умений и навыков здоровьесберегающих мероприятий средствами проектной деятельности по операциональному критерию в контрольной и экспериментальных группах. Высокий уровень был зафиксирован у 26,0% подростков экспериментальной группы, т.е. увеличение составило 4,2%. В контрольной группе в начале эксперимента отмечался высокий адаптивный уровень готовности – 59,7, который в конце снизился до 20,3. Низкий уровень снизился в экспериментальной группе и составил 34,7%, а в контрольной группе уменьшился на 23,4%.

Обработка результатов с помощью критерия углового преобразования Фишера показывает, что в результате формирующего эксперимента в экспериментальной группе меньше доля подростков с низким уровнем готовности к к здоровьесбережению средствами проектной деятельности по операциональному критерию (φ*=1,65 (p≤0,05).

В конце эксперимента был отмечен рост уровня готовности к к здоровьесбережению средствами проектной деятельности по когнитивному компоненту в обеих группах, но в экспериментальной группе изменения более выражены. Высокий уровень по данному критерию был зафиксирован у 39,2% подростков экспериментальной группы (увеличился на 21,8%). В контрольной группе увеличение высокого уровня произошло на 11,8%. В экспериментальной группе низкий уровень уменьшился на 39,0%, а в контрольной группе – 23,8%.

Выявлены значимые отличия по когнитивному критерию у подростков в экспериментальной и контрольной группах с низким уровнем готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности (φ*=1,69 (p≤0,05). В

экспериментальной группе у подростков значительно выше уровень готовности по когнитивному критерию (φ*=1,64-1,65 (p≤0,05).

Рост готовности по оценочно-рефлексивному компоненту отмечен в обеих группах, но более значительные изменения зафиксированы в экспериментальной группе. Увеличение высокого уровня по данному критерию произошло на 30,6% в экспериментальной группе, а контрольной группе составило 15,9%. В экспериментальной группе уменьшение низкого уровня составило 17,5%, а в контрольной 8,2%.

Обработка данных с помощью φ*-углового преобразования Фишера показывает, что в результате формирующего эксперимента в экспериментальной группе меньше доля подростков с низким уровнем готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности по рефлексивному критерию (φ*=1,69 (p≤0,05). В рамках нашего исследования с учетом возрастных особенностей для определения уровня готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности мы использовали диагностическую карту уровней сформированности средствами проекта «Преобразование».

В ней поэтапно отражается взаимосвязь и взаимообусловленность различных технологий, реализованных в здоровьесберегающей деятельности, и формирование готовности подростков к сохранению здоровья. Данная диагностическая карта (ДК) содержит «Правило трёх плюсов и минусов»: низкий уровень (Н + 1); средний уровень (С + 2); высокий уровень (В + 3).

Метод полярных профилей в составе диагностических карт (ДК) (А. И. Кочетов, Н. М. Борытко [26]) показывает сформированность данного признака, а в нашем случае, готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности и отображает развитие определённой точки зрения, то есть обусловливает, какое качество более выражено и как часто оно проявляется.

Следует подчеркнуть, что данная карта позволяет определить сформированность данных уровней в процессе здоровьесбережения, в состав которых входят: мотивационная готовность к самостоятельному здоровьесбережению; плани-

рование самостоятельной деятельности, направленной на сохранение здоровья; информационная готовность к здоровьесбережению; рефлексивно-оценочная деятельность. Содержание уровней оценивается в баллах (низкий – 1 балл, средний – 2 балла, высокий – 3 балла).

В результате тестирования были получены следующие данные: высокий уровень сформированности (продуктивный) – 45,2%; средний уровень сформированности (репродуктивный) – 35,4%; низкий уровень сформированности (адаптивный) – 19,4%.

Проанализировав полученные результаты, можно отметить, что большинство подростков показали высокий уровень готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности и проявили стойкий интерес к проекту «Преобразование». Подростки самостоятельно, с энтузиазмом готовили наглядный материал, продемонстрировав устойчивые знания, которые они реализовали на практике. У них были сформированы аналитическая деятельность, самоконтроль и самоанализ. Следует подчеркнуть, что для респондентов, имеющих средний уровень готовности к здоровьесбережению, характерен стабильный интерес к здоровьесберегающей деятельности, но только в специальных и медицинских учреждениях.

Уровень знаний об имеющихся нарушениях и способах их стабилизации невысокий. Интерес к составлению проекта проявлялся только в коллективе. Но в процессе здоровьесбережения средствами проектной деятельности у подростков был сформирован самоконтроль. Лишь 20,0% подростков показали низкий уровень готовности к здоровьесбережению, характеризующийся нестабильным интересом к коррекционной и профилактической работе. Отмечено отсутствие смыслового понимания здоровьесберегающих мероприятий, пассивное отношением к своим результатам. Обработка результатов с помощью критерия ф*-углового преобразования Фишера подтверждает, что вследствие формирующего эксперимента в экспериментальной группе достоверно ниже количество подростков с низким уровнем готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности ($ф^*=1,65$; $p < 0,05$).

Отличаются результаты в экспериментальной и контрольной группах подростков с высоким уровнем готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности. В экспериментальной группе существенно выше доля подростков с высоким уровнем готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности (значение критерия ф* колеблется от 1,64 до 1,69; $p < 0,05$).

Следовательно, проведенный нами формирующий эксперимент подтвердил гипотезу нашего исследования о том, что формирование готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности способствует пониманию всеми участниками конечной цели здоровьесбережения.

Проектная деятельность строится на основе теоретической модели, описывающей последовательность всех этапов, и дает возможность подросткам разработать собственный здоровьесберегающий комплекс. Педагогические условия способствуют эффективному формированию готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Значения критерия углового преобразования Фишера (φ*) для установления частоты встречаемости разных уровней сформированности компонентов готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности в экспериментальной и контрольной группах на констатирующем этапе эксперимента представлены в таблице 12.

Таблица 12 – Уровни сформированности компонентов готовности подростков к здоровьесбережению в экспериментальной и контрольной группах (констатирующий этап эксперимента)

Компоненты готовности к здоровьесбережению	Уровни оценки		
	Продуктивный	Репродуктивный	Адаптивный
мотивационный	0,2 $p \leq 0,05$	0,02 $p \leq 0,05$	0,4 $p \leq 0,05$
когнитивный	0,4 $p \leq 0,05$	0,3 $p \leq 0,05$	0,01 $p \leq 0,05$
оценочно-рефлексивный	0,1 $p \leq 0,05$	0,5 $p \leq 0,05$	0,4 $p \leq 0,05$
операциональный	0,3 $p \leq 0,05$	0,4 $p \leq 0,05$	0,2 $p \leq 0,05$

Значения критерия углового преобразования Фишера (φ*) мы применяли в нашем исследовании для установления частоты встречаемости разных уровней сформированности компонентов готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности в экспериментальной и контрольной группах на формирующем этапе эксперимента. Уровни сформированности компонентов вышеперечисленных компонентов готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности на формирующем этапе эксперимента показаны в таблице 13.

Таблица 13 – Уровни сформированности компонентов готовности подростков к здоровьесбережению в экспериментальной и контрольной группах (формирующий этап эксперимента)

Компоненты готовности к здоровьесбережению	Уровни оценки		
	Продуктивный	Репродуктивный	Адаптивный
мотивационный	1,67 $p \leq 0,05$	0,78 $p \leq 0,05$	1,64 $p \leq 0,05$
когнитивный	1,67 $p \leq 0,05$	0,03 $p \leq 0,05$	1,67 $p \leq 0,05$
оценочно-рефлексивный	0,7 $p \leq 0,05$	0,2 $p \leq 0,05$	1,69 $p \leq 0,05$
операциональный	0,45 $p \leq 0,05$	0,51 $p \leq 0,05$	1,65 $p \leq 0,05$

На основании анализа полученных результатов был сделан вывод об эффективности предложенной нами модели формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Таким образом, показатели исследования подростков экспериментальной группы оказались более весомыми в результате применения предложенной нами модели формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности. Полученные данные позволили отметить у подростков экспериментальной группы преобладание продуктивного и репродуктивного уровней сформированности готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, в то время как у контрольной группы динамика не столь значима.

Выводы по второй главе

Во второй главе нашего исследования представлены результаты опытно-экспериментальной работы по апробации модели формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Для достижения установленной цели была рассмотрена специальная система: подбор учебного материала из области педагогической и медицинской литературы, адаптированной к возрастному восприятию.

Во второй главе описаны результаты проведенного эксперимента: представлен диагностический материал формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности; показаны результаты опытно-экспериментальной работы по апробации педагогической модели формирования готовности подростков к здоровьесбережению с помощью средств проектной деятельности.

1. Основными педагогическими методами исследования являются: эвристическая беседа, диалог, исследовательская деятельность, метод проектов.

Педагогическим средством формирования готовности подростков к здоровьесбережению является проект «Преобразование». Он адаптирован к данной возрастной категории, которая имеет определенную ступень развития, социальный статус и общественное положение.

Проект реализуется на следующих стадиях: организационно-установочной (тестирование исходного уровня здоровья); аналитической (обсуждение результатов тестирования); проблематизации на социальном и индивидуальном уровнях (обсуждение возможностей решения существующих проблем); проектирования (создание собственного здоровьесберегающего проекта); защиты и реализации (применение здоровьесберегающего проекта на практике); рефлексивной (осмысление своих действий).

Проект «Преобразование», разработанный на базе обучающей компьютерной программы, содержит игровой модуль, в котором представлены общеразвивающие, профилактические, коррекционные упражнения и комплекс рефлексивно-

оценочной деятельности. Основными формами формирования готовности подростков к здоровьесбережению являются факультативы. Перечисленные формы, средства и методы позволяют активизировать готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

2. В рамках экспериментального исследования разработана модель, содержащая компоненты формирования готовности подростков к здоровьесбережению, показатели их сформированности: мотивационный (мотивация), когнитивный (знания), операциональный (умения), оценочно-рефлексивный (самоанализ), а также *уровни готовности подростков* к здоровьесбережению средствами проектной деятельности (адаптивный, репродуктивный, продуктивный).

3. Модель *формирования готовности подростков к здоровьесбережению* средствами проектной деятельности была апробирована в ходе опытно-экспериментальной работы на базе МАОУ СОШ №59 «Перспектива» города Липецка и МБОУ ДО «Детско-юношеской спортивной школе №9» города Липецка. Подготовка и проведение эксперимента осуществлялись с 2011 по 2017 гг.

Целью опытно-эксперементальной работы явилось подтверждение эффективности использования в образовательном процессе модели формирования готовности подростков к здоровьесбережению с помощью проектной деятельности. Кроме того, проводилось систематическое отслеживание динамики уровня формирования данной готовности, обоснованы и апробированы педагогические условия. Формирование готовности к здоровьесбережению в экспериментальной группе происходило с помощью проекта «Преобразование». Он рассчитан на привлечение подростков к моделированию здоровьесберегающих мероприятий, направленных на восстановление собственного здоровья. Контрольная группа работала с предложенным учебным материалом по традиционной схеме (заучивание комплекса здоровьесберегающих мероприятий и реализация его содержания на уроках физкультуры). Необходимо отметить, что в экспериментальной группе в рамках нашего исследования материал усваивался средствами проекта «Преобразование».

У подростков, состоящих в экспериментальной группе, были отмечены следующие изменения: по мотивационному компоненту отмечено, что высокий уровень готовности равен 50,9%, средний уровень – у 47,8% подростков, с низким уровнем готовности по данному критерию отмечено – 1,3% по операциональному компоненту высокий уровень у 26,0% подростков, т.е. увеличение, составило 17,3%, низкий уровень снизился и составил 21,8%; по когнитивному компоненту высокий уровень повысился на 21,8%, низкий уровень уменьшился на 39,2%; по оценочно-рефлексивному компоненту увеличение продуктивного уровня произошло на 30,6%, а уменьшение низкого уровня составило 17,5%.

В контрольной группе также отмечалась положительная динамика, но в экспериментальной группе результаты намного выше.

В свою очередь, анализ достоверности с помощью критерия φ*-углового преобразования Фишера позволил констатировать, что и в контрольной и в экспериментальной группе достоверность подтверждается с вероятностью 99%.

Анализ сформированности по компонентам готовности показал, что реализация педагогических условий повысила уровень готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Результаты диссертационного исследования показали, что увеличилось количество подростков экспериментальной группы, имеющих средний и высокий уровень готовности к здоровьесбережению средствами проектной деятельности. Также повысился уровень мотивации к саморазвитию и самореализации, увеличилась способность к самостоятельному прогнозированию и анализу собственной деятельности, направленной на сохранение здоровья.

Содержательный анализ и статистическая обработка полученных в исследовании данных могут служить доказательством эффективности разработанной модели и педагогических условий формировании готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу.

Заключение

1. Проведенное педагогическое исследование по изучаемой проблеме позволяет заключить, что вопросы формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности являются актуальными.

2. В теоретической части диссертационного исследования на основе анализа психолого-педагогической литературы мы выделили следующие компоненты готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности: мотивационный, когнитивный, операциональный и рефлексивный, уровень сформированности которых определяет логику, характер организации и осуществление здоровьесбережения средствами проектной деятельности.

Мотивационный компонент включает в себя мотивы и интересы подростков, направленные на здоровьесбережение. Критерием его сформированности является интерес подростков к здоровьесберегающей деятельности, адекватное отношение к своему здоровью, направленность на саморазвитие, мотивация на успех.

Когнитивный компонент содержит знания и представления подростков о здоровьесберегающих комплексах и закономерностях физического самосовершенствования и самовоспитания. Критерием сформированности когнитивного компонента является запас знаний и представлений подростков о здоровьесбережении.

Операциональный компонент охватывает совокупность умений и навыков в процессе самостоятельной здоровьесберегающей деятельности.

Критерием сформированности данного компонента являются умения и навыки, применяемые в процессе здоровьесберегающей деятельности.

Оценочно-рефлексивный компонент направлен на познание и анализ подростками собственной деятельности, самодиагностику здоровья и самостоятельную здоровьесберегающую деятельность. Критерием

сформированности рефлексивного компонента является анализ собственной здоровьесберегающей деятельности.

3. Разработанная и экспериментально проверенная модель формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности содержит: цель, задачи, подходы, принципы, компоненты и показатели готовности подростков к здоровьесберегающей деятельности, функции, методы, формы, педагогическое средство и стадии его реализации, педагогические условия, уровни оценки и результат.

В модели совмещаются различные формы научности, доступности, вариативности процесса в динамике всевозможных структур, связей, убеждений на основе дидактических принципов. Мы считаем, что предложенная модель позволяет организовать процесс формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности. Модель выражает внешнюю сущностную форму и прогнозирует перспективные решения и тенденции.

В модели объединяются различные формы процесса формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности:

– модель иллюстрирует структуру формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проекта «Преобразование» в педагогическом процессе как систему;

– модель отражает взаимосвязь процесса здоровьесбережения с готовностью подростков к составлению проекта «Преобразование»;

– в модели представлена строгая последовательность компонентов готовности, взаимодействие которых оказывает эффективное воздействие на готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

4. Разработан способ формирования готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности – проект «Преобразование», который решает ряд задач:

– *раскрывает творческий потенциал* подростков в процессе здоровьесберегающей деятельности за счёт поступления «обычной информации в необычной» форме;

– *выявляет содержание* деятельности, направленной на сохранение здоровья, и предлагает алгоритм усвоения личного опыта, способствуя развитию самосознания, активизации внутреннего потенциала подростка;

– *обеспечивает положительную динамику* формирования готовности подростка к здоровьесбережению.

Применение проекта «Преобразование» активизирует интерес подростков к здоровьесбережению, что стимулирует развитие не только традиционных, но и новых систем упражнений, по своему содержанию наиболее отвечающих целям здоровьесбережения.

5. Педагогическими условиями, при которых формируется готовность подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности, являются:

– высокий уровень готовности педагога к деятельности, направленной на сохранение здоровья;

– учет личностных особенностей подростков (уровень мотивации к здоровьесбережению, учет индивидуальных особенностей физического развития в процессе здоровьесбережения);

– программно-информационное обеспечение здоровьесберегающей деятельности подростков;

– создание здоровьесберегающей среды.

Выполненное исследование не исчерпывает всей полноты проблемы здоровьесбережения подростков. Актуальным представляется продолжение исследовательской работы, в которой будут изучаться механизмы развития структурных компонентов готовности подростков к здоровьесбережению средствами проектной деятельности.

Список литературы

1. Абдеев Р. Ф. Философия информационной цивилизации / Р. Ф. Абдеев. – Москва : ВЛАДОС, 1994. – 336 с.

2. Абульханова-Славская К. А. Развитие личности в процессе жизнедеятельности / К. А. Абульханова-Славская // Проблемы психологии личности. – Москва : Наука, 1982. – 128 с.

3. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни / К. А. Абульханова-Славская. – Москва : Мысль, 1991. – 301 с.

4. Агаджанян Н. А. Резервы нашего организма / Н. А. Агаджанян, А. Ю. Катков. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Знание, 1990. – 240 с.

5. Айдаркин Е. К. Возрастные основы здоровья и здоровьесберегающие образовательные технологии: учебное пособие / Е. К. Айдаркин, Л. Н. Иваницкая. – Ростов-на-Дону : Издательство Южного федерального университета, 2008. – 176 с.

6. Александрова З. Е. Словарь синонимов русского языка: практ. справ.: ок. 11000 синоним. рядов / З. Е. Александрова. – 11-е изд., перераб.и доп. – Москва : Русский язык, 2001. – 568 с.

7. Алексеев Н. Г. Проектирование условий развития рефлексивного мышления: автореф. дис… док. псих. наук / Н. Г. Алексеев. – Москва, 2002. – 36 с.

8. Амонашвили Ш. А. Школа жизни / Ш. А. Амонашвили. – Москва : Дом Шалвы Амонашвили, 1998. – 80 с.

9. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов. – 3-изд. – Кемерово: Кемеровское книжное издательство, 1981. – 176 с.

10. Андреев В. И. Диалектика воспитания и самовоспитания творческой личности / В. И. Андреев. – Казань : Издательство Казанского университета, 1988. – 229 с.

11. Андреев В. И. Педагогика высшей школы / В. И. Андреев. – Казань : Центр инновационных технологий, 2013. – 500 с.

12. Андреева И. Г. Вопросы здоровья в контексте социально-профессионального самоопределения / И. Г. Андреева // Педагогика. – 2014. – №8. – С 13-19.

13. Антонова И. В. Актуализация преподавания здравоохранительных дисциплин в современном вузе (на примере метода самотестирования) / И. В. Антонова // Образование и общество. – 2015. –№1 (90). – С. 40 – 42.

14. Асаулюк Е. П. Межпредметная интеграция как средство интеллектуального развития младших школьников: автореф. дис. …канд. пед. наук / Е. П. Асаулюк. – Воронеж, 2012. – 24 с.

15. Бабанский Ю. К. Проблемное обучение как средство повышения эффективности учения школьников / Ю. К. Бабанский. – Ростов-на-Дону : Рост. н/Д гос. пед. ин-т. Рост. н/Д лаборатория НИИ школ М-ва просвещения РСФСР, 1970.– 300 с.

16. Бакшаева Н. А. Психология мотивации студентов: учебное пособие / Н. А. Бакшаева, А. А. Вербицкий. – Москва : Логос, 2006. – 184 с.

17. Бальсевич В. К. Основные положения концепции интенсивного инновационного преобразования национальной системы физкультурно-спортивного воспитания детей, подростков и молодежи России: [развитие идей Госсовета] // Теория и практика физической культуры. – 2002. – № 3. – С. 2 – 4.

18. Бальсевич В. К. Физическая культура: молодежь и современность / В. К. Бальсевич, Л. И. Лубышева // Теория и практика физ. культуры. – 1995. – № 4. – С. 5 – 11.

19. Балл Г. А. Теория учебных задач: Психолого-педагогический аспект / Г. А. Балл. – Москва : Педагогика, 1990. – 183 с.

20. Баринов Е. И. Формирование ключевых компетенций на уроках физической культуры / Е. И. Баринов // Федеральные государственные образовательные стандарты: проблемы и перспективы внедрения. – Арзамас : Издательство Арзамасского государственного педагогического института, 2013. – Выпуск 6. – С. 325 – 329.

21. Башмаков М. И. Информационная среда обучения / М. И. Башмаков, С. Н. Поздняков, Н. А. Резник. – Санкт-Петербург : Свет, 1997. – 199 с.

22. Беликов В. А. Философия образования личности: деятельностный аспект: монография / В. А. Беликов. – Москва : Владос, 2004. – 357 с.

23. Бережная И. Ф. Педагогическое проектирование индивидуальной траектории профессионального развития будущего специалиста: дис. … док. пед. наук / И. Ф. Бережная. – Воронеж, 2012.– 220 с.

24. Бережная И. Ф. Проектировочная компетентность преподавателя вуза: инвариантное и вариативное развитие: монография / И. Ф. Бережная [и др.] ; под общ. ред. Н. И. Вьюновой. – Воронеж : Воронежский ЦНТИ, 2015. – 237 с.

25. Беспалько В. П. Педагогика и прогрессивные технологии обучения / В. П. Беспалько. – Москва : Просвещение, 1995. – 366 с.

26. Беспалько В. П. Программированное обучение. Дидактические основы / В. П. Беспалько. – Москва : Высшая школа, 1970. – 300 с.

27. Блауберг И. В. Становление и сущность системного подхода / И. В. Блауберг, Э. Г. Юдин. – Москва: Наука, 1973. – 270 с.

28. Бобат-концепция. Теория и клиническая практика в неврологической реабилитации. – Нижний Новгород : Кириллица, 2013. – 320 с.

29. Бодалев А. А. Личность и общение / А. А. Бодалев. – Москва : Международная педагогическая академия, 1995. – 328 с.

30. Божович Л. И. Личность и её формирование в детском возрасте: Психологические исследования / Л. И. Божович. – Москва : Просвещение, 1968. – 464 с.

31. Большой психологический словарь / сост. и общ. ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко. – Москва : АСТ; Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак, 2008. – 632 с.

32. Большой толковый словарь русских существительных: идеографическое описание. Синонимы. Антонимы / под ред. Л. Г. Бабенко. – 2-е изд., стер. – Москва : АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2005. – 864 с.

33. Бондаревская Е. В. Ценностные основания личностно ориентированного воспитания / Е. В. Бондаревская // Педагогика. – 1995. – №4. – С. 18 – 24.

34. Бордовская Н. В. Диалектика педагогического исследования: монография / Н. В. Бордовская. – Москва : КНОРУС, 2016. – 512 с.

35. Борытко Н. М. В пространстве воспитательной деятельности: монография ; науч. ред. Н. К. Сергеев. – Волгоград : Перемена, 2001. –181 с.

36. Борытко Н. М. Педагогические технологии: учебник для студентов педагогических вузов / Н. М. Борытко, И. А. Соловцова, А. М. Байбаков ; под ред. Н. М. Борытко. – Волгоград : Издательство Волгоградского государственного института повышения квалификации и переподготовки работников образования, 2006. – 59 с.

37. Брушлинский А. В. Мышление и прогнозирование (лог. псих. анализ) / А. В. Брушлинский. – Москва : Мысль, 1979. – 230 с.

38. Булич Э. Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах: учебное пособие для техникумов / Э. Г. Булич. – Москва : Высшая школа, 1986. – 255 с.

39. Булыгина Л. В. Формирование коммуникативной компетентности подростков в школьном обучении: автореф. дис. …канд. пед. наук / Л. В. Булыгина. – Тюмень, 2013. – 23 с.

40. Вайнер Э. Н. Валеология: учебник / Э. Н. Вайнер. – 9-е изд. – Москва : Флинта, 2011. – 448 с.

41. Варламова А. Я. Школьная адаптация подростков / А. Я. Варламова. – Волгоград : Издательство Волгоградского государственного университета, 2001. – 144 с.

42. Вахтеров В. П. Избранные педагогические труды / В. П. Вахтеров. – Москва : Педагогика, 1987. – 400 с.

43. Волков И. П. Много ли в школе талантов? / И. П. Волков. – Москва : Знание, 1989. – 80 с.

44. Волынская Е. В. Воспитание культуры здоровья в профессиональной подготовке студентов педагогического вуза: автореф. дис. …канд. пед. наук / Е. В. Волынская. – Липецк, 2004. – 22 с.

45. Вопросы методов и организации процесса обучения / под ред. В. В. Краевского. – Москва: АПН СССР, 1982. – 96 с.

46. Воронежские студенческие игры «Сила поколения – вера, спорт, движение!» Новый подход в формировании здорового образа жизни / И. Э. Есауленко, Д. А. Атякшин, С. Б. Короткова, А. С. Бурцева // Вестник Воронежского государственного университета. – 2014. – №1. – С. 52 – 57.

47. Вишнякова С. М. Профессиональное образование: ключевые понятия, термины, активная лексика: словарь / С. М. Вишнякова. – Москва : Научно методический центр среднего профессионального образования, 2009. – 266 с.

48. Выготский Л. С. Педагогическая психология / Л. С. Выготский. – Москва : Педагогика, 1991. – 480 с.

49. Выготский Л. С. Собрание соч.: в 6 томах / Л. С. Выготский. – Москва : Педагогика, 1983. – Т. 3. – 368 с.

50. Выготский Л. С. Собрание соч.: в 6 томах / Л. С. Выготский. – Москва : Педагогика, 1984. – Т. 4. – 270 с.

51. Гавриленко Л. С. Формирование готовности студентов педагогического вуза к инновациям в педагогической деятельности: дис. … канд. пед. наук / Л. С. Гавриленко. – Красноярск, 2008. – 255 с.

52. Гаврилова С. П. Информационно-проектная методика развития профессиональных компетенций у студентов техникума: дис … канд. пед. наук / С. П. Гаврилова. – Магнитогорск, 2009. – 199 с.

53. Газман О. С. Педагогическая поддержка детей в образовании как инновационная проблема / О. С. Газман // Новые ценности образования: десять концепций и эссе. – Москва, 1995.– С. 58 – 64.

54. Гальперин П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий / П. Я. Гальперин // Исследования мышления в современной психологии. – Москва : Наука, 1966. – С. 272 – 317.

55. Гелецкий В. М. Теория физической культуры и спорта: учебное пособие / В. М. Гелецкий. – Красноярск : Издательство Сибирского федерального университета, 2008. − 342 с.

56. Гершунский Б. С. Компьютеризация в сфере образования. Проблемы и перспективы / Б. С. Гершунский. – Москва : Педагогика, 1987. – 264 с.

57. Гершунский Б. С. Философия образования: учебное пособие для студентов высших и средних учебных заведений / Б. С. Гершунский. – Москва : Московский психолого-социальный институт, 1998. – 432 с.

58. Гилфорд, Дж. Три стороны интеллекта / Дж. Гилфорд // Психология мышления. – Москва : Просвещение, 1968. – С. 433 – 456.

59. Гостев Р. Г. Здоровье нации – определяющий фактор сбережения народа Российской Федерации (Нормативно-правовая основа) Статья 2 / Р. Г. Гостев, С. Р. Гостева // Культура физическая и здоровье. – 2012. –№4 (40). – С. 24 – 33.

60. Гребенюк О. С. Общая педагогика: курс лекций / О. С. Гребенюк. – Калининград : Издательство Калининградского университета, 1996. – 107 с.

61. Гребова Л. П. Лечебная физическая культура при нарушениях опорно-двигательного аппарата у детей и подростков: учеб. пособие / Л. П. Гребова. – Москва : Академия, 2006. – 176 с.

62. Гриценко Л. И. Теория и практика обучения. Интегративный подход: учеб. пособие для студ.высш.учеб. вузов заведений / Л. И. Гриценко. – Москва : Академия, 2008. – 240 с.

63. Гудков, Е. А. Формирование готовности будущего учителя технологии и предпринимательства к инновационной деятельности: дис. … канд. пед. наук: / Е. А. Гудков. – Оренбург, 2000. – 194 с.

64. Гузеев В. В. «Метод проектов» как частный случай интегративной технологии обучения / В. В. Гузеев // Директор школы. – 1996. – №6. – С. 39 – 47.

65. Гузенко И. Г. Педагогика рефлексивной праксиологии: монография / И. Г. Гузенко. – Липецк : Липецкий государственный педагогический университет, 2009. – 304 с.

66. Гузенко И. Г. Профессиональная направленность изучения студентами педагогических дисциплин (на примере преподавания педагогических теорий,

систем, теории воспитания и теории обучения) / И. Г. Гузенко, Ю. В. Темиренко. – Липецк : Липецкий государственный педагогический университет, 2005. – 71 с.

67. Гурье Л. И. Проектирование педагогических систем: учеб. пособие. – Казань : Издательство Казанского государственного технологического университета, 2004. – 212 с.

68. Давиденко Д. Н. Физическое здоровье и методы его оценки: учебно-методическое пособие / Д. Н. Давиденко. – Санкт-Петербург : СПбГПУ, БПА, 2003. – 34 с.

69. Давыдов В. В. Теория развивающего обучения / В. В. Давыдов. – Москва : Интор, 1996. – 544 с.

70. Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка: в 4 т. / В. И. Даль. – Москва : Русский язык, 1981. – Т. 2. – 779 с.

71. Дроздова Т. А. Роль физического воспитания в реабилитации детей с умственной отсталостью / Т. А. Дроздова // Категория «социального» в современной педагогике и психологии: материалы научно-практической конференции. – Ульяновск : SIMJET, 2013. – С. 182 – 186.

72. Дружинин В. Н. Психология общих способностей / В. Н. Дружинин. – Санкт-Петербург : Питер, 1999. – 368 с.

73. Дудьев В. П. Психомоторика: словарь-справочник / В. П. Дудьев. – Москва : Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2008. – 366 с.

74. Дурай-Новакова К. М. Формирование профессиональной готовности студентов к педагогической деятельности: дис. … док. пед. наук: / К. М. Дурай-Новакова. – Москва, 1983.– 353 с.

75. Дьюи Д. Демократия и образование / Д. Дьюи ; Пер. с англ. – Москва : Педагогика – пресс, 2000. – 382 с.

76. Дьяченко М. И. Психология высшей школы: учеб. пособие / М. И. Дьяченко, Л. А. Кандыбавич. – Минск : Университетское, 1993. – 368 с.

77. Епифанов В. А. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – 2-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2010. – 384 с.

78. Загвязинский В. И. Исследовательская деятельность педагога: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. И. Загвязинский. – Москва : Академия, 2010. – 176 с.

79. Заир-Бек Е. С. Основы педагогического проектирования: учеб. пособие. – Санкт-Петербург : Просвещение, 1995. – 234 с.

80. Занков Л. В. Избранные педагогические труды / Л. В. Занков. – Москва: Педагогика, 1990. – 424 с.

81. Зверева, Е. Л. Развитие физической культуры старшеклассников- спортсменов как фактора формирования здорового образа жизни: автореф. дис. …канд. пед. наук / Е. Л. Зверева. – Воронеж, 2012. – 24 с.

82. Зеер Э. Ф. Психология профессионального образования: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Э. Ф. Зеер. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Академия, 2013 – 416 с.

83. Зеличенко А. И. Психология духовности / А. И. Зеличенко. – Москва: Издательство Трансперсонального института, 1996. – 400 с.

84. Зимняя, И. А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании / И. А. Зимняя. – Москва : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004.– 308 с.

85. Зинченко В. П. Человек развивающийся: Очерки российской психологии / В. П. Зинченко, Е. Б. Моргунов. – Москва : Тривола, 1994. –304 с.

86. Змеёв С. И. Компетенции и компетентности преподавателя высшей школы XXI в. / С. И. Змеёв // Педагогика. – 2012. – № 5. – С. 69 – 74.

87. Зуев А. М. Проектная деятельность в образовательном процессе / А. М. Зуев // Основы безопасности жизни. – 2014. – № 1. – С. 36 – 41.

88. Иванников В. А. Психологические механизмы волевой регуляции / В. А. Иванников. – Москва : Издательство Московского государственного университета, 1991. – 142 с.

89. Игошев Б. М. Профессиональная мобильность учителя: организационно-педагогический аспект / Б. М. Игошев // Известия Уральского государственного университета. – 2008. – № 56. – С. 34 – 40.

90. Извозчиков В. А. Инфоноосферная эдукология. Новые информационные технологии обучения / В. А. Извозчиков. –Санкт-Петербург : РГПУ, 1991. – 120 с.

91. Извольская А. А. Адаптация студентов первого курса к образовательному процессу педагогического вуза как фактор повышения их академической успешности: автореф. дис. …канд. пед. наук / А. А. Извольская. – Тула, 2012. – 25 с.

92. Ильевич Т. П. Реализация компетентностного подхода в условиях непрерывного образования / Т. П. Ильевич // Непрерывное образование: современные проблемы и перспективы развития: материалы XVI Всероссийской с международным участием научно-практической конференции. – Липецк : ЛГПУ, 2013. – С.17 – 20.

93. Ильевич Т. П. Технология проектирования учебных задач в контексте личностно-ориентированного целеполагания: автореф. дис. … канд. пед. наук / Т. П. Ильевич. – Ростов-на-Дону, 2001. – 22 с.

94. Ирхин В. Н. Методика стимулирования мотивации подростков на здоровый образ жизни средствами физической культуры / В. Н. Ирхин, И. А. Коваленко // Культура физическая и здоровье. – 2008. – №3 (17). –С. 73 – 76.

95. Использование методов донозологической диагностики с целью повышения оздоровительного эффекта на занятиях физической культурой в медицинском вузе / И. Э. Есауленко, М. Т. Зеленина, Б. Н. Кочанов, Е. В. Мальчикова // Культура физическая и здоровье. – 2008. – №2 (16). –С. 71 – 73.

96. Каган М. С. Человеческая деятельность / М. С. Каган. – Москва : Политиздат, 1974. – 328 с.

97. Каптерев П. Ф. Избранные педагогические сочинения / П. Ф. Каптерев. – Москва : Педагогика. – 1982. – 660 с.

98. Кастюнин С. А. Лечебная физкультура при нарушениях опорно-двигательного аппарата у детей (нарушения осанки, сколиозы, ДЦП

и др.): пособие для родителей, учителей физической культуры, методистов ЛФК / С. А. Кастюнин, Э. Н. Вайнер. – Липецк : ЛГПУ, 2008. – 136 с.

99. Клиническая реабилитология на стационарном и поликлиническом этапах восстановления и медицинской реабилитации: учебно-методическое пособие для врачей / под ред. К. В. Лядова. – Москва : Советский спорт, 2013. – 384 с.

100. Коджаспирова Г. М. Культура профессионального самообразования педагога / Г. М. Коджаспирова. – Москва : Тривола, 1994. – 218 с.

101. Коджаспирова Г. М. Словарь по педагогике / Г. М. Коджаспирова, А. Ю. Коджаспиров. – Москва : ИКЦ «МаРТ; Ростов-на-Дону : «МаРТ, 2005. – 448 с.

102. Козуб М. В. Формирование профессиональной готовности будущих учителей физической культуры к осуществлению здоровьесберегающей деятельности в школе: автореф. дис. …канд. пед. наук / М. В. Козуб. – Елец, 2007. – 22 с.

103. Козырева Е. И. Школа педагога-исследователя как условие развития педагогической культуры / Е. И. Козырева // Методология и методика естественных наук: сб. науч. тр. – Омск : Издательство Омского государственного педагогического университета, 1999. – Вып. 4. – 24 с.

104. Колесникова И. А. Педагогическое проектирование: учеб. пособие для высш. учеб. заведений / И. А. Колесникова, М. П. Горчакова-Сибирская ; под ред. И. А. Колесниковой. – Москва : Академия, 2005. – 288 с.

105. Комарова Э. П. Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе ВУЗа / Э. П. Комарова, А. С. Фетисов // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Проблемы высшего образования. – 2010. – №2. – С. 124– 128.

106. Кондрашев А. В. Нормальная анатомия человека в тестах / А. В. Кондрашев, О. А. Каплунова, Г. Ю. Стрельченко. – Москва: Эксмо, 2008. – 256 с.

107. Кон И. С. Психология старшеклассника / И. С. Кон. – Москва : Просвещение, 1982. – 207 с.

108. Королев С. А. Современные технологии ЛФК в оздоровительно-коррекционной деятельности: учеб.-метод. пособие / С. А. Королев. – Тамбов : Издательский дом ТГУ им. Г. Р. Державина, 2011. – 72 с.

109. Котенко В. В. Рефлексивная задача как средство повышения обучаемости школьников в процессе изучения базового курса информатики: дис ... канд. пед. наук / В. В. Котенко. – Омск, 2000. – 166 с.

110. Краевский В. В. Общие основы педагогики: уч. для студ. высш. пед. уч. зав. / В. В. Краевский. – Москва : Академия, 2008. – 256 с.

111. Краевский В. В. Содержание образования: вперед к прошлому / В. В. Краевский. – Москва : Педагогическое общество России, 2000. – 36 с.

112. Краткий словарь по философии / Под общ. ред. И. В. Блауберга, И. К. Пантина. – 4-е изд. – Москва : Политиздат, 1982. – 431 с.

113. Крутиков М. А. Подготовка будущих учителей информатики к осуществлению здоровьесберегающей деятельности учащихся: автореф. дис. ... канд. пед. наук / М. А. Крутиков. – Тамбов, 2011. – 25 с.

114. Кузьмина Н. В. Творческий потенциал специалиста. Акмеологические проблемы развития / Н. В. Кузьмина // Гуманизация образования. – 1995. – №5– С. 41 – 53.

115. Куницына В. Н. Социальная компетентность и социальный интеллект: структура, функции, взаимоотношение / В. Н. Куницина // Теоретические и прикладные вопросы психологии / под ред. А. А. Крылова. – Санкт-Петербург : Речь, 1995. – 186 с.

116. Ланда Б. Х. Диагностика физического состояния: обучающие методика и технология: учеб. пособие / Б. Х. Ланда. – Москва : Спорт, 2017. – 128 с.

117. Лаптев А. П. Закаливайтесь на здоровье / А. П. Лаптев. – Москва : Медицина, 1991. – 160 с.

118. Латышина, Д. И. История педагогики / Д. И. Латышина. – Москва: Гардарики, 2005. – 603 с.

119. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – Москва : Политиздат, 1975. – 304 с.

120. Леонтьев А. Н. Лекции по общей психологии: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности «Психология» / А. Н. Леонтьев ; под ред. Д. А. Леонтьева, Е. Е. Соколовой. – 4-е изд. – Москва : Смысл : Academia, 2007. – 511 с.

121. Лернер И. Я. Процесс обучения и его закономерности / И. Я. Лернер. – Москва: Знание, 1980. – 96 с.

122. Лесгафт П. Ф. Собрание педагогических сочинений / Ред. Коллегия : Г. Г. Шахвердов и др. – Москва : Физкультура и спорт, 1951 – 1956.

123. Лечебная физическая культура: учеб. пособие / В. А. Епифанов [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 568 с.

124. Лисицин Ю. П. Концепция факторов риска и образа жизни / Ю. П. Лисицин // Здравоохранение РФ. – 1998. – № 3. – С. 49-52.

125. Макарова Л. Н. Компетентность и саморазвитие преподавателя вуза в системе повышения квалификации / Л. Н. Макарова, Н. Е. Копытова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия : Проблемы высшего образования. – 2012. – № 1. – С. 172 – 177.

126. Маклаков А. Г. Общая психология / А. Г. Маклаков. – Санкт-Петербург : Питер, 2008. – 583 с.

127. Максименко А. М. Основы теории и методики физической культуры: учебник / А. М. Максименко. – Москва : Физическая культура, 2005. – 544 с.

128. Малявкина М. В. Формирование профессионально-нравственной позиции будущих музыкантов-педагогов в образовательном процессе колледжа: автореф. дис. ... канд. пед. наук / М. В. Малявкина. – Елец, 2014. – 16 с.

129. Маслоу А. Г Мотивация и личность / А. Г. Маслоу ; перевод. с англ. А. М. Татлыбаевой. – Санкт-Петербург : Евразия, 1999. – 478 с.

130. Маслоу А. Самоактуализация / А. Маслоу // Психология личности. Тексты. – Москва : Педагогика, 1981. – 185 с.

131. Матвеев Е. Г. Физическое развитие курсантов как фактор личностно-профессионального становления будущего военного специалиста: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Е. Г. Матвеев. – Воронеж, 2012. – 24 с.

132. Медведев Д. Н. Проектирование интерактивной сетевой системы мониторинга качества деятельности кафедры вуза: автореф. дисс. …канд. пед. наук / Д. Н. Медведев. – Тамбов, 2013. – 19 с.

133. Милославский Ю. А. Саморегуляция и активность личности в юношеском возрасте / Ю. А. Милославский. – Москва: Педагогика, 1991. – 182 с.

134. Минский М. Фреймы для представления знаний / М. Минский. – Москва : Энергия, 1979. – 152 с.

135. Мищенко, А. И. Педагогический процесс как целостное явление / А. И. Мищенко. – Москва : Наука, 1993. – 174 с.

136. Молодежь в России. 2010: стат. сборник ЮНИСЕФ. – Москва : Росстат, 2010. – 166 с.

137. Монахов В. М. Введение в теорию педагогических технологий / В. М. Монахов. – Волгоград : Перемена, 2006. – 318 с.

138. Мотылянская Р. Е. Врачебный контроль при массовой физкультурно-оздоровительной работе / Р. Е. Мотылянская, Л. А. Ерусалимский. – Москва : Физкультура и спорт, 1980. – 96 с.

139. Мухина В. С. Возрастная психология; феноменология развития, детство, отрочество: учебник для студ. вузов / В. С. Мухина. – 2-е изд. – Москва : Академия, 1998. – 456 с.

140. Надчаджан А. А. Некоторые психологические и философские проблемы интуитивного познания (интуиция в процессе научного творчества) / А. А. Надчаджан. – Москва : Мысль, 1972. – 271 с.

141. Найн, А. Я. Проблемы развития профессионального образования: региональный аспект / А. Я. Найн, Ф. Н. Клюев. – Челябинск : Издательство института развития профессионального образования, 1998. – 264 с.

142. Насонов А. А. Применение информационных и коммуникационных технологий в лабораторном практикуме студентов факультета физической культуры / А. А. Насонов // Культура физическая и здоровье. – 2009. – №3 (22). – С. 24 – 26.

143. Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова: научные труды / Под редакцией Ю. Л. Шевченко. – Москва : РАЕН, 2009. – Том 2. – 421 с.

144. Немов Р. С. Психология: словарь-справочник: в 2 ч. / Р. С. Немов. – Москва: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – Ч. 2. – 352 с.

145. Немов Р. С. Психология: учебник для студентов высш. пед. учеб. заведений: в 3 кн. / Р. С. Немов. – 4-е изд. – Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. 1: Общие основы психологии. – 688 с.

146. Никулин С. К. Содержание научно-технического творчества учащихся и методы обучения / С. К. Никулин, Г. А. Полтовец, Т. Г. Полтовец. – Москва : МАИ, 2004. – 680 с.

147. Новейший психологический словарь / В. Шапарь. –Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. – 816 с.

148. Новые ценности образования : Тезаурус для учителей и школьных психологов. – Москва, 1995. – 110 с.

149. Образцов П. И. Психолого-педагогические аспекты разработки и применения в вузе информационных технологий обучения / П. И. Образцов. – Орел : Издательство Орловского государственного технического университета, 2000. – 145 с.

150. Обухова Л. Ф. Детская (возрастная) психология : учебник. – Москва : Российское педагогическое агентство, 1996. – 374 с.

151. Общая психология: учеб. для студентов пед. ин-тов / В. Петровский, А. В. Брушлинский, В. П. Зинченко; под ред. А. В. Петровского. – Москва: Просвещение, 1986. – 464 с.

152. Ожегов С. И. Словарь русского языка: около 53000 слов / С. И. Ожегов. – 8-е изд., стер. – Москва : Советская энциклопедия, 1970. – 900 с.

153. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. – Москва : АЗЪ, 1999. – 955 с.

154. Онищук В. А. Урок в современной школе: пособие для учителей / В. А. Онищук. – Москва : Просвещение, 1981. – 158 с.

155. Основы медицинских и психолого-педагогических знаний в деятельности преподавателей школы: учебное пособие для студентов педагогического профиля гуманитарных университетов ; сост. В. Н. Клейменов, М. Г. Романцов, Л. В. Высочина. – Калининград : Издательство Калининградского государственного университета, 1996. – 97 с.

156. Павлов С. Н. Организационно-педагогические условия формирования общественного мнения органами местного самоуправления: автореф. дис. … канд. пед. наук / С. Н. Павлов. – Магнитогорск, 1999. – 23 с.

157. Панков О. В. Радуга прозрения / О. П. Панков. – Москва : Астрель, 2010. – 240 с.

158. Парфенов А. С. Особенности адаптивной физической культуры инвалидов с последствиями детского церебрального паралича с использованием занятий пулевой стрельбой : автореф. дис. ... канд. пед. наук / А. С. Парфенов. – Ярославль, 2006. – 23 с.

159. Педагогика: учебник / Л. П. Крившенко [и др.]; под ред. Л. П. Крившенко. – Москва : Проспект, 2010. – 432 с.

160. Педагогика : учебное пособие / под ред. О. Ю. Ефремова. – Санкт-Петербург : Питер, 2010. – 352 с.

161. Педагогика : учеб. пособ. для студентов педагогических вузов и педагогических колледжей / под ред. П. И. Пидкасистого. – Москва : Педагогическое общество России, 2001. – 640 с.

162. Педагогика : учеб. пособ. для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. А. Сластенин [и др.]. – Москва : Академия, 2002. – 576 с.

163. Педагогика профессионального образования / Е. П. Белозерцев [и др.] ; под ред. В. А. Сластенина. – Москва : Академия, 2004. – 368 с.

164. Педагогические технологии: вопросы теории и практики внедрения: справочник для студентов / авт.-сост. А. В. Виневская ; под ред. И. А. Стеценко. – Ростов на Дону : Феникс, 2014. – 253 с.

165. Педагогический энциклопедический словарь / Гл. ред. Б. М. Бим-Бад. – Москва : Большая российская энциклопедия, 2003. – 528 с.

166. Пейперт С. Переворот в сознании: дети, компьютеры и плодотворные идеи / С. Пейперт ; Пер. с англ. – Москва : Педагогика, 1989. – 224 с.

167. Петровский А. В. Общая психология: учеб. для студентов пед. ин-тов / А. В. Петровский. – Москва : Просвещение, 1986. – 463 с.

168. Пидкасистый П. И. Педагогика: учебное пособие для студентов педагогических вузов и педагогических колледжей ; под ред. П. И. Пидкасистого. – Москва : Российское педагогическое агентство, 1996. – 602 с.

169. Пидкасистый П. И. Самостоятельная деятельность учащихся: Дидакт. анализ процесса и структуры восприятия и творчества / П. И. Пидкасистый. – Москва : Педагогика, 1998. – 640 с.

170. Пирогов, Н. И. Избранные педагогические сочинения / Сост. А. Н. Алексюк, Г. Г. Савенок. – Москва : Педагогика, 1985. – 496 с.

171. Пирогов Н. И. Университетский вопрос / Н.И. Пирогов // Избранные педагогические сочинения. – Москва : Издательство Академии педагогических наук РСФСР, 1953. – С. 324 – 393.

172. Пискарева И. Е. Формирование готовности будущих учителей к инновационной деятельности : дис. … канд. пед. наук / И. Е. Пискарева. – Кострома, 2000. – 150 с.

173. Плахов Н. Н. Безопасность жизнедеятельности : психолого-педагогические основания здоровья / Н. Н. Плахов // Известия Российского государственного педагогического университета имени А. И. Герцена. – Санкт-Петербург, 2012. – №145. – С. 90 – 96.

174. Поздняков А. Н. История педагогики и образования за рубежом и в России : учебное пособие. – Саратов : Наука, 2009. – 143 с.

175. Полевщиков М. М. Задание индивидуальной нагрузки для развития выносливости на основе использования психофизиологических параметров / М. М. Полевщиков, В. В. Роженцов // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2008. – №7. – С. 80 – 84.

176. Поливанова, К. Н. Проектная деятельность школьников : пособие для учителя / К. Н. Поливанова. – 2.-е изд. – Москва : Просвещение, 2011. – 192 с.

177. Поливанова К. Н. Психология возрастных кризисов : учеб. пособие / К. Н. Поливанова. – Москва : Академия, 2000. – 184 с.

178. Полонский В. М. Словарь по образованию и педагогике / В. М. Полонский. – Москва : Высшая школа, 2004. – 512 с.

179. Пономарев Н. И. О формировании потребности человека в физкультурно-спортивной деятельности / Н. И. Пономарев, В. М. Рейзин // Теория и практика физической культуры. – 1998. – №10. – С. 2–4.

180. Популярная медицинская энциклопедия / Гл. ред. Б. В. Петровский. – Москва : Советская энциклопедия, 1987. – 704 с.

181. Правильный выбор: Программа формирования у старших подростков социальных установок на здоровый образ жизни / Сост. С. М. Чечельницкая, А. А. Михеева, Д. А. Шалаева, Ю. В. Величкина. – Москва : Фонд «Центр социального развития и информации» (PSI), 2005. – 20 с.

182. Просветова Т. С. Методология и методы психолого-педагогических исследований : учебное пособие / Т. С. Просветова. – Воронеж : ВГПУ, 2006. – 210 с.

183. Психолого-педагогический словарь для учителей и руководителей общеобразовательных учреждений / Сост. В. А. Мижериков. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1998. – 544 с.

184. Психология и педагогика : учебное пособие / В. М. Николаенко, Г. М. Залесов, Т. В. Андрюшина [и др.]. – Москва : ИНФРА-М; Новосибирск : НГАЭиУ, 2000. – 175 с.

185. Психология личности в трудах отечественных психологов / сост. Л. В. Куликов. – Санкт-Петербург : Питер, 2000. – 142 с.

186. Психология современного подростка / под ред. Д. И. Фельдштейна. – Москва: Педагогика, 1987. – 240 с.

187. Пустозеров А. Г. Оздоровительная физическая культура : учеб.-метод. пособие / А. Г. Пустозеров, А. Г. Гостев. – Челябинск : Издательство Южно-Уральского государственного университета, 2008. – 85 с.

188. Развитие, социализация и воспитание личности : гуманистическая парадигма: монография / Е. Н. Шиянов [и др.]. – Ставрополь : СКСИ, 2007. – 487 с.

189. Рассел Б. История западной философии: в 3 кн. / Б. Рассел. –3-е изд., испр. – Новосибирск : Издательство Новосибирского университета, 2001. – 992 с.

190. Римашевская Н. М. Здоровье человека – здоровье нации / Н. М. Римашевская // Экономические стратегии. – 2006. – № 1. – С. 36 – 41.

191. Роберт И. В. Теория и методика информатизации образования (психолого-педагогический и технологический аспекты) / И. В. Роберт. – Москва : ИИО РАО, 2008. – 274 с.

192. Российская социологическая энциклопедия / под ред. Г. В. Осипова. – Москва : Норма – Инфарм, 1998. – 672 с.

193. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – Санкт-Петербург : Питер, 2002 . –720 с.

194. Рубинштейн С. Л. Человек и мир / С. Л. Рубинштейн. – Москва : Наука, 1991. – 191 с.

195. Румянцева Л. Н. Педагогическое сопровождение здоровьесберегающего образования младшего школьника : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Л. Н. Румянцева. – Москва, 2009. – 23 с.

196. Руссо Ж.-Ж. Эмиль, или о Воспитании / Ж.-Ж. Руссо // Педагогические сочинения : в 2 т.; под ред. Г. Н. Джибладзе ; сост. А. Н. Джуринский. – Москва : Педагогика, 1981. – 656 с.

197. Сверчков А. В. Организационно-педагогические условия формирования профессионально-педагогической культуры будущих спортивных педагогов / А. В. Сверчков // Молодой ученый. – 2009. – № 4. – С. 279 – 282.

198. Седых О. И. Ценность «Здоровье» для становления личности подростка / О. И. Седых // Культура физическая и здоровье. – 2008. –№2 (16). – С. 42 –46.

199. Селевко Г. К. Современные образовательные технологии: учебное пособие / Г. К. Селевко. – Москва : Народное образование, 1998. – 238 с.

200. Сенько Ю. В. Педагогика понимания : учеб. пособие для студентов / Ю. В. Сенько, М. Н. Фроловская. – Москва : Дрофа, 2007. – 192 с.

201. Сергеева В. П. Методика воспитательной работы : учебник для студ. учреждений сред. проф. образования / В. П. Сергеева, Э. К. Никитина, М. Н. Недвецкая [и др.]. – Москва : Академия, 2013. – 368 с.

202. Сергеев И. С. Как организовать проектную деятельность учащихся : практическое пособие для работников общеобразовательных учреждений / И. С. Сергеев. – 4-е изд., испр. и доп. – Москва : АРКТИ, 2007.

203. Сериков В. В. Личностный подход в образовании : концепции и технологии / В. В. Сериков. – Волгоград : Перемена, 1994. – 152 с.

204. Сериков В. В. Личностно-ориентированный образовательный процесс: сущность, содержание, технологии / В. В. Сериков. – Ростов-на-Дону : Издательство Ростовского государственного педагогического университета, 1995. – 288 с.

205. Сериков В. В. Образование и личность: теория и практика проектирования образовательных систем / В. В. Сериков. – Москва : Логос, 1999. – 271 с.

206. Сиерес Д. О различных подходах к понятию «здоровье» / Д. Сиерес, В. Гавидия // Школа здоровья. – 1998. – Т. 5. – № 1. С. 7–16.

207. Ситель А. Б. Соло для позвоночника / А. Б. Ситель. – Москва : Метафора, 2006. – 224 с.

209. Сластенин В. А. Введение в педагогическую аксиологию : учебное пособие / В. А. Сластенин, Г. И. Чижакова. – Москва : Академия, 2003. –192 с.

209. Сластенин В.А. Педагогика: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. А. Сластенин, И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянов ; под ред. В. А. Сластенина. – Москва : Академия, 2013. – 576 с.

210. Словарь-справочник по педагогике / Авт.-сост. В. А. Мижериков ; под общ. ред. П. И. Пидкасистого. – Москва : ТЦ Сфера, 2004. – 448 с.

211. Современные направления физкультурно-спортивного совершенствования детей и молодёжи: учеб. пособие / Л. Э. Пахомова [и др.]. – Белгород : НИУ «Бел ГУ», 2012. –128 с.

212. Современный словарь по педагогике / Сост. Е. С. Рапацевич. – Минск : Современное слово, 2001. – 928 с.

213. Солодков А. С. Физиология спорта : учебное пособие / А. С. Солодков, Е. Б. Сологуб. – Санкт-Петербург : Издательство Государственной академии физической культуры им. П.Ф. Лесгафта, 1999. – 231 с.

214. Сорокова М. Г. Система М. Монтессори: теория и практика : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / М. Г. Сорокова. – 5-е изд., стер. – Москва : Академия, 2013. – 384 с.

215. Сорокопуд Ю. В. Педагогика высшей школы / Ю. В. Сорокопуд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2011. – 541.

216. Сохань Л. В. Образ жизни молодежи / Л. В. Сохань // Социология молодежи: энциклоп. словарь ; отв. ред. Ю. А. Зубок, В. И. Чупров. – Москва : Академия, 2008. – С. 309 – 311.

217. Сохор А. М. Логическая структура учебного материала. Вопросы дидактического анализа / А. М. Сохор. – Москва : Педагогика, 1974. – 192 с.

218. Степанов В. Г. Психология трудных школьников : учебное пособие для учителей и родителей / В. Г. Степанов. – Москва : Академия, 1997. – 320 с.

219. Сухомлинский В. А. Избранные педагогические сочинения: в 3 т. / В. А. Сухомлинский. – Москва : Педагогика, 1981. – Т. 3. – 640 с.

220. Сухомлинский В. А. Сердце отдаю детям / В. А. Сухомлинский. – Киев : Радянська школа, 1974. – 288 с.

221. Теоретические основы спортивной подготовки и тренировки: учебное пособие / О. А. Григорьев [и др.]. – Москва : Еврошкола, 2010. –181 с.

222. Теплов Б. М. Проблемы индивидуальных различий / Б. М. Теплов. – Москва: Издательство Академии педагогических наук РСФСР, 1961. –536 с.

223. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: учебник / Авторы-составители О. Э. Евсеева, С. П. Евсеев ; под ред. С. П. Евсеева. – Москва : Советский спорт, 2013. –388 с.

224. Тихомирова Л. Ф. Упражнения на каждый день: уроки здоровья для детей 5-8 лет: попул. пособие для родителей и педагогов / Л. Ф. Тихомирова. – Ярославль : Академия развития, 2002 . – 142 с.

225. Тихоплав Т. С. Жизнь напрокат / Т. С. Тихоплав, В. Ю. Тихоплав. – Санкт-Петербург : ВЕСЬ, 2002. – 256 с.

226. Трайнев В. А. Дистанционное обучение и его развитие / В. А. Трайнев, В. Ф. Гуркин, О. В. Трайнев. – Москва : «Дашков и К», 2010. – 294 с.

227. Ушинский К. Д. Педагогические сочинения: в 6 томах / К. Д. Ушинский. – Москва : Педагогика, 1988 – 1999.

228. Факторович А. А. Педагогическая деятельность преподавателя вуза в современных условиях / А. А. Факторович // Педагогика. – 2010. – №5. – С. 103 – 107.

229. Фельдштейн Д. И. Психология становления личности / Д. И. Фельдштейн. – Москва : Флинта, 1994. – 192 с.

230. Физическая реабилитация : учебник для студентов высших учебных заведений, обучающихся по Государственному образовательному стандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (Адаптивная физическая культура) / под общей ред. проф. С. Н. Попова. – Изд. 5-е. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2008. – 602 с.

231. Физическое воспитание: учебник / под ред. В. А. Маслова [и др.]. – Москва: Высшая школа, 1983. – 391 с.

232. Философский словарь / под ред. И. Т. Фролова. – Москва : Политиздат, 1980. – 444 с.

233. Философский энциклопедический словарь / гл. редакция: Л. Ф. Ильичев, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалев, В. Г. Панов. – Москва : Советская энциклопедия, 1983. – 840 с.

234. Фишман Б. Е. Педагогическая поддержка постдипломного саморазвития педагогов: монография / Б. Е. Фишман. – Москва : МГПУ, 2002. – 265 с.

235. Фомин Н. А. Физиологические основы двигательной активности / Н. А. Фомин, Ю. Н. Вавилов. – Москва : Физкультура и спорт, 1991. – 224 с.

236. Фролов И. Н. Познавательные потребности: проблема развития и способы решения с применением компьютерных технологий / И. Н. Фролов. – Липецк : ЛГПУ, 2007. – 105 с.

237. Харламов И. Ф. Педагогика / И. Ф. Харламов. – 4-е изд. – Москва: Гардарики, 2003. – 519 с.

238. Хуторской А. В. Определение общепредметного содержания и ключевых компетенций как характеристика нового подхода к конструированию образовательных стандартов / А. В. Хуторской // Компетенции в образовании: опыт проектирования : сб. науч. тр. ; под ред. А. В. Хуторского]. – Москва : ИНЭК, 2007. – С. 12 – 20.

239. Хуторской А. В. Современная дидактика : учебник для вузов. / А. В. Хуторской. – Санкт-Петербург : Питер, 2001 – 544 с.

240. Чаговадзе А. В. Физическое воспитание в реабилитации студентов с ослабленным здоровьем : учеб. пособие для студентов вузов / А. В. Чаговадзе, В. Д. Прошляков, М. Г. Мацук ; под ред. А. В. Чаговадзе. – Москва : Высшая школа, 1986. – 144 с.

241. Чиркова Е. В. Формирование готовности будущего воспитателя к созданию ситуации успеха в работе с дошкольниками : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Е. В. Чиркова. – Воронеж, 2012. – 24 с.

242. Чумаков Б. Н. Валеология : учеб. пособие / Б. Н. Чумаков. – Москва : Педагогическое общество России, 2000. – 407 с.

243. Шадриков В. Д. Психология деятельности и способности человека / В. Д. Шадриков. – Москва : Логос, 1996. – 320 с.

244. Шапарь В. Б. Новейший психологический словарь / В. Б. Шапарь, В. Е. Россоха, О. В. Шапарь ; под общ. ред. В. Б. Шапаря. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2009. – 806 с.

245. Шелихова Н. И. Техника педагогического общения / Н. И. Шелихова ; под ред. М. Р. Гинзбурга. – Москва : Институт практической психологии ; Воронеж: НПО МОДЭК, 1998. – 128 с.

246. Шельмина Л. Лечебная физкультура / Л. Шельмина, Н. Балашов. – Санкт-Петербург : Питер, 2013. – 176 с.

247. Шепель В. М. Имиджелогия: учебное пособие / В. М. Шепель. – Москва : Народное образование, 2002. – 254 с.

248. Шепель В. М. Ортобиотика: Слагаемые оптимизма / В. М. Шепель. – Москва : Авиценна, 1996. – 295 с.

249. Шишов С. Е. Понятие компетенции в контексте качества образования / С. Е. Шишов // Стандарты и мониторинг в образовании. – 1999. – № 2. – С. 23 – 28.

250. Шиянов Е. Н. Развитие личности в обучении: учебное пособие для студентов педагогических вузов / Е. Н. Шиянов, И. Б. Котова. – Москва : Академия, 1999. – 216 с.

251. Штакина О. В. Педагогическая технология развития творческих возможностей обучающихся подросткового возраста : автореф. дис. …канд. пед. наук / О. В. Штакина. – Воронеж, 2018. – 24 с.

252. Шубкин В. Н. Социология и общество: Научное познание и этика: монография / В. Н. Шубкин. – Москва : Центр социального прогнозирования и маркетинга, 2010. – 424 с.

253. Щукина, Г. И. Активизация познавательной деятельности учащихся в учебном процессе : учеб. пособие / Г. И. Щукина. – Москва : Просвещение, 1979. – 160 с.

254. Эльконин Б. Д. Избранные психологические труды / Д. Б. Эльконин. – Москва : Педагогика, 1989. – 554 с.

255. Эльконин Д. Б. Психология игры / Д. Б. Эльконин. – Москва : Книга по требованию, 2013. – 228 с.

256. Эльконин, Б. Д. Психология развития : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Д. Б. Эльконин. – Москва : Академия, 2001. – 144 с.

257. Якиманская, И. С. Личностно-ориентированное обучение в современной школе / И. С. Якиманская. – Москва : Сентябрь, 2000. – 110 с.

258. Якиманская, И. С. Технология личностно-ориентированного образования / И. С. Якиманская. – Москва: Сентябрь, 2000. – 176 с.

259. Astrand P.-O. Textbook of work physiology: Physological bases of exercise / P.-O. Astrand, K. M. Rodahl. – New York: Mc Graw Hill, 1977. –681 p.

260. Athletic and Sport Issues in Musculoskeletal Rehabilitation : E-Book. David J. Magee, James E. Zachazewski, William S. Quillen, Robert C. Manske. – Elsevier Health Sciences, – 2010. – 29 okt. – 824 p.

261. Tinning Richard. Pedagogy of human movement: Theory, practice, research / Richard Tinning. – New York : Madison Avenue, 2010. – 247 p.

Приложение 1

Тест первичного медико-педагогического осмотра подростков

Таблица 1 – Тест-карта для выявления нарушений осанки

Вопросы анкеты	Ответы
1. Голова, шея отклонены в сторону. Плечи, лопатки, бёдра расположены несимметрично	
2. Явное повреждение опорно-двигательного аппарата при исходных стойках и движении	
3. Разность треугольников талии (асимметрия)	
4. Вальгусное положение пяток (обеих или одной)	
5. Нарушения в паттерне ходьбы: прихрамывающая, «утиная»	
6.Деформация грудной клетки («сапожника», «куриная»)	
7. Изменение физиологической кривизны позвоночника (лордоз, кифоз)	
8. Отставание лопаток (выпирают)	
9. Видимое выпячивание живота	
10. Нарушение осей нижних конечностей (вальгусная или варусная деформация ног)	

Обработка данных:

Ответ: Да = 1 балл, ответ Нет: = 0.

Если во всех пунктах тест-карты отрицательные ответы, то осанка нормальная.

Если же в одном или нескольких пунктах тест-карты положительные ответы (с 6-го по 10-й включительно), то это указывает на наличие незначительных отклонений осанки.

Ответы да в пунктах с 1-го по 5-й тест-карты включительно (один или несколько) указывают на значительные отклонения осанки.

Результаты тестирования:

К1 = 0 (нормальная осанка);

К2 = 0-0,14 (незначительные нарушения осанки);

К3 = 0,17-1 (значительные нарушения осанки)

Приложение 2

Таблица – 2 Пустая информационная карта ИК ОКП№1 Инф-к1

(Структурирование текста и составление ключевых идей)

Учебные действия: Текстовый материал сканирован из учебных пособий: 1. Лечебная физкультура при нарушениях опорно-двигательного аппарата (нарушения осанки, сколиозы, кифозы, лордозы, плоскостопие и др.). 2. Учебный материал представлен в кратком изложении как пример структурирования содержания	
1.Сканировать и вставить выбранный текст в соответствующий раздел данной таблицы 2. 2. Выполнить структурирование текста и выявить содержательные информанты, отражающие законченный смысл анализа состояния здоровья. 3. Выявить смысловые опоры (подчеркнуть), составить ключевые идеи для каждого информанта. Анализ структуры текста, содержащий информанты, с выделенными (подчёркнутыми) смысловыми опорами, равномерно отражающими весь информант	Ключевые идеи: не более 3-4 слов опоры
ПЕРВЫЙ ИНФОРМАНТ	1.
ВТОРОЙ ИНФОРМАНТ	2.
ТРЕТИЙ ИНФОРМАНТ	3.
ЧЕТВЁРТЫЙ ИНФОРМАНТ	4.
ПЯТЫЙ ИНФОРМАНТ	5.
Методические рекомендации 1. Анализ текста осуществляется по 5 информантам (по образцу), в каждом из них выделяются (подчёркиваются) ключевые слова определенного смысла и значимости для информанта; по ключевым словам, составляются ключевые идеи по дедуктивному принципу. 2. Курсивом в тексте информантов выделены смысловые опоры, равномерно отражающие весь информант. 3. Текст должен содержать этиологию, патогенез, формирование клинических проявлений, физиологическую норму, лечебные мероприятия, но в доступной форме для данной категории слушателей.	

Приложение 3

Таблица –3 Информационно-игровой граф «анализирующего наблюдения» и составления средств синтаксической синонимии (Си-Си)

ПЕРВАЯ ЧАСТЬ: Структура и план образца исследования физических отклонений развития подростков (ФОРП)				
Инфотекст: медико-педагогический текст с базой индивидуально-выделенных смысловых опор ФОРП				Информанты текста и выделенные ключевые слова ФОРП
ТЕКСТ…… …….				1.2.3.4.5.
Информационно-игровой граф «Анализирующего наблюдения» и составления средств Си-Си для составления индивидуального проекта ФОРП				
Ключевые слова, Кл.	Синонимы (Си) ключевых слов	Анализирующий выбор синонима. Классификация пропозиции (место)		Си-Си-информант: синтаксическая синонимия проекта ФОРП
1	2	3	4	5
1. …	1.1/ 1.2/ 1.3/ 1.4/ 1.5.	Сравнительный анализ, классификация: 1. Кл. ± Си (1-5) ± выбор позиции (курсив)	1. ± 1.1=… 1. ± 1.2=… 1. ± 1.3=… 1. ± 1.4=… 1. ± 1.5=…	Содержание Си-Си №1 Кл. ± 1.1-1.5. Си = «…», РЕЗУЛЬТАТ:
2. …	2.1/ 2.2/ 2.3/ 2.4/ 2.5.	Сопоставительный анализ, классификация, выбор пропозиции (курсив)	2. ±2.1= 2. ±2.2=… 2. ±2.3=… 2. ±2.4=… 2. ±2.5=…	Содержание Си-Си №2: 2.Кл.±2.1.-2.5.Си= «…», РЕЗУЛЬТАТ:
3. …	3.1/ 3.2/ 3.3/ 3.4./ 3.5.	Анализ средствами соотнесения, классификация, пропозиция	3. ± 3.1=… 3. ± 3.2=… 3. ± 3.3=… 3. ± 3.4=… 3. ± 3.5=…	Содержание Си-Си №3: 3.Кл.±3.1.-3.5.Си= «…», РЕЗУЛЬТАТ:

4. …	4.1/ 4.2/ 4.3/ 4.4/ 4.5.	Анализ средствами соотнесения. Классификация, выбор пропозиции	4. ± 4.1=… 4. ± 4.2=… 4. ± 4.3=… 4. ± 4.4=… 4. ± 4.5=…	Содержание Си-Си №4: 4. Кл.±4.1.-4.5.Си= «…», РЕЗУЛЬТАТ:
5. …	5.1/ 5.2/ 5.3/ 5.4/ 5.5.	Сравнительный анализ, классификация: выбор пропозиции	5. ± 5.1=… 5. ± 5.2=… 5. ± 5.3=… 5. ± 5.4=… 5. ± 5.5=…	Содержание Си-Си №5: 5. Кл.±5.1.-5.5.Си=«…», РЕЗУЛЬТАТ:
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 1. Педагогу, методисту ЛФК разработать ПРОЕКТ-ОБРАЗЕЦ. 2. Выбрать адаптированный текст по конкретным нарушениям. 3. Предложить подросткам составить по «ОБРАЗЦУ-ПРОЕКТУ» компьютерную (персональную) схему с перечнем детальных действий для изучения проекта с целью самостоятельного повторения.				

Приложение 4

Таблица – 4 Пустая информационная карта ИК ОКП№2 Инф-к2.

Исследовательское заключение, ключевое название комплекса

Целевая установка: развить представления о данном нарушении и сформировать знания, умения, навыки. Методисту ЛФК: вместе с подростками выяснить смысл занятий по данному нарушению. Подросткам: изучить текст.			
Стандартные. начала (Стн)	Ключевые идеи информантов (Кл.) с примерами	Инновационные и мотивационные факторы (Инц.+ Мк.) с примерами	Исследовательское заключение
1.1. Условия....	1.2.	1.3.	Исследовательское заключение: простое повествовательное предложение, отражающее комбинацию Стн. + Кл. + Инц. +Мк. и выражающее инновационный характер исследования в личностном понимании
2.1. Определение...	2.2.	2.3.	
3.1. Особенности...	3.2.	3.3.	
4.1. Некоторые вопросы…	4.2.	4.3.	
5.1. Формирование…	5.2.	5.3.	
3. Методические рекомендации Ключевое название комплекса мероприятий выполняется по 5 информантам; выборка компонентов Ст., Кл., Инц., Мк. осуществляется методистом ЛФК, или подростки находят их самостоятельно из перечня, который предоставляет им методист. Штриховой контур отражает результат самостоятельного поиска ключевого названия комплекса мероприятий. Стандартные начала Ст., мотивационные и инновационные компоненты Инц. и Мк. ориентированы на поиск основополагающих формулировок для создания ключевых названий комплекса мероприятий			

Приложение 5

Таблица – 5. ИК ОКП№1 Инф-к1
(Структурирование текста физических упражнений
и составление ключевых идей)

Схема структурирования текста физических упражнений и составление ключевых идей ИК ОКП№1 Инф-к1 для: 1. Компонент-комплекса специальных (корригирующих упражнений) – К-КСКУ при нарушениях 2, 3 степени; 2. Компонент-группы общеразвивающих упражнений и профилактических мероприятий – К-ГОРУ и ПМ при нарушениях 1, 2, 3 и 0 степени; 3. Компонент-комплекса рефлексивно-оценочной деятельности – К-КР-ОД при нарушениях 1, 2, 3 и 0 степени.	
ТЕКСТ (25 упражнений) 1. Выбрать комплекс упражнений (25 упражнений) из учебных пособий по тематике, отражающей характер нарушений. 2. Сканировать и вставить выбранный текст в соответствующий раздел данной таблицы. 3. Выполнить и выявить содержательные информанты, отражающие законченный смысл упражнения. 4. Выявить смысловые опоры (подчеркнуть), составить ключевые идеи для каждого информанта. Анализ структуры текста, содержащий информанты, с выделенными (подчёркнутыми) смысловыми опорами, равномерно отражающими весь информант.	Ключевые идеи: не более 3-4 слов смысловых опор
ПЕРВЫЙ ИНФОРМАНТ: 5 УПРАЖНЕНИЙ	3-4 ФРЕЙМА
ВТОРОЙ ИНФОРМАНТ: 5 УПРАЖНЕНИЙ	3-4 ФРЕЙМА
ТРЕТИЙ ИНФОРМАНТ: 5 УПРАЖНЕНИЙ	3-4 ФРЕЙМА
ЧЕТВЕРТЫЙ ИНФОРМАНТ: 5 УПРАЖНЕНИЙ	3-4 ФРЕЙМА
ПЯТЫЙ ИНФОРМАНТ: 5 УПРАЖНЕНИЙ	3-4 ФРЕЙМА
Методические рекомендации: комплексы упражнений подростки находят самостоятельно из перечня, который предоставляет им методист.	

Приложение 6

Таблица 6 – Образец балльно-рейтингового тестирования усвоения информации

<table>
<tr><td colspan="3">Методическая цель: анализ готовности подростков к разработке проекта исправления нарушений в развитии (ИНР)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Инициалы испытуемого:
ТЕМА:</td><td>Тестирование исследовательской деятельности балльно-рейтинговыми средствами зачетных кредитов по схеме:</td></tr>
<tr><td>Экспертные кредиты К1, К2, К3, К4, К5</td><td>Кредиты
⓪➲⓪</td><td>Результаты анализа □→☑</td></tr>
<tr><td rowspan="3">КТ – кредит контроля тестирования знаний, умений, самостоятельных учебных действий (СУДы) и выборки (установление) места «Вопросов-ответов» по кредитам (Выс., Ср., Низ.):
КТ. Контроль формирования знаний: анализ текста ИНР в специальной литературе:
Банк информационных действий:
Изучить «Вопрос (В) – Ответ (О)» и определить пропозицию, показатель СУД ов:
КТ.1.1. В: Почему Ваше информационное знакомство (ИНР) необходимо начать с анализа текста?
О: Текст содержит исследования современных мероприятий для ИНР.
КТ.1.2. Почему при ИНР нужно выявить информационный дескриптор и фреймы: смысловые образы, опоры, ключевые идеи (Кл) текста?
О: Перечисленные информационные дескрипторы и фреймы содержат концентрированное теоретическое представление о ИНР.
КТ.1.3.
В: Почему необходимо выявить пять дескрипторов и фреймов в тексте при исследовании ИНР?
О: В соответствии с принципом В. И. Вернадского о «Пента системе» применительно к содержанию информации.</td><td>КТ</td><td>СУД ы.
Пропозиция вопросов-ответов: Т 1.1., Т 1.2., Т 1.3.</td></tr>
<tr><td>Выс.⓪
Ср. ➲
Низ. ⓪</td><td>□□□
□□□
□□□</td></tr>
<tr><td colspan="2">СУДы: выставить электронным пером результат собственной пропозиции (самостоятельно определить место каждого вопроса-ответа) по схеме – 1.1.,1.2.,1.3.) способом. □→☑
Определить результаты тестирования с помощью коэффициента усвоения, Кус. ≥ 0,7. Комплексный экспертный зачёт усвоения, равный ∑Тб. / ∑ Tmax. ∑Тб – сумма набранных табличных зачётных баллов по формуле: ∑Тб=3×Nвыс.+2×Nср.+1×Nниз., где Nвыс., Nср., Nниз. – соответственно сумма высоких, средних, низких набранных баллов. Число табличных баллов ∑Tmax6К× 9Б=54. Окончательно коэффициент усвоения = ∑Тб./ ∑ Tmax ≥ 0,7</td></tr>
<tr><td rowspan="2">База тестированного контроля знаний, умений самостоятельного выполнения исследовательских действий (СУДы)
К1. Проверка формирования знаний-умений работы с Инфотекстом.</td><td>К1</td><td>СУД ы.
Пропозиция вопросов-ответов:1.1., 1.2., 1.3.</td></tr>
<tr><td>Выс.⓪
Ср. ➲
Низ. ⓪</td><td>□□□
□□□
□□□</td></tr>
</table>

Банк информационных действий контроля: ответить на вопросы и определить показатель СУДов: К1. По какой причине? (Пкп?) 1.1.В: Пкп? Ответ; 1.2. В: Пкп? Ответ; 1.3. В: Пкп? Ответ.	Выставить электронным пером результат пропозиции (самостоятельное определение места «Выс., Ср., Низ.» вопросов-ответов (1.1, 1.2, 1.3.) по схеме ☐→☑	
	Дополнительное задание: объяснить порядок действий пропозиции. Составить вопросы из таблицы №1 в произвольной форме. Ответы на вопросы самостоятельно или применить готовые подсказки. Выделить по 5-балльной системе наиболее значимый вопрос-ответ. Пример: 1.1. В – 4 балла *Ср.* ➲,1.2. В – 5 баллов *Выс.* ❶ , 1.3. В – 3 балла *Низ.* ❺.	
Экспертные действия: изучить вопросы и составить отчет по СУД-ам (1.1, 1.2, 1.3.), отметив ☐→☑ по смыслу; подготовиться к интерактивному собеседованию по итогам тестирования		
К2. С какой целью? (Скц?) 2.1. В: Скц? О: … 2.2. В: Скц? О:. 2.3. В: Скц? О: ...	К2	*СУД ы.* Пропозиция вопросов-ответов: 2.1., 2.2., 2.3.
	*Выс.*❶ *Ср.* ➲ *Низ.* ❺	☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐
Выставить электронным пером результат пропозиции (самостоятельное определение места «Выс., Ср., Низ.» вопросов-ответов 2.1, 2.2, 2.3.)по схеме ☐→☑		
Экспертные действия: изучить вопросы и составить отчет по СУД-ам 3.1, 3.2, 3.3.), отметив ☐→☑ по смыслу; подготовиться к интерактивному собеседованию по итогам тестирования		
К3. 3.1. В: При каких условиях? (Пку?) О: ... 3.2. В: Пку? О: … 3.3. В: Пку? О: ...	К3	*СУД ы.* Пропозиция вопросов-ответов: 3.1., 3.2., 3.3.
	*Выс.*❶*Ср.*➲;*Низ.* ❺	☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐
	Выставить электронным пером результат пропозиции (автономное установление места «Выс., Ср., Низ.» вопросов-ответов 3.1, 3.2, 3.3.) по схеме ☐→☑	
	Дополнительное задание:	
Экспертные действия: изучить вопросы и составить отчет по СУД-ам (3.1., 3.2., 3.3), отметив по смыслу; подготовиться к беседе по результатам тестирования		
К4. Каков конечный результат? (Ккр?) 4.1. В: О: ... 4.2. В: Ккр? О: … 4.3. В: Ккр?	К4	*СУД ы.* Пропозиция вопросов-ответов: 4.1., 4.2., 4.3.
	*Выс.*❶ *Ср.* ➲ *Низ.*❺	☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐
	Выставить электронным пером резуль-	

<table>
<tr><td rowspan="2">О:...</td><td colspan="2">тат пропозиции (автономное установление места «Выс, Ср, Низ.» вопросов-ответов (4.1, 4.2, 4.3.) по схеме ☐→☑</td></tr>
<tr><td colspan="2">Дополнительное задание:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Экспертные действия: изучить вопросы и составить отчет по СУД-ам (4.1, 4.2, 4.3.), отметив ☐→☑ по смыслу; подготовиться к интерактивному собеседованию по итогам тестирования</td></tr>
<tr><td rowspan="4">К5. Почему?
5.1. В: Почему…?
О: ...
5.2. В: Почему…?
О: …
5.3. В: Почему…?
О: ...</td><td>К5</td><td>СУД ы.
Пропозиция вопросов-ответов: 5.1., 5.2., 5.3.</td></tr>
<tr><td>Выс.⬆
Ср. ➲
Низ.⬇</td><td>☐☐☐
☐☐☐
☐☐☐</td></tr>
<tr><td colspan="2">Выставить электронным пером результат пропозиции (независимое определение места «Выс, Ср, Низ.» вопросов-ответов (5.1, 5.2, 5.3.) по схеме ☐→☑</td></tr>
<tr><td colspan="2">Дополнительное задание:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Экспертные действия: изучить вопросы и составить отчет по СУД-ам (5.1, 5.2,5.3.), отметив ☐→☑ по смыслу; подготовиться к интерактивному собеседованию по итогам тестирования</td></tr>
<tr><td colspan="3">Мониторинг на базе экспертного зачёта по итогам выборки кредитов реализовывается с помощью коэффициента усвоения Кус. (В. А. Мижериков) и равен: Кус. = ∑ Тб. / ∑ Tmax. ≥ 0,7, где Кус. – комплексный экспертный зачёт усвоения материала; ∑Тб – сумма набранных табличных зачётных баллов по формуле: ∑Тб = 5 Nвыс. + 3,5 Nср. + 2,5 Nниз., где Nвыс., Nср., Nниз., то есть, сумма высоких, средних, низких баллов. К1-К6 по таблице (баллы выставляет инструктор-методист, заполняя знаком (электронным пером) графу должного кредита); ∑Tmax = 5 3 6 = 90 – максимально возможная сумма баллов-кредитов по таблице. Окончательно комплексный экспертный зачёт будет равен Кус. = ∑Тб / 90 ≥ 0,7. Дополнительное задание Кдоп. (1-5) может выставить учитель или инструктор-методист за примерно исполненное задание по «Анализирующему наблюдению» (Ан), прибавив Кдоп. = (0,1 – 0,15) к расчётному коэффициенту. В результате получим окончательную формулу коэффициента усвоения: ∑Тб/ 90 + (0,1 – 0,15) ≥ 0,7.Условие «Полного усвоения»: если испытуемый набирает коэффициента усвоения < 0,7, то осуществляется вторичное автономное изучение изменённой (на усмотрение методиста) «Презентации – ОИ» (Инфокарты 1-4)» и экспертный контроль – повтор по «Презентации ОИ», после чего выставляется окончательный, который должен быть Кус. ≥ 0,7</td></tr>
</table>

Приложение 7

Таблица –7 Анкета отношения подростков к информационным картам обучающей компьютерной программы ОКП

Вопросы	Ответ
1. Информационные карты ОКП формируют аналитическую деятельность, самоконтроль, самоанализ	а б в
2. Информационные карты ОКП формируют мотивационную готовность к сбережению своего здоровья	а б в
3. Информационные карты ОКП способствуют формированию компетенций для здоровьесбережения	а б в
4. Информационные карты ОКП способствуют определению собственного уровня эмоциональной устойчивости	а б в
5. Информационные карты ОКП формируют адекватную реакцию подростков на нарушения и их последствия	а б в
6. Информационные карты ОКП помогают осуществить подбор необходимых здоровьесберегающих комплексов	а б в
7. Свертывание и развертывание информации формирует положительную мотивацию к здоровьесбережению	а б в
8. Информационные карты ОКП способствует углубленному усвоению информационного текста	а б в
9. Информационные карты ОКП формируют стойкий интерес к здоровьесберегающей деятельности	а б в
10. Информационные карты ОКП помогают сформировать знания и умения подростков для самостоятельного подбора комплекса здоровьесберегающей деятельности	а б в
11. Информационные карты ОКП формируют логическое мышление	а б в
12. Информационные карты ОКП содержат необходимые условия для формирования стойкого интереса к сохранению здоровья	а б в

Инструкция испытуемому. Предлагаются 3 варианта ответа, из которых нужно выбрать один и напротив номера соответствующего вопроса обвести версии ответа: а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить.

Обработка полученных данных:

Ответ а) оценивается в 3 балла; б) 2 балла; в) 1 балл. Затем баллы суммируются. Затем, при делении данных показателей на 12 результаты исследования сводят в 3-балльную систему.

Приложение 8

Тестовые задания закрытой формы (ТЗ-З)

Тестовые задания представлены в виде кратких суждений, выражены доступным стилем для данной категории тестируемых. Тестовое задание дается в виде закрытой формы (ТЗ-З) и предлагает найти ответ из множества элементов основных симптомов частых нарушений ОДА. Задание состоит из неполного утверждения с одной вакансией и множества элементов, один или несколько из каких-либо являются точными утверждениями. Правильный ответ определяется из данного множества.

Правильные ответы помечены сразу в тесте, перед верным утверждением стоит знак «+».

Таблица – 8.1. Признаки плоскостопия (А – плоскостопие)

Признаки плоскостопия (А – плоскостопие)	Утверждение «+» или «-»
Боли в мышцах стоп и голеней (разгибающие, малоберцовая и задняя группа)	+
Изменение походки: походка легкая, осанка правильная	-
Судороги в мышцах стопы и голени (предплюсневая и пальцевая область, перонеальная и берцовая поверхность)	+
Снижение общей работоспособности	+
Головные боли напряжения (особенно к вечеру)	+
Транзиторная, хроническая или острая боль в кистях (пальцевая, ладонная и запястная поверхность)	-
Внезапная боль в мышцах ног и спины при движении или стоянии (проходит после ночного сна)	+
Появление очагов огрубевшей и утолщенной кожи (натоптыши: стержневые, подошвенные, пальцевые)	+
Быстрая утомляемость ног в дистальных отделах нижних конечностей	+

Отечность в области дистальных отделов нижних конечностей (ступня)	+
Выраженное напряжение в трёхглавых мышцах голеней (икроножные)	+
Увеличение дистальных отделов нижних конечностей (стопы) в размере (особенно по ширине), следовательно, требуется обувь на размер больше	+
Быстро изнашивается внутренняя сторона каблука и подошва на обуви	+
Изменение паттерна ходьбы: угнетающая, неестественная походка, появляется косолапость, нарушается осанка	+
При хождении на высоких каблуках боль в ногах исчезает	-
Присев, легко держать статику и координацию	-
На большом пальце стопы обнаруживается «косточка»	+
Уменьшение стопы в размер по ширине, следовательно, обувь на размер меньше	-

Таблица –8.2. Признаки сколиоза (С – сколиоз)

Признаки сколиоза (С – сколиоз)	Утверждение «+» или «–»
Сутулость (линии надплечий, углы лопаток, треугольники талии, ягодичные и подколенные складки не на одном уровне)	+
Плечи расположены на одном уровне (линии надплечий и углы лопаток на одном уровне)	–
Болезненные ощущения в спине после длительного исходного положении стоя и после продолжительной ходьбы	+
Стабильные боли в спине, усиливающиеся при непродолжительной ходьбе или стоянии	+
Видимое на глаз искривление позвоночника, деформация грудной клетки («грудь сапожника», «куриная грудь»), спины (сколиоз, кифоз, лордоз)	+
Одно плечо заметно выше другого, то есть различный уровень плечей	+
Лишний вес (избыточная масса тела или ожирение)	–
Визуально лопатки расположены несимметрично (различный уровень лопаток)	+
Высокий рост по общепринятой рубрикации длины тела человека	–
Диспноэ (одышка), тахипноэ или брадипноэ, боли в груди, перебои в работе	+

сердца и пр.	
Лопатки расположены симметрично (линии надплечий и углы лопаток на одном уровне)	–

Таблица – 8.3. Признаки нарушений осанки (В – нарушение осанки)

Признаки нарушений осанки (В – нарушение осанки)	Утверждение «+» или «-»
Быстрая утомляемость, слабость	+
Нарушение внимания	+
Сутулость	+
Маленький рост	-
Позвоночник выглядит несимметрично, лопатки находятся на разной высоте	+
Асимметрия талии	+
Хождение боком	+
Возникновение затруднений при наклонах и т.д.	+
Боль в грудной клетке или спине	+
Болезненность при ходьбе	+
Боль в стопах	+
Улучшение памяти и внимания	-
Сутулость в исходной позиции сидя	+
Разная длина ног в исходном положении лежа на животе	+