

Анна Алимшиева

Система образования и охрана здоровья: нормативные модели, практики, самосохранительное поведение обучающихся

Problemy Wczesnej Edukacji/Issues in Early Education 10/3(26), 53-63

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Анна Алимпиева

Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, Калининград
anna_alimpieva@mail.ru

Система образования и охрана здоровья: нормативные модели, практики, самосохранительное поведение обучающихся

Summary

Education system and health protection: normative models, practices, and learners' health-seeking behaviour

The paper presents the results of research conducted in the Kaliningrad Region, the subjects of which were preschoolers and younger school children, as well as university students. The values connected with health protection and the process of shaping of these values in an educational context were the objects of the research. The author not only shows the unsatisfactory level of the learners' knowledge about the possibility of undertaking preventive health-seeking actions, but she also presents components of the learners' attitudes and beliefs that inhibit the implementation of changes in this area. The author situates the reasons of the majority of the problems in the declarative character of the assumptions of the Russian educational health policy.

Keywords: health education, health practices and health-seeking actions, educational policy

В настоящее время одной из серьезнейших проблем для нашей страны является состояние здоровья ее граждан. Нынешнее поколение россиян значительно менее здорово, чем предыдущее, при этом прогнозируется дальнейшее снижение уровня здоровья нации. Наибольшее беспокойство вызывает здоровье (или правильнее сказать – нездоровье) подрастающего поколения – детей, подростков и молодежи.

Подобные тенденции во многом объясняются спецификой социально-экономического и социокультурного развития России в последние десятилетия, в том числе: неблагоприятной экономической обстановкой, низким уровнем жизни большинства населения, разрушением системы профилактического обследования, отдыха и оздоровления граждан, отсутствия возможностей для массовых занятий физкультурой, общим состоянием аномии, все большим распространением ценностей и установок общества потребления, снижением эффективности выполнения функции социализации институтом семьи и др. Усугубляют проблему длительные и все более разрушительные реформы в системе здравоохранения, в результате которых снизились и продолжают снижаться доступность и качество медицинского обслуживания большинства населения страны.

Давно известно, что на состояние здоровья человека, влияют различные факторы, включая наследственность, экологию, состояние медицины и пр. Однако, клю-

чевым фактором сохранения здоровья, является поведенческий, характеризующий отношение самого человека к собственному здоровью, его активность, направленная на заботу о здоровье и соблюдение правил здорового образа жизни.

Исследования показывают, что для современных россиян характерно преимущественно потребительское, инструментальное отношение к здоровью, которое выражается в низкой информированности граждан о факторах риска для здоровья и правилах здорового образа жизни, низкой позиции здоровья в иерархии личных жизненных ценностей, отношении к здоровью как к ресурсу, средству для достижения целей, низком уровне сформированности навыков, стереотипов поведения, необходимых для сохранения здоровья.

Следовательно, встает вопрос о целенаправленной и комплексной работе по формированию и развитию у людей *самосохранительного поведения*, как системы действий и отношений, опосредующих состояние здоровья и продолжительность жизни индивида (Журавлева 2006).

Мы считаем, что в первую очередь такая работа должна вестись в рамках системы образования, поскольку это единственный социальный институт, который способен обеспечить длительную (на протяжении критичного, с точки зрения формирования и развития личности, периода жизни) и последовательную (за счет многоуровневой структуры системы образования), охватывающую большую часть населения (в идеале всех детей и подростков, значительную часть молодежи) и эффективную (за счет целенаправленного и систематизированного воздействия на личность обучающегося, возможность органичного включения вопросов здоровья в учебно-воспитательный процесс, наличия технологий передачи знаний и формирования навыков) *самосохранительную социализацию*, выступающую основным механизмом формирования, прогнозирования и регуляции здорового образа жизни и самосохранительного поведения.

Такая работа подразумевает, среди прочего:

- создание в образовательных учреждениях условий, обеспечивающих безопасность жизни и здоровья обучающихся;
- упреждение негативного воздействия на социальные и индивидуальные факторы здоровья детей и подростков;
- целенаправленную и системную деятельность педагогов по формированию и развитию у обучающихся готовности к самосохранительному поведению и соответствующих навыков.

В настоящее время, подобная система или какие-то иные, сопоставимые с масштабом проблемы и реализуемые по всей стране программы отсутствуют. В то же время приоритет жизни и здоровья человека рассматривается в качестве «основы политики в области образования», а право на охрану жизни и здоровья фигурирует в числе ключевых прав учащихся (*Об образовании...*). Однако, до сих пор в большинстве случаев задачи охраны здоровья обучающихся остаются пустой декларацией или

наполняются содержанием, игнорирующим роль образовательно-воспитательного фактора в охране здоровья.

Об этом свидетельствует и наше исследование, включавшее диагностику самосохранительного поведения детей, подростков и молодежи, обучающихся на разных ступенях образовательной системы г. Калининграда, а также анализ нормативных моделей и практик охраны здоровья обучающихся в российской системе образования.

Диагностика самосохранительного поведения обучающихся проводилась на основе разработанной нами методики. Методика позволяет оценить как самосохранительную установку и поведение в целом, так и их отдельные аспекты – когнитивный, эмоционально-оценочный и конативный (потенциально-поведенческий) компоненты установки, развитость отдельных поведенческих феноменов в сфере здоровья (умений, привычек и навыков; поведенческого опыта; системных диспозиций (стратегий), а также определить наиболее проблемные, с точки зрения охраны здоровья, зоны в организации жизнедеятельности обучающегося (режим активности и отдыха; санитария и гигиена в быту; питание и др.) (Симаева, Алимпиева 2011).

Исследование, проведенное нами на разных ступенях образовательной системы (в дошкольных учреждениях, младшей и старшей школах, средних специальных и высших учебных заведениях) выявило ряд проблем в развитии самосохранительного поведения обучающихся.

Они заметны уже на уровне *самосохранительной установки* (аттитюда) – намерения, готовности индивида действовать таким образом, чтобы не нанести вред или принести пользу своему здоровью.

В целом, самосохранительный аттитюд у испытуемых развит недостаточно. На когнитивном уровне в большинстве групп учащихся сложились некоторые схемы и представления о нормах поведения по отношению к здоровью, однако, в них наблюдаются серьезные пробелы (например, большинство испытуемых подросткового возраста и старше не знают своей группы крови и телефона скорой помощи), и целостной системы они не образуют (например, испытуемый убежден, что «пользоваться чужой зубной щеткой и расческой нельзя», но не считает, что «нельзя пить и есть из одной посуды с другим человеком»).

Эмоциональный компонент установки на здоровье (а он является стержневым в установке) во многих группах испытуемых выражен меньше, чем когнитивный. Это значит, что зачастую виды поведения, вредные для здоровья, вызывают у учащихся (даже младших школьников) позитивные ощущения и оценки («я люблю быструю езду», «меня привлекают экстремальные виды спорта»), а полезные, наоборот, – скорее неприятны («я боюсь лечить зубы»).

Еще менее выражен у испытуемых конативный компонент установки на здоровье, что означает отсутствие сформированной мотивации, намерения поступать и действовать таким образом, чтобы не нанести вреда своему здоровью. Здоровье для ребят, как правило, не является решающим фактором при выборе того или иного

способа поведения и значительно уступает другим мотивам (например, «если у меня есть важное дело, я буду им заниматься, даже если плохо себя чувствую», «я могу выпить алкогольный напиток для того, чтобы расслабиться», «в сексе главное – не безопасность, а удовольствие»). Даже совершая полезные для здоровья действия, испытуемые нередко руководствуются иными, несамосохранительными мотивами (например, «я стараюсь правильно питаться, потому что не хочу набрать лишний вес»).

Далее, можно говорить о низком уровне собственно *самосохранительного поведения* обучающихся на всех уровнях образовательной системы. Наиболее развитым элементом в его структуре являются умения (как способность выполнять действия, приобретенная в результате обучения или жизненной практики), большинство из которых (например, умение полоскать горло, пользоваться градусником, разогревать пищу) формируется в дошкольном и младшем школьном возрасте. Приобретаемые в более позднем возрасте специфические умения (как, например, самообследование груди, дыхательная гимнастика или гимнастика для глаз) у большинства школьников и студентов не сформированы.

Испытуемые по всех группах имеют недостаточный позитивный опыт самосохранительного поведения – например, занятий физкультурой, закаливания, профилактических осмотров у врачей-гинекологов/androлогов (у подростков и молодых людей). Напротив, негативный опыт в сфере самосохранительного поведения (курение, употребление алкоголя и наркотиков, ранняя половая жизнь и пр.) характерен для многих старшеклассников и студентов.

Слабо сформированы у учащихся самосохранительные привычки и навыки – формы поведения, не требующие сознательной регуляции, а потому очень важные в обеспечении регулярной заботы о здоровье. Всем группам учащихся не хватает позитивных навыков – мыть руки с мылом дважды, чистить зубы после еды, делать зарядку по утрам, переходить дорогу только по пешеходному переходу и пр. В то же время широко распространены «вредные» привычки: употребление продуктов фаст-фуд, поздний прием пищи, позднее отправление ко сну, просмотр телевизора / чтение во время приема пищи, и пр.

Системные диспозиции, лежащие в основе индивидуальных стратегий поведения в отношении здоровья – наиболее ценного результата самосохранительной социализации в целом, и наиболее отчетливо проявляющиеся в ситуациях, требующих принятия нерутинных решений («если нет возможности помыть руки, я хотя бы протираю их мокрой салфеткой», «если нет возможности почистить зубы, я хотя бы полощу рот», «если друзья предложат мне что-то опасное для моего здоровья, я откажусь»), у учащихся практически не развиты.

Установки учащихся на здоровье и их самосохранительное поведение не только недостаточно развиты, но не согласуются друг с другом: наличие установки часто не отражается в реальном поведении. Эта тенденция проявляется в самых разных сферах жизнедеятельности, важных с точки зрения здоровья (питание, режим работы и отдыха, и пр.). По некоторым сферам (сексуальные отношения, самопомощь, само-

сохранительная активность) ни установки, ни поведенческие практики пока не оформлены, что указывает на необходимость работы в соответствующем направлении.

В целом, можно говорить об отсутствии цельности и равномерности в развитии самосохранительного поведения и его отдельных компонентов у обучающихся. Это указывает на неэффективность самосохранительной социализации подрастающего поколения в целом и заставляет задаться вопросом о роли системы образования в этом процессе, оценить которую мы пытались с помощью анализа нормативных моделей и реальных практик охраны здоровья обучающихся в системе образования.

Аналізу подвергались следующие документы и материалы:

- нормативно-правовые документы, регулирующие деятельность российской системы образования в целом (федеральный закон об образовании, государственные образовательные стандарты, федеральные методические рекомендации в области охраны здоровья и др.) (8 документов);
- нормативно-правовые и управленческие документы регионального и муниципального уровня (региональные законы об образовании, концепции, стратегии и программы развития), определяющие ориентиры и механизмы функционирования и развития системы образования и сопряженных с ней сфер общественной жизни (семьи и детства, физкультуры и спорта, молодежной и демографической политики) (137 документов);
- разнородные материалы (научные публикации, новостные сообщения, дидактические и публицистические материалы), представленные в сети интернет и отражающие примеры практической деятельности по охране здоровья обучающихся в системе образования (52 документа).

Анализ нормативных моделей охраны здоровья, представленных на *федеральном уровне*, показал, что в целом, происходит некоторая переориентация приоритетов образования: не только качество образования, но и обеспечение здоровья (физического, социального, психического) учащихся признаются значимыми его результатами.

В «основном» документе системы образования – федеральном законе об образовании – постулируется приоритет жизни и здоровья человека. Более того, закон указывает на охрану здоровья как на функцию института образования и устанавливает, что организацией охраны здоровья обучающихся (за исключением оказания первичной медико-санитарной помощи, прохождения периодических медицинских осмотров и диспансеризации) занимаются сами организации, осуществляющие образовательную деятельность.

Соответственно, мы наблюдаем нацеленность образовательных программ для разных ступеней образования на формирование личностных и предметных результатов, связанных с вопросами здоровья, а также обсуждение организационной составляющей охраны здоровья обучающихся (обеспечение соответствующих условий обучения, питания и т.д.).

Однако, в федеральных документах пока не находит отражение сама идеология и методология охраны здоровья через самосохранительную социализацию обучаю-

щихся на протяжении всего образовательного маршрута (об этом свидетельствует и разная степень внимания, уделяемая вопросам охраны здоровья в стандартах различных ступеней); не идет речь о включении в образовательные стандарты важнейшей, с точки зрения охраны здоровья, компетенции обучающихся и педагогов – готовности к самосохранению. Пропаганда и обучение навыкам здорового образа жизни признается всего лишь одним из, но не стержневым направлением деятельности образовательной системы. Позитивной тенденцией можно признать то, что более новые государственные образовательные стандарты рассматривают вопросы охраны здоровья более системно, глубоко и разносторонне.

На *региональном уровне* обнаруживается еще более печальная ситуация. Проблематика охраны здоровья подрастающего поколения представлена в большинстве проанализированных документов, однако, часть документов, среди которых региональные законы, концепции и программы развития образования, этот вопрос вообще не поднимают. Упоминание проблемы охраны здоровья в документе не означает ее глубокой и всесторонней проработки, напротив, часто речь идет о формальном или точечном ее присутствии, при обсуждении частных педагогических инициатив и практик. Кроме того, реже всего вопросы охраны здоровья обсуждаются на стратегическом уровне – при определении стратегических целей и направлений развития, общих принципов и задач функционирования образования.

В разрез с федеральным законом об образовании, охрана здоровья рассматривается как приоритет и ведущий принцип деятельности системы образования примерно в четверти изученных региональных документов. То же касается и заявленных в них целей. Даже если охрана здоровья обучающихся присутствует среди декларируемых целей, речь часто идет о ее отдельных аспектах, формулировки носят абстрактный или рекомендательный характер, специфика самосохранительной социализации у разных возрастных групп и на разных ступенях образовательного процесса игнорируется, среди направлений деятельности по охране здоровья редко присутствует важнейшее – формирование культуры здоровья, развитие соответствующих установок, навыков и поведенческих стратегий.

Конкретные мероприятия, по мнению авторов документов, призванные способствовать решению задачи здоровьесбережения, хоть и присутствуют в трех четвертях документов, редко оказываются тщательно проработанными и связанными в целостную систему. В основном, они касаются физических и медицинских аспектов, совершенствования материально-технической базы образовательных учреждений, крайне редко – формирования у учащихся навыков здорового образа жизни.

В целом, полученные данные указывают на отсутствие целостной идеологии охраны здоровья и комплексного подхода к решению этой проблемы в российской системе образования: абстрактные формулировки и организуемые мероприятия, формально носящие здоровьесберегающий характер (проведение дней здоровья, фестивалей на тему здорового образа жизни и пр.) выдают непонимание самой сути

феномена здоровья, его факторов, механизмов его охраны, важности выполнения образованием функции охраны здоровья.

Помимо собственно нормативно-управленческих документов, нами был проанализирован *опыт практической реализации мер по охране здоровья обучающихся* в системе образования. Мы обнаружили, что в российских учреждениях образования реализуется значительное количество подобных инициатив. В зависимости от уровня образования, компетенции педагога, его профессионального функционала данные инициативы очень разнятся, однако общей предпосылкой их внедрения является осознание актуальности проблемы здоровья детей, подростков и молодежи, и того факта, что система образования не может игнорировать эту проблему. Однако, практически всем обследованным примерам практик охраны здоровья учащихся в системе образования не достает системного, комплексного подхода к ее решению.

Несистемность, единичность, однобокость внедрения здоровьесберегающих технологий в наименьшей степени выражена на уровне дошкольного образования, что определяется самой спецификой его организации (материально-техническая база, формы взаимодействия воспитателей, педагогов-специалистов, психологов, сочетание и разноплановость функциональных обязанностей сотрудников, возможность обеспечения режима жизнедеятельности и прямого внешнего контроля за поведением воспитанников).

На уровне начального школьного образования практические инициативы по охране здоровья реализуются сравнительно активно, однако ввиду специфики организации учебного процесса, педагог уже не может оказывать влияние на воспитанников во всех сферах жизни. В начальной школе начинает проявляться тенденция к разрозненности педагогической, психологической, организационной деятельности по охране здоровья. Собственно педагогическая деятельность учителей в сфере здоровьесбережения имеет прикладной, инструментальный характер и подчиняется, прежде всего, логике образовательного процесса, делая его менее затратным для ребенка с точки зрения ресурса здоровья. Сама же ценность здоровья транслируется только в рамках преподавания физической культуры и отдельно взятых мероприятий, посвященных здоровью и здоровому образу жизни.

Данная тенденция усиливается в средней школе, тем более, что здесь учебная нагрузка возрастает. При этом практические меры, направленные на охрану здоровья, становятся все более спорадическими, редкими и односторонними, в итоге редуцируясь к старшим классам до уроков физкультуры.

На уровне профессионального образования практикуется наименьшее количество инициатив по внедрению здоровьесбережения в образовательный процесс, существующие практики касаются в основном физического развития и совершенствования материально-технической базы, но не формирования и развития культуры здоровья.

Независимо от ступени образования, обнаружил себя и ряд универсальных тенденций:

1. Отсутствие теоретико-методологического обоснования охраны здоровья в системе образования, единой теоретической модели «здоровья», «здоровьесберегающих технологий», общего понимания закономерностей и технологий его формирования. Трудности создает и отрывочный характер знаний, имеющих у педагогов и менеджеров системы образования. Анализ показал, что помимо определения здоровья, данного ВОЗ, в качестве теоретического обоснования своей работы педагоги используют большое количество различных определений, относящихся к плохо совместимым подходам к проблеме здоровья и его формирования. Это создает почву для различных интерпретаций, смещению акцентов в пользу одной из составляющих здоровья, чаще всего – физическому развитию.
2. Непроработанность или непонимание сквозного механизма охраны здоровья обучающихся, предполагающего обеспечение непрерывной и последовательной самосохранительной социализации на разных уровнях образовательной системы. Ее следствием является отсутствие преемственности между звеньями системы образования в деле охраны здоровья обучающихся, что нивелирует результаты работы, проведенной на предыдущих ступенях образования или в ходе единичных даже самых успешных педагогических инициатив.
3. Смешанный стиль планирования, характерный для практических мероприятий и инициатив по охране здоровья в системе образования. Одна их часть ориентирована на сравнительно длительный период реализации, другая – на однократное применение; одни посвящены «вечной» проблеме (например, выработке режима деятельности и отдыха), другие являются реакцией на текущую ситуацию (например, эпидемию гриппа). Задача эффективной охраны здоровья, в том числе в части формирования готовности к самосохранению, требует определения логики и последовательности всех внедряемых инициатив, их интеграции в единый комплекс действий, хорошо осознаваемый всеми участниками образовательного процесса – педагогами, самими учащимися, их семьями. Также необходим мониторинг эффективности реализации здоровьесберегающих мер, основанный на системе строгих критериев оценки достигнутых результатов, включающей не только медицинские показатели, данные о посещении занятий и успеваемости обучающихся, но, в первую очередь, показатели сформированности установок, навыков, стратегий самосохранительного поведения и их динамики в процессе образования.

В целом, анализ нормативных моделей и реальных практик охраны здоровья в российской системе образования позволяет охарактеризовать их следующим образом:

- приоритет здоровья и его охраны в системе образования четко заявлен пока только на уровне федерального законодательства; охрана здоровья не воспринята как ключевая, стратегическая цель образования; соответственно, стратегия функционирования и развития системы образования как института охраны здоровья подрастающего поколения отсутствует,

- однозначная и единая для всей системы образования идеология и научно-методическая основа охраны здоровья обучающихся через самосохранительную социализацию отсутствует, что приводит к односторонним и малоперспективным с точки зрения результативности здоровьесберегающей деятельности интерпретациям,
- готовность к самосохранению не рассматривается в качестве ключевой компетенции обучающихся и педагогов, целевые показатели охраны здоровья и формирования самосохранительного поведения отсутствуют в критериях эффективности функционирования образования,
- не разработан и не внедрен сквозной механизм системного превентивного формирования и развития самосохранительных стратегий у обучающихся в условиях образовательных учреждений, идеология охраны здоровья не интегрирована во все аспекты образовательного процесса, в том числе в методики обучения и воспитания детей и молодежи по дисциплинам, на всех ступенях образовательной системы,
- будучи ориентированной на инновационное развитие и более высокую результативность, система образования не учитывает рисков для здоровья обучающихся, связанных с ростом физической и психологической нагрузки, и не обеспечивает компенсацию этих рисков; слабо учитываются также актуальные угрозы здоровью и распространение заболеваний определенного типа на текущем этапе,
- практические мероприятия по охране здоровья, в системе образования формируются на вскидку, в стиле реактивного, а не упреждающего планирования, отдельные оздоровительные мероприятия разнонаправлены, нескоординированы, не образуют системы, порой не имеют научного обоснования и не учитывают сензитивных периодов, когда целенаправленное воздействие по формированию самосохранительных установок и поведения может быть наиболее эффективным. Соответственно, их реализация не способна обеспечить достижение устойчивых позитивных результатов;
- инициатива «снизу» по формированию самосохранительного поведения и охране здоровья обучающихся в системе образования присутствует, однако, в системную работу это не выливается,
- отсутствует четкое понимание ведущей роли образования в охране здоровья подрастающего поколения, что приводит к разбросу и размыванию компетенций и ответственности в этой сфере, а также препятствует созданию устойчивой системы связей и взаимодействий между акторами системы образования и другими агентами социализации (педагоги, менеджеры образования, медики, СМИ и пр.) в сфере здоровьесбережения.

Таким образом, имеющиеся нормативные модели охраны здоровья в основном не отражают ни масштаба и серьезности проблемы здоровья нации, ни понимания субъектами управления образованием стратегической роли этого института в ее решении,

а реализуемые здоровьесберегающие практики оказываются нерезультативными. Об этом свидетельствуют и данные осуществленной диагностики, которые подтверждают, что по мере взросления и повышения образовательной ступени показатели развития самосохранительного поведения обучающихся ухудшаются (рис. 1).

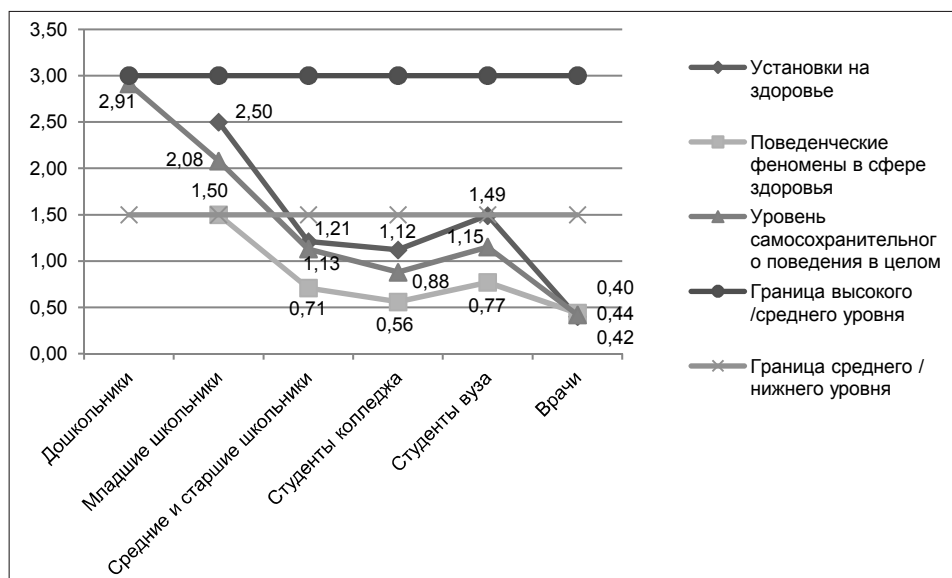


Рис. 1. Сравнительные показатели самосохранительных установок и поведения обучающихся на разных ступенях образовательной системы

Наиболее благополучной группой, с точки зрения сформированности самосохранительного поведения, выглядят дошкольники. Опираясь на эти данные, можно утверждать, что фактически единственным звеном системы образования, где уделяется внимание вопросам здоровья (как результата собственного поведения индивида), формированию самосохранительных паттернов является дошкольное образование. За счет системности и регулярности осуществляемых воздействий (постоянство режима активности и отдыха детей, организации регулярного питания, прогулок, занятий физкультурой и пр.), а также прямого внешнего контроля достигается сравнительно высокая результативность в процессе формирования самосохранительного поведения.

В школьном и, особенно, в постшкольном образовании подобные систематические воздействия отсутствуют, а внешний контроль ослабевает. При этом существенно повышается нагрузка на ребенка в связи с обучением, а значимость учебной успеваемости серьезно завышается – как педагогами, так и родителями. Таким образом, здоровье в системе приоритетов самого ребенка, его семьи, школы оказывается на периферийных местах, а у детей и подростков не формируются и не развиваются новые, соответствующие возрасту, установки и навыки поведения в сфере здоровья.

Успехи в формировании самосохранительных паттернов, достигнутые в дошкольном возрасте, еще некоторое время сохраняют инерцию, что сказывается на сравнительно высоких показателях самосохранительного поведения у младших школьников. Но, не находя подкрепления со стороны системы образования (а также семьи и СМИ), часть уже сложившихся у школьников паттернов разрушается, часть заменяется другими, саморазрушительными. Кроме того, не происходит (или происходит недостаточно эффективно) формирования новых позитивных самосохранительных установок и поведенческих навыков, сообразных возрасту. Соответственно, показатели самосохранительного поведения учащихся средней и старшей школы заметно снижаются по сравнению с младшими школьниками.

Кроме того, по мере взросления ребенка, возрастают риски его вовлечения в саморазрушительные формы поведения (курение, употребление алкоголя и пр.), противостоять которому можно только при наличии сложившейся системы самосохранительных ценностей, диспозиций и мотивов.

Даже в случае реализации отдельных образовательных программ, направленных на предотвращение вовлечения обучающихся в проблемные формы поведения, искомый результат, как правило, не достигается. Большинство подобных программ адресованы подросткам, а то и молодым людям, многие из которых уже приобрели свой собственный опыт в сфере сексуальных отношений, употреблении алкоголя, наркотиков и пр., в то время как эффективность подобного обучения возможна только при соблюдении принципов своевременности и упреждения, то есть при обучении детей заблаговременно, задолго (желательно – за три года) до того, как они начинают приобщаться к такому опыту (первая сигарета, первый сексуальный контакт и т.п.).

Поведенное исследование позволяет оценить сегодняшнюю роль системы образования в решении вопросов охраны здоровья как пассивную. В образовании отсутствует системная целенаправленная работа по обучению детей и молодежи адекватным действиям в сфере здоровья, результатом чего является недостаточно высокий уровень самосохранения и, что особенно важно, его негативная динамика в процессе взросления и обучения. Сложившаяся ситуация требует принципиальных изменений в функционировании образования, которые позволят использовать его потенциал и возможности для обеспечения эффективной самосохранительной социализации обучающихся и, как следствие, формирования, развития и укрепления здоровья у подрастающего поколения.

Литература

Журавлева И.В. (2006), *Отношение к здоровью индивида и общества*. Москва.

Симаева И.Н., Алимбиева А.В. (2011), *Охрана здоровья и образование: институциональный подход: монография*. Часть 2. Калининград.

Об образовании в Российской Федерации, Федеральный закон, <http://www.edu.ru/abitur/act.34/index.php>, 10.10.2014.