В. Р. Кучма

ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ в РОССИИ

(концепция, планирование и развитие)

Москва - 2009

УДК 614.7(072) (470+571)

ББК 51(2Рос),599

К96

Авторы:
В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт, М.И. Степанова, П.И. Храмцов, И.В. Звездина, И.Э. Александрова, Н.А. Бокарева, С.Б. Соколова

Школы здоровья в России. – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН. 2009. – 128 с.
К96

ISBN 5-94302-055-1

Руководство для педагогических и медицинских работников школ*

подготовлено с целью развития Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья, (РСШ СУЗ) и содержит материалы по работе Российских школ здоровья и перспективам развития РСШ СУЗ от декларации приверженности принципам школ здоровья до конкретных действий и результатов. Программа действий исходит из положения, что укрепление здоровья возможно посредством образования и улучшение образования путем укрепления здоровья.

Руководство предназначено для образовательных и амбулаторно-поликлинических учреждений, а также общественных и неправительственных организаций, заинтересованных в развитии Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья.

© НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, 2009

Содержание

*подготовлено при поддержки ЮНИСЕФ

Введение ……...……..… 4

Часть I.
ШКОЛЫ, СОДЕЙСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ,
В РОССИИ ……..... 6

1.1. Роль школ, содействующих укреплению здоровья,
в формировании и укреплении здоровья детей ……6
1.2. Концепция школы, содействующей укреплению здоровья:
от декларации до действий и результатов ……..13
1.3. Критерии школы, содействующей укреплению здоровья:
от декларации до действий и результатов ……...16
1.4. Алгоритм для оценки деятельности школ, содействующих
укреплению здоровья по группам критериев……..21
1.5. Протокол оценки учебного учреждения, претендующего на звание
школы, содействующей укреплению здоровья……39
1.6. Этапы (ступени) развития школы, как
школы, содействующей укреплению здоровья……44

Часть II.
РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОЙ СЕТИ ШКОЛ,
СОДЕЙСТВУЮЩИХ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ……45

2.1. Стратегический план Российской сети школ,
содействующих укреплению здоровья на 2009-2012 гг. ……45

Приложения ……....54

Список литературы ……..…127

ВВЕДЕНИЕ

За последние два десятилетия произошли значительные сдвиги в состоянии здоровья детей и подростков, характеризующиеся резким ростом распространенности функциональных расстройств и хронических болезней, изменением структуры выявляемых нарушений, ухудшением показателей физического развития и физической подготовленности, увеличением распространенности поведенческих факторов риска. Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков приводит к таким негативным социальным последствиям как неготовность к школьному обучению, ограничения профессиональной пригодности и к службе в армии, нарушения формирования и реализации репродуктивного потенциала, рождение нездорового потомства и др.

Научными исследованиями НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук установлено, что в последние 10 лет произошло значительное ухудшение состояния здоровья школьников. Большого внимания заслуживает динамика показателей состояния здоровья детей, обучающихся в начальной школе (Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И., 2006, Звездина И.В., Агапова А.П., Жигарева Н.С., 2008, Сухарева Л.М., Намазова Л.С., Рапопорт И.К. и др., 2008).

К основным школьно-обусловленным факторам риска формирования здоровья школьников, в первую очередь, относятся недостаточный уровень санитарно-эпидемиологического благополучия в образовательных учреждениях, включая неполноценное питание, гипокинезию школьников, несоблюдение гигиенических нормативов режима учебы и отдыха, сна и пребывания на воздухе.

Наиболее агрессивными факторами, которые на современном этапе значимо влияют на формирование здоровья школьников, являются следующие. Высокий объем учебных и внеучебных нагрузок, интенсификация процесса обучения, а также дефицит времени для усвоения информации являются выраженными психотравмирующими факторами для школьника, что в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности оказывает стрессорное воздействие на развивающийся организм.

Значимой причиной ухудшения состояния здоровья школьников является недостаточная эффективность современной системы гигиенического обучения и воспитания по формированию у детей и подростков умений и навыков здорового образа жизни, сознательного и ответственного отношения к своему здоровью.

Среди детей и, особенно, подростков в современных условиях нашли широкое распространение протестные формы поведения: курение, алкоголь, наркотики, ранняя сексуальная активность, девиантные формы поведения, т.е. те факторы, которые ВОЗ рассматривает как ключевые индикаторы здоровья.

Состояние здоровья школьников на современном этапе представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Это требует долгосрочной программы мероприятий и стройной государственной политики, направленных на улучшение качества жизни и охрану здоровья школьников. Одной из таких государственных программ в настоящее время определена Программа формирования здорового образа жизни населения. Наиболее эффективно это может быть осуществлено в школах, содействующих укреплению здоровья.

Европейская сеть школ, содействующих укреплению здоровья, в которую входят и Российские школы здоровья, существует более 15 лет и во многих государствах – участницах проекта показала значительный прогресс в усилении сотрудничества между образованием и здравоохранением в обеспечении здоровья как одной из основных неотъемлемых частей деятельности школы.

Целью сохранения и укрепления здоровья обучающихся является повышение академической успеваемости. Здоровые школьники учатся лучше. Основная задача школы – добиться максимально высокой успеваемости. Школы, эффективно содействующие сохранению и укреплению здоровья учащихся, составляют основную долю школ, которые

справляются со своими задачами, как образовательными, так и социальными (воспитательными).

Школа – это учреждение, в котором деятельность по охране здоровья учащихся и формированию у них мотивации к ведению здорового образа жизни дополняет образовательные задачи и становится не менее приоритетной чем, например, обучение грамоте и счету.

Школы, содействующие сохранению и укреплению здоровья, помогают учащимся овладевать общими и специальными знаниями, навыками понимания, анализа и синтеза информации, умениями находить варианты решений проблем местного и глобального масштаба.

В школах, содействующих укреплению здоровья, учащиеся приобретают и закрепляют личностные и социальные навыки и нацеленные на здоровый образ жизни поведенческие установки, которые способствуют повышению их академической успеваемости.

Школы, реализующие политику укрепления здоровья, повышают возможности детей и взрослых в плане обеспечения безопасной и благоприятной для здоровья социальной, физической и психологической среды, способствуют формированию у учащихся сознательного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих.

Сравнительный анализ роли школ в формировании здорового образа жизни, содействии укреплению здоровья, проведенный НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН, показал эффективность работы школы, содействующей укреплению здоровья.

Однако школы, содействующие укреплению здоровья, еще не стали в Российской Федерации заметным явлением в деле укрепления здоровья подрастающего поколения россиян. В регионах и на федеральном уровне не налажен четкий учет и взаимодействие всех школ, работающих в рамках Европейской сети школ здоровья. Недостаточно обобщается и распространяется передовой опыт школ, работающих в рамках проекта. Слаба научно-методическая база (книги, руководства, брошюры и т.п.), способствующая развитию сети школ, содействующих укреплению здоровья.

Школы, содействующие укреплению здоровья, должны стать ведущим звеном в деле укрепления здоровья обучающихся, формирования здорового образа жизни детей в образовательных учреждениях в интересах всего подрастающего поколения Россиян.

Это еще в большей степени актуализируется в связи с положениями Послания Президента Российской Федерации Д.А. Медведева Федеральному Собрания Российской Федерации о необходимости подготовки Национальной образовательной стратегии – инициативы «Наша новая школа» (5 ноября 2008 года, Москва, Большой Кремлёвский дворец)

Президент Российской Федерации Д.А. Медведев подчеркнул, что именно в школьный период формируется здоровье человека на всю последующую жизнь. Дети проводят в школе значительную часть дня, и заниматься их здоровьем должны, в том числе и педагоги. Нужно уйти от усредненного подхода в этом вопросе. К каждому ученику должен быть применен индивидуальный подход – минимизирующий риски для здоровья в процессе обучения[†].

[†]Послание Президента Российской Федерации Д.А. Медведева Федеральному Собранию Российской Федерации (5 ноября 2008 года, Москва, Большой Кремлёвский дворец)

ЧАСТЬ 1.
ШКОЛЫ, СОДЕЙСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ В РОССИИ

РОЛЬ ШКОЛ, СОДЕЙСТВУЮЩИХ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ, В ФОРМИРОВАНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

КУЧМА В.Р.,СУХАРЕВА Л.М., РАПОПОРТ И.К.

(НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН, Москва, Россия)

На протяжении последних 20-ти лет сохраняется тенденция к росту заболеваемости по обращаемости на 2-4% в год, увеличивается распространенность хронической патологии, снижается количество здоровых детей во всех возрастно-половых группах, что подтверждается данными и официальной статистики, и результатами выборочных научных исследований.

За период 1998-2008 гг. среди учащихся младших классов патологическая пораженность (суммарная распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний) увеличилась на 54,5% (с 2903,7‰ до 4485,7‰) в т.ч. на 59,8% возросла распространенность функциональных отклонений и на 31,8% – частота встречаемости хронических заболеваний. Изменилось в худшую сторону и распределение детей на группы здоровья. Если в 1998 г. к I группе здоровья, т.е. к абсолютно здоровым, относилось 4,8% обследованных учащихся младших классов, то в 2008 г. 1,8%. В отдельных московских школах, не было выявлено ни одного учащегося младших классов, которого можно было отнести к I группе здоровья. Численность школьников с II группой здоровья, т.е. детей с морфофункциональными отклонениями, за 10 лет существенно не изменилась: в 1998 г. – 49,8%; в 2008 – 49,1%. На 4,7% в 2008 г. выше численность детей, страдающих хроническими заболеваниями и относимых к III-IV группам здоровья, по сравнению с 1998 г.

В современных условиях отмечается выраженная интенсификация учебного процесса, которая выражается в увеличении объема учебного материала и количества уроков в день при одновременном сокращении продолжительности урока и учебной недели. Следствием этого является большая утомительность школьных занятий и большая физиологическая стоимость школьных нагрузок, приводящая к снижению числа абсолютно здоровых детей уже в процессе обучения в 1-ом классе: так среди дошкольников 17,3% детей относятся к I группе здоровья, в конце 1-го класса лишь 4,3% (Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И., 2006; Рапопорт И.К., Храмцов П.И., Звездина И.В.и др., 2009; Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Бережков Л.Ф и др., 2009).

В процессе лонгитудинального наблюдения (2004-2008 гг.) за здоровьем 412 учащихся московских школ с 1-го класса до завершения начального образования было установлено увеличение в динамике обучения частоты встречаемости функциональных отклонений сердечно-сосудистой системы, эндокринно-обменных расстройств, нарушений зрения, в основном миопии. Среди учащихся 2-3 классов выявлен стремительный рост распространенности функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы. В течение 4-х лет наблюдения частота встречаемости функциональных нервно-психических расстройств увеличилась на 11,6% (Звездина И.В. с соавт, 2008; Рапопорт И.К. с соавт, 2009).

Распространенность функциональных нарушений костно-мышечной системы возрастает во 2-м классе с 674‰ до 824‰, но затем снижается до 740‰ за счет улучшения осанки и исчезновения уплощения стоп у 37-40% учащихся. Вместе с тем, у 59,5% мальчиков и 58% девочек за время обучения в начальной школе стабилизировались нарушения осанки, а прогрессирование этих нарушений наблюдалось у 19,1% мальчиков и 13,1% девочек.

Расчеты адаптационных показателей показали, что начало обучения в школе сопровождается низким уровнем адаптационных и социометрических возможностей (Надеждин Д.С., Иващенко Е.В., Турчинский В.Н. и др., 2007), снижением функциональных резервов

организма у каждого третьего первоклассника. Достоверное улучшение функционального состояния большинства детей отмечается на 3 и 4 году обучения.

В последние годы большое внимание уделяется особенностям формирования здоровья школьников старшей возрастной группы (подростки 15-17 лет) – возрастному периоду, который характеризуется особым своеобразием роста и развития, как в биологическом так и в социальном аспектах (Ильин А.Г., 2005, Конова С.Р., 2007; Рапопорт И.К., Звездина И.В., 2009). В подростковом возрасте происходит завершение процессов роста и созревания и одновременно наступает первый этап подготовки к вступлению в трудовую жизнь: профессиональное самоопределение, подготовка к самостоятельному труду, к службе в армии и др. Особенности протекания этого периода во многом определяют будущее человека, его физическое и психическое здоровье, успешность включения во «взрослую» жизнь, реализацию репродуктивного потенциала (Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., 2007, Рапопорт И.К., Бирюкова Е.Г., 2007, Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., 2008).

За последние 15 лет распространенность функциональных отклонений среди юношей 15-17 лет увеличилась на 89%, среди их сверстниц-девушек – на 51,6%; частота встречаемости хронических болезней среди юношей возросла на 33,6%, среди девушек увеличение произошло в менее значительных пределах.

Сравнительный анализ структуры функциональных нарушений среди современных подростков и их сверстников 90-х годов свидетельствует о существенном ее изменении в динамике 10 лет. Так, функциональные расстройства системы кровообращения переместились со II на I ранговое место, и их доля стала составлять 25%. Следует отметить, что распространенность данных нарушений за последнее десятилетие возросла почти в 3 раза и выявляется у каждого второго подростка (47,8%). Преобладают различные формы нейроциркуляторной астении, которая в настоящее время рассматривается как болезнь адаптации, «полом» нейроэндокринной вегетативной регуляции сердца и сосудов. Около трети данных нарушений приходится на отклонения в уровнях артериального давления. Отмечается значительный рост частоты встречаемости гипотензивных состояний среди современных подростков. В тоже время, снижение распространенности артериальной гипертензии среди старших школьников за последние десять лет не наблюдается (Звездина И.В, 2008).

II место стали занимать функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата, переместившись с III места в 1998 г. Значительно увеличился удельный вес эндокринно-обменных нарушений (до 14,0%), которые заняли третье место. Ранговые места функциональных расстройств нервной системы и органов пищеварения существенных изменений за последнее десятилетие не претерпели.

В структуре хронических болезней современных подростков I место стали занимать болезни органов пищеварения. Их удельный вес за последние 10 лет увеличился вдвое (с 10,8% до 20,3%). В 4,5 раза увеличилась доля хронических болезней нервной системы (с 3,8% до 17,3%). По-прежнему III место занимают болезни костно-мышечной системы, тогда как удельный вес хронических болезней ЛОР-органов сократился вдвое, переместившись с I на IV ранговое место. Гинекологическая патология у девочек-старшеклассниц стала занимать VI ранговое место, хотя в 1998 г. эти болезни не находились на ведущих местах в структуре хронических заболеваний.

Изучение основных показателей физического развития, анализ их изменений у подростков за последнее десятилетие выявило ряд особенностей. Установлено достоверное снижение темпов продольного роста, уменьшение широтных и обхватных размеров тела, «грацилизация» телосложения. Масса тела современных подростков во всех возрастно - половых группах ниже, чем у их сверстников в предыдущие годы. Отмечается снижение доли лиц с нормальным физическим развитием (Ямпольская Ю.А. с осавт., 2009).

Отклонения в физическом развитии у современных подростков в меньшей степени формируются за счет избыточной массы тела, удельный вес которой за последние 10 лет снизился с 10,2% до 6,6% у юношей и с 9,1% до 4,5% у девушек. В то же время, число подростков с дефицитом массы тела значительно возросло с 12,8% до 20,2% у юношей и с 13,5% до 23% у девушек.

Дефицит массы тела среди современных юношей к моменту окончания школы диагностируется в каждом четвертом, у девушек - в каждом шестом случае.

Показатели, характеризующие физическую работоспособность и физическую подготовленность, у современных подростков значительно (на 20-25%) ниже, чем у их сверстников 80-90-х годов, вследствие чего около половины выпускников 11 классов мальчиков и до 75% девочек не в состоянии выполнять нормативы физической подготовленности

Таким образом, современные подростки по уровню морфофункционального развития в целом отстают от своих сверстников предшествующего десятилетия, что обусловливает у 80% выпускников школ ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья и более у 35% юношей – непригодность к службе в армии в связи с имеющимися заболеваниями; расстройства менструального цикла у 22-25% девушек могут в дальнейшем привести к нарушениям реализации репродуктивной функции, сокращению рождаемости и углублению демографического кризиса (Сухарева Л.М., Куинджи Н.Н., Ямпольская Ю.А., 2009).

К основным школьно-обусловленным факторам риска формирования здоровья школьников, в первую очередь, относятся недостаточный уровень санитарно - эпидемиологического благополучия в образовательных учреждениях, включая неполноценное питание, гиподинамию школьников, несоблюдение гигиенических нормативов режима учебы и отдыха, сна и пребывания на воздухе.

Наиболее агрессивными факторами, которые на современном этапе значимо влияют на формирование здоровья школьников, являются следующие.

Высокий объем учебных и внеучебных нагрузок, интенсификация процесса обучения, а также дефицит времени для усвоения информации являются выраженными психотравмирующими факторами для школьника, что в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности оказывает стрессорное воздействие на развивающийся организм (Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., 2009).

С поступлением ребенка в школу его общая двигательная активность падает во много раз, и дефицит двигательной активности уже в младших классах составляет 35-40%, а среди старшеклассников – 75-85%. Уроки физического воспитания лишь в малой степени (на 10-18%) компенсируют дефицит движений, что явно недостаточно для профилактики отклонений в состоянии здоровья.

Опыт увеличения всех видов физкультурных занятий в школе до 3-5 часов занятий в неделю по данным Института снижает острую заболеваемость (в 3-4 раза), демонстрирует увеличение уровней физической подготовленности и физической работоспособности, уменьшение распространенности курения и увеличение функциональных возможностей у школьников разных возрастов.

Поведенческие факторы риска оказывают значительное влияние на уровень состояния здоровья школьников наряду с широким спектром неблагоприятных социально-гигиенических факторов. Эти факторы в настоящее время достаточно надёжно идентифицируются в ходе специальных исследований, проводимых во многих странах под эгидой Всемирной организации здравоохранения – «Поведение детей школьного возраста». (www.hbsc.org).

Результаты этих исследований показывают, что по числу 11-летних школьников, которым нравится школа, Россия находится в последней десятке стран – участниц обследования (31% девочек и 24% мальчиков). 33% мальчиков и 41% девочек 11-ти лет с частотой более чем 1 раз в неделю жалуются на свое здоровье. Завтракают каждый школьный день только 64% мальчиков и 66% девочек. Ежедневно употребляю фрукты 27% мальчиков и 33% девочек (по этому показателю Россия также в последней десятке стран участниц обследования).

Только 12% девочек и 23% мальчиков 11-ти лет ежедневно имеют 1 час умеренно-энергичной деятельности (активности), а 71% и 73% соответственно ежедневно смотрят телевизор 2 и более часов.

Российские 11-летние школьники «лидеры» в Европейском регионе по числу курящих, по крайней мере, 1 раз в неделю: 4% девочек и 5% мальчиков. Это крайне отрицательно отражается по здоровье детей в последующем.

У юношей наиболее высокие корреляции отмечены между курением и функциональными нарушениями системы кровообращения и органов пищеварения, у девушек – с нарушениями менструального цикла. В тоже время, у всех подростков (и мальчиков, и девочек) с различной степенью достоверности прослеживается связь курения с наличием болезней органов дыхания, болезнями ЛОР-органов, аллергическими болезнями.

По употреблению алкоголя 11-летними школьниками Россия уступает только Украине. 7% девочек и 10% мальчиков употребляют алкоголь, по крайней мере, 1 раз в неделю.

Специальными исследования НИИ Гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН отмечены высокие корреляции между употреблением алкоголя и функциональными нарушениями системы кровообращения, органов пищеварения, эндокринно-обменными нарушениями, болезнями ЛОР - органов. Прослеживается достоверная связь с наличием хронических болезней органов дыхания, аллергических болезней, болезнями нервной системы, у девушек, кроме того, с нарушениями менструального цикла. При увеличении стажа и интенсивности курения и употребления алкоголя корреляционные связи становятся более выраженными. Полученные результаты свидетельствуют о крайне негативном воздействии курения и алкоголя на различные системы организма в период его морфофункционального развития (Звездина с соавт., 2007).

Результаты общеевропейского исследования свидетельствуют и о том, что мы предпочитаем не обсуждать. В своей жизни 13% девочек и 17% мальчиков 15-ти лет употребляли гашиш. Обращает на себя внимание факт отсутствия реальных половых различий в этих показателях. Среди опрошенных 15-летних школьников 3% девочек и 6% мальчиков отметили, что употребляли гашиш в течение последних 30 дней.

24% девочек и 44% мальчиков 15-ти лет указывают, что у них уже было сексуальное общение. Одновременно 73% девочек и 77% мальчиков 15-ти лет указали на использование презервативов при последнем сексуальном общении. При этом в России по данным Центра акушерства и гинекологии и перинатологии Минздравсоцразвития России в 2007 г. сделано 1,4 млн. абортов, из них 10% - у подростков. В 2007 г. у 15-летних девочек состоялось 2.441 роды и сделано 700 абортов.

Таким образом, состояние здоровья школьников на современном этапе представляет собой серьезную медико-социальную проблему, а неблагополучную ситуацию с их состоянием здоровья можно рассматривать как кризисную в Российской Федерации. Это требует долгосрочной программы мероприятий и стройной государственной политики, направленных на улучшение качества жизни и охрану здоровья школьников. Одной из таких государственных программ в настоящее время определена Программа формирования здорового образа жизни населения. Более правильно разработать и реализовать Программу формирования здорового образа жизни детей в образовательных учреждениях. Наиболее эффективно это может быть осуществлено в школах, содействующих укреплению здоровья.

Школа, содействующая сохранению и укреплению здоровья учащихся:

– создает условия для сохранения и укрепления здоровья учащихся;
– стремится повысить академическую успеваемость учащихся;
– придерживается концепции социальной справедливости и социального равенства;
– создает безопасную и предрасполагающую к обучению школьную обстановку;
– вовлекает школьников в активную деятельность по укреплению здоровья, делая их полноправными партнерами в деле реализации программ школьного здравоохранения;
– рассматривает проблемы здоровья и образования как взаимосвязанные, обеспечивая целостный подход к их решению;
– заботится о здоровье и благополучии всех сотрудников школы;
– налаживает активное сотрудничество с родителями и местным сообществом;

– делает мероприятия по укреплению здоровья неотъемлемым компонентом школьной жизни, добавляет элементы санитарного просвещения в школьную программу и включает показатели здоровья в перечень показателей эффективности своей работы;
– ставит достижимые цели, исходя из точной оценки потребностей и достоверных научных данных;
– непрерывно повышает качество своей работы с помощью текущего контроля и оценки результатов.

Целью сохранения и укрепления здоровья обучающихся является повышение академической успеваемости.

Здоровые школьники учатся лучше. Основная задача школы – добиться максимально высокой успеваемости. Школы, эффективно содействующие сохранению и укреплению здоровья учащихся, составляют основную долю школ, которые справляются со своими задачами, как образовательными, так и социальными (воспитательными).

Создание и укрепление мотивации к ведению здорового образа жизни путем повышения уровня осведомленности и формирования необходимых когнитивных, поведенческих навыков и навыков социального взаимодействия также является важной задачей современной школы.

Школа – это учреждение, в котором деятельность по охране здоровья учащихся и формированию у них мотивации к ведению здорового образа жизни дополняет образовательные задачи и становится не менее приоритетной чем, например, обучение грамоте и счету. Школы, содействующие сохранению и укреплению здоровья, помогают учащимся овладевать общими и специальными знаниями, навыками понимания, анализа и синтеза информации, умениями находить варианты решений проблем местного и глобального масштаба. В таких школах учащиеся приобретают и закрепляют личностные и социальные навыки и нацеленные на здоровый образ жизни поведенческие установки, которые способствуют повышению их академической успеваемости.

Ключевыми направлениями деятельности по сохранению и укреплению здоровья учащихся являются:

1. Официально принятая политика школы в отношении сохранения здоровья обучающихся.
2. Создание оптимальных условия пребывания детей в школе.
3. Социально-психологический климат в школе.
4. Формирование устойчивой мотивации вести здоровый образ жизни и обучение соответствующим навыкам и умениям.
5. Связи с общественностью в деле охраны здоровья детей.
6. Медицинское обслуживание учащихся.

Школы, реализующие политику укрепления здоровья обучающихся, повышают возможности детей и взрослых в плане обеспечения безопасной и благоприятной для здоровья социальной, физической и психологической среды, способствуют формированию у учащихся сознательного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих.

Для выявления роли школ в формировании здорового образа жизни, содействии укреплению здоровья сотрудниками нашего Института проведено сравнительное обследование 2-х школ Москвы: школы, содействующей укреплению здоровья (ШСУЗ – № 1998 «Лукоморье»), и обычной школы (ОШ – № 1294), не входящей в сеть школ, содействующих укреплению здоровья. В обеих школах одновременно проведено анкетирование учащихся 6, 7, 8, 9, 10 и 11 классов по специально разработанной анкете. На вопросы анкеты ответили 256 учащихся в возрасте от 12,5 до 17,5 лет. Возрастно-половой состав респондентов в школах был идентичным.

В ШСУЗ организовано рациональное питание учащихся, создана благоприятная психологическая обстановка, активно проводится работа по увеличению двигательной активности, формированию здорового образа жизни учащихся и профилактике потребления психоактив-

ных веществ; организовано оказание медицинской помощи детям и подросткам и систематическое проведение профилактических медицинских осмотров.

I блок вопросов анкеты посвящен организации питания школьников. Установлено, что в ОШ дети в большей степени, чем учащиеся ШСУЗ, регулярно завтракают дома («каждый день» и «5-6 раз в неделю» вместе) – 68% против 54%. В ШСУЗ хорошо организовано горячее питание учащихся, поэтому регулярно завтракают в школе («каждый день» и «5-6 раз в неделю» вместе) 88,8% школьников, в то время как в ОШ только 32%.

II блок вопросов посвящен режиму питания школьников. Горячую пищу 2 раза в день и чаще принимают 57,3% учащихся ОШ и 76,8% детей, посещающих ШСУЗ, т.к. они преимущественно завтракают и обедают в школе. У 49,6% учеников ОШ бывают перерывы в приеме пищи 5-6 часов и более, в то время как в ШСУЗ процент таких детей меньше (32%). В ОШ больший процент детей употребляю острые, соленые, жирные блюда, чем в ШСУЗ (66,4% против 49,6%).

III блок вопросов посвящен фактическому питанию школьников. В ШСУЗ по сравнению с ОШ несколько больший процент детей регулярно («чаще 1 раза в день» и «5-6 раз в неделю» и «3-4 раза в неделю» вместе) употребляет фрукты и соки (88% против 82,5%), овощи (91,2% против 84,7%), мясо и мясные продукты (92,8% против 84,0%), рыбу (44,8 против 35%), сыр (75,2% против 58,8%), масло к столу (44,8% против 41,2%), молоко и молочные продукты (88% против 82,5%). Полученные данные свидетельствуют о том, что в ШСУЗ дети получают горячее питание, более сбалансированное по содержанию белка, жиров, углеводов, витаминов и микронутриентов, чем в ОШ.

IV блок вопросов посвящен физической активности школьников. В ШСУЗ в среднем учащиеся на занятия в спортивных секциях, кружках и самостоятельно затрачивают 13,1 часа в неделю, в то время как в ОШ – только 6,1 часа. В ШСУЗ 87,2% учащихся регулярно посещают уроки физической культуры, в то время как в ОШ регулярно занимаются физкультурой только 58,8% школьников. В ШСУЗ по сравнению с ОШ уделяется значительно больше внимания занятиям физической культурой. Уроки, при соответствующих погодных условиях, проводятся на открытом воздухе, работают спортивные секции и кружки, занятия физкультурой привлекательны для учащихся, и они их регулярно посещают.

V блок вопросов посвящен потреблению школьниками психоактивных веществ (курению, употреблению алкоголя и наркотиков). Регулярно курят («каждую неделю», «до 5 сигарет в день», «5-10 сигарет в день», «больше 10 сигарет в день» вместе) 14,5% учащихся ОШ и только 7,2% школьников, занимающихся в ШСУЗ. Выявлено, что не пробовали алкоголь ни разу в ОШ 20,6%, в ШСУЗ – 50,4% учащихся. Употребляют алкоголь изредка («несколько раз в году») в ОШ 34,4% школьников, в ШСУЗ – 10,4%. Употребляют алкоголь («каждый месяц», «каждую неделю», «каждый день» вместе) в ОШ 9,2% учащихся, в ШСУЗ таких детей и подростков нет. Знают людей, употребляющих наркотики, в ОШ 32,8%, в ШСУЗ – только 14,4% учащихся. Не пробовали наркотики в ОШ 90,1% школьников, в ШСУЗ никто не пробовал наркотики.

VI блок вопросов посвящен комфортности учебного процесса в школах. С удовольствием посещают школу 43,5% учеников ОШ и 71,2% учащихся ШСУЗ. Проявляют заинтересованность в занятиях 24,4% учеников ОШ и 63,2% учащихся ШСУЗ. Испытывают на занятиях волнение и беспокойство 21,4% учащихся ОШ и 14,4% детей, посещающих ШСУЗ. Ощущают на уроках усталость 33,6% учеников ОШ и 10,4% учащихся ШСУЗ. Следует отметить, что учебная нагрузка в ШСУЗ выше, чем в ОШ. Семь и более уроков в день бывает у 81,6% учащихся ШСУЗ и только у 56,5% учеников ОШ. При самооценке влияния школы на здоровье, в ОШ 9,9% учащихся ответили, что школа «положительно влияет на здоровье» и 42,7%, что «школа отрицательно влияет на здоровье». В ШСУЗ наблюдается обратная картина – положительное влияние школы на здоровье отметили 38,4% учащихся, а отрицательное – 13,6%. В ШСУЗ при большей учебной нагрузке, учащиеся чувствуют себя более комфортно, меньше устают и волнуются на уроках, чем в ОШ.

VII блок вопросов посвящен основным жалобам учащихся на здоровье. Существенных различий между школами по частоте встречаемости жалоб не выявлено. Слезливость, частые колебания настроения, страхи посещения школы практически никогда не испытывают 72,0% учащихся ШСУЗ и только 53,4% учеников ОШ. Плохое настроение не бывает практически никогда у 50,4% учеников ШСУЗ и только у 29,8% учащихся ОШ. Слабость, утомляемость после занятий испытывают почти каждый день 29,8% учащихся ОШ и 16% – ШСУЗ. Нарушения сна испытывают почти каждый день 13,7% учеников ОШ и 8,8% – ШСУЗ. Полученные данные подтверждают факт благоприятной психологической обстановки в ШСУЗ.

VIII блок вопросов посвящен медицинской активности учащихся. В ШСУЗ организовано ежегодное проведение профилактических осмотров учащихся, в которых принимают участие педиатр, окулист, отоларинголог, невролог, хирург-ортопед, стоматолог**.** В течение текущего учебного года полностью прошли профилактические осмотры 87% учащихся. В ОШ прошли осмотры профилактические осмотры 22-26% учащихся, окулистом были осмотрены 34,4% учеников, а стоматологом – 44,3%.

Таким образом, данные проведенного анкетирования доказывают эффективность работы школы, содействующей укреплению здоровья. Однако в работе школ, содействующих укреплению здоровья, есть и проблемы, требующие обсуждения и поиска путей их решения. Школы, содействующие укреплению здоровья, еще не стали в Российской Федерации заметным явлением в деле укрепления здоровья подрастающего поколения Россиян. В регионах и на федеральном уровне не налажен четкий учет и взаимодействие всех школ, работающих в рамках Европейской сети школ здоровья. Не достаточно обобщается и распространяется передовой опыт школ, работающих в рамках проекта. Отсутствует орган, координирующий работу министерств здравоохранения и образования, и других ведомств Российской Федерации по вопросам развития сети школ, содействующих укреплению здоровья обучающихся, воспитанников. Слаба научно-методическая база (книги, руководства, брошюры и т.п.), способствующая развитию сети школ, содействующих укреплению здоровья.

В настоящий момент в Российской Федерации насчитывается 3.708 школ, содействующих укреплению здоровья (Приложение 1).

Для дальнейшего развития Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья (РСШ СУЗ) планируется:

- сформировать межведомственный комитет по содействию развития Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья;
- создать веб-сайт РСШ СУЗ;
- организовать взаимодействие РСШ СУЗ с Российским обществом школьной и университетской медицины и здоровья и профессиональными ассоциациями учителей, психологов;
- регулярно проводить Фестивали (конкурсы) ШСУЗ, приурочив их к международному дню здоровья (7 апреля);
- содействовать участию региональных координаторов РСШ СУЗ в международных конгрессах и семинарах Европейской сети школ здоровья.

Реализация предложенных мероприятий при тесном взаимодействии с координаторами РСШ СУЗ позволит школам, содействующим укреплению здоровья, стать ведущим звеном в деле укрепления здоровья обучающихся, формирования здорового образа жизни детей в образовательных учреждениях в интересах всего подрастающего поколения Россиян.

НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН –
Национальный центр поддержки Сети «Школы здоровья в Европе»

ОДОБРЕНА
Секциями
«Современные формы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» и «Интеграция программ оздоровления в деятельности современной школы»
Всероссийского съезда школ, содействующих укреплению здоровья
«Здоровое поколение – здоровая Россия»

19 ноября 2008 г.
г. Москва

ОДОБРЕНА
На Межведомственном семинаре-совещании региональных координаторов Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья, и специалистов по гигиене детей и подростков (школьной медицине) субъектов Российской Федерации
«Школа здоровья: комплексный подход в организации здоровьесберегающей деятельности»
22-23 мая 2009 г.
г. Москва

ШКОЛА, СОДЕЙСТВУЮЩАЯ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ: ОТ ДЕКАРАЦИИ ДО ДЕЙСТВИЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ

(укрепление здоровья посредством образования
и улучшение образования путем укрепления здоровья)

КОНЦЕПЦИЯ

Школы, содействующие укреплению здоровья (ШСУЗ), являются оптимальными адаптивными моделями образовательного учреждения для укрепления здоровья учащихся путем создания безопасной и благоприятной для здоровья физической, психологической и социальной среды и формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни у обучающихся и взрослых, осознанного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих.

Деятельность ШСУЗ включает:

- Выработку стратегии формирования оптимальной внутришкольной среды и организации обучения с целью сохранения и укрепления здоровья учащихся, достижения высокой успешности обучения, в том числе:
  - формирование команды из представителей участников образовательного процесса (педагогов, психологов, учащихся, медицинских, социальных работников, родителей), взаимодействующей с вышестоящими органами и организациями («вертикальные» связи) и другими заинтересованными организациями-партнерами («горизонтальные» связи) (сотрудничество школы с основными местными общественными объединениями и отдельными лицами, с научными организациями, с территориальным отделением Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья и т.д.)
  - определение достижимых целей, исходя из точной оценки потребностей детей, родителей и общества;
  - организация самоаудита, текущего контроля и оценка результатов, как инструмент повышения качества своей работы.
- создание среды для реализации образовательного процесса, способствующего гармоничному развитию учащихся в соответствии с возрастными закономерностями роста и развития, сохранению и укреплению здоровья учащихся, достижения их высокой успеваемости, в том числе:
  - внедрение инновационных образовательных программ и технологий, интегрирующих образовательные и оздоровительно - профилактические компоненты, направленные на сохранение и повышение работоспособности, минимизацию

физиологической цены обучения, обеспечение возрастных темпов роста и развития детей;

- приоритет двигательной активности во всех сферах учебной и внеучебной деятельности образовательного учреждения как необходимого условия здорового развития обучающихся; повышение развивающей, профилактической и оздоровительной эффективности двигательных режимов;
- гармонизация инновационных образовательных программ и технологий с возможностями физического воспитания детей на всех ступенях их обучения; внедрение инновационных технологий физического воспитания и физкультурно-спортивного оборудования для совершенствования и развития двигательных качеств, выносливости, физической работоспособности; привлекательность уроков физической культуры и реализации принципа «физическая культура – для всех детей» (освобожденных от занятий физической культурой в ШСУЗ – нет);

- построение учебного процесса на принципах взаимоуважения педагогов и учащихся, развития коммуникативных связей и партнерства, направленных на повышение академической успеваемости учащихся; развитие интеллектуальных и творческих способностей, формирующих мотивационные установки учащихся в соответствии с особенностями их психофизиологического развития;
- формирование культуры здоровья, педагогов и родителей; преемственность образовательных программ по формированию здоровья детей на всех этапах их обучения в школе; использование современных информационных технологий в обучении детей здоровью; интеграция санитарного просвещения и гигиенического воспитания в школьную программу;
- совершенствование социального партнерства в системе «Педагог-учащийся-родители»; вовлечение участников образовательного процесса в активную деятельность по укреплению здоровья, делая их полноправными партнерами в реализации программ укрепления здоровья; заботу о здоровье и благополучии всех сотрудников школы – как обязательный элемент деятельности школы; обмен информацией между всеми заинтересованными в деле охраны и укрепления здоровья учащихся, формирования здорового образа жизни детей, педагогов и родителей.
- эффективную систему медицинского обеспечения обучающихся; внесение показателей здоровья учащихся и педагогов в перечень показателей эффективности своей работы.

В первую очередь деятельность ШСУЗ ориентирована на образование детей в области здоровья. Обучение здоровью в ШСУЗ должно проводиться систематически и непрерывно от ступени к ступени обучения с учетом особенностей развития учащихся младших, средних и старших классов. Образовательные программы способствуют активизации учащихся с целью формирования сознательного их отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих. Педагогам следует стремиться развивать различные индивидуальные и групповые формы, методы и средства обучения детей здоровью с использованием современных информационно-коммуникационных технологий.

Система обучения детей в области здоровья и формирования здорового образа жизни предполагает 4 ступени ее реализации:

I ступень – информирование детей в области здоровьесбережения сверх обычной школьной программы по основным разделам: рациональное питание; двигательная активность; правильная организация учёбы, досуга, отдыха; профилактика школьного стресса; физические кондиции, физическая подготовленность; гигиена тела; протестные (рискованные) формы поведения, медицинская активность (наличие «обратной связи» - проверки теоретических знаний учащихся в плане формирования ЗОЖ: проектная деятельность и т.д.).

II ступень – освоение соответствующего возрасту уровня знаний в области формирования здорового образа жизни, включая медицинскую грамотность. На этом этапе ШСУЗ должна добиться прочных знаний в области здорового образа жизни, включая медицинскую

активность (проверка теоретических знаний учащихся в плане формирования ЗОЖ: опрос, тестирование, проектная деятельность и т.д.).

III ступень – формирование необходимого уровня навыков практического использования знаний в области здорового образа жизни, при этом сама ШСУЗ должна быть «Школой – территорией здоровья». Ребёнок должен демонстрировать и отдельные элементы медицинской активности (подсчёт пульса и контроль его при физических нагрузках, контроль за своим артериальным давлением, весом, безбоязненное обращение к медицинским работникам по всем вопросам, связанным со здоровьем) (проверка теоретических знаний и практических навыков учащихся в плане формирования ЗОЖ, высокая медицинская активность).

IV ступень – реальное улучшение здоровья, в том числе улучшение качества жизни детей, страдающих хроническими заболеваниями. (положительная динамика объективных показателей здоровья учащихся).

Анализ деятельности образовательного учреждения, реализующего концепцию ШСУЗ, основывается на индикаторах, которые позволяют оценить влияние условий среды, методик и режимов обучения на функциональные возможности организма и здоровье учащихся, уровень их знаний, умений и навыков при формировании культуры здоровья.

Для оценки и динамического контроля результатов деятельности ШСУЗ в области здоровьесбережения должны использоваться современные технологии унифицированного комплексного мониторинга среды и здоровья учащихся. Целесообразно также мониторировать на анонимной основе (с привлечением сторонних организаций) распространенность основных факторов риска развития неинфекционных, школьнообусловленных заболеваний и травматизма у детей и подростков в образовательных учреждениях.

Самоаудит здоровьесберегающей деятельности школы должен проводиться два раза в год – в начале и в конце учебного года и включать оценку показателей среды, развития, здоровья и уровня знаний, навыков и умений в области здоровья.

Контроль условий среды учебных помещений школы (классы, рекреации, спортивные залы и др.) осуществляется на основе анализа данных их экологических паспортов.

Медицинское обеспечение в ШСУЗ включает профилактические осмотры учащихся. Результаты осмотров используются для определения детей группы «наблюдения», «внимания» и «повышенного риска» в отношение здоровья, в том числе «специального риска» для занятий физической культурой, а также для оценки эффективности ШСУЗ по здоровьесбережению учащихся.

По результатам мониторинга в конце учебного года определяют приоритетные направления деятельности ШСУЗ на следующий учебный год, составляют план действий и утверждают индикаторы оценки результатов.

Финансовая поддержка ШСУЗ должна осуществляться местными органами исполнительной власти.

НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН –
Национальный центр поддержки Сети «Школы здоровья в Европе»

ОДОБРЕНЫ
Секциями
«Современные формы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» и «Интеграция программ оздоровления в деятельности современной школы»
Всероссийского съезда школ, содействующих укреплению здоровья
«Здоровое поколение – здоровая Россия»

19 ноября 2008 г.
г. Москва

ОДОБРЕНЫ
На Межведомственном семинаре-совещании региональных координаторов Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья, и специалистов по гигиене детей и подростков (школьной медицине) субъектов Российской Федерации
«Школа здоровья: комплексный подход в организации здоровьесберегающей деятельности»
22-23 мая 2009 г.
г. Москва

КРИТЕРИИ
для оценки деятельности школ, содействующих укреплению здоровья

1. **Декларация образовательного учреждения о приверженности содействовать укреплению здоровья обучающихся.**
2. **Среда для реализации образовательного процесса и гармоничного развития учащихся в соответствии с возрастными закономерностями роста и развития.**
3. **Социально-психологический климат.**
4. **Формирование устойчивой мотивации вести здоровый образ жизни и обучение соответствующим навыкам и умениям.**
5. **Связи школы с общественностью.**
6. **Медицинское обеспечение, показатели здоровья учащихся всей школы.**

1. Декларация образовательного учреждения о приверженности содействовать укреплению здоровья обучающихся.

1.1. Изучение проблем, связанных со здоровьем, с учетом условий жизни учащихся и условиями жизни местных жителей в целом. Использование информации (материалов), основанной на проверенных теоретических выкладках и точных фактах.

1.2. Наличие официального документа школы (декларация, концепция), отражающего комплексный подход к укреплению здоровья обучающихся.

1.3. Наличие команды (группы) из всех участников образовательного процесса (педагогов, психологов, учащихся, медицинских работников, родителей и т.д.) и других заинтересованных лиц.

1.4. Характеристика здоровья в перечне показателей эффективности работы школы.

1.5. Наличие программы развития, включающей:
- ожидаемые результаты и достижимые цели;
- перспективный план развития ШСУЗ на 3-5 лет;
- текущий план работы, включающий все направления деятельности ШСУЗ.

1.6. Наличие предложений обучающихся, включенных в план работы ШСУЗ.

1.7. Организация самоаудита (самопроверки) школы в области сохранения и укрепления здоровья обучающихся.

1.8. Портфолио школы в сфере охраны и укрепления здоровья, пропаганды здорового образа жизни детей и подростков.

2. **Среда для реализации образовательного процесса и гармоничного развития учащихся в соответствии с возрастными закономерностями роста и развития.**

2.1. Достаточная площадь и гигиенически рациональное зонирование и озеленение земельного участка школы; защита территории школы от попадания любых биологических, химических и прочих загрязняющих веществ, которые могут причинить вред здоровью, в т.ч.:

- наличие на участке или за его пределами физкультурно-спортивных площадок, которые могут быть использованы обучающимися.

2.2. Наличие:

- физкультурно-спортивных залов в школе (и/или использование спортивных залов в радиусе не более 0,5 км);
- бассейна.

2.3. Количество учебных помещений, в которых параметры микроклимата (температура и влажность воздуха) соответствуют гигиеническим требованиям.

2.4. Регламентация проветривания помещений школы.

2.5. Количество рабочих мест учащихся, уровни освещенности которых соответствуют гигиеническим требованиям.

2.6. Количество обучающихся, обеспеченных учебной мебелью, размеры которой соответствуют их росту.

2.7. Количество учебных помещений, мебель в которых позволяет чередовать рабочие позы обучающихся сидя и стоя.

2.8. Количество обучающихся, которые сидят за партами и столами с учётом их состояния здоровья (остроты зрения, наличия нарушений осанки и склонности к простудным заболеваниям).

2.9. Количество обучающихся, у которых вес ранцев соответствует гигиеническим требованиям.

2.10. Количество обучающихся, использующих в школе сменную обувь, способствующую профилактике деформации стопы.

2.11. Количество классных коллективов, учебные нагрузки которых превышают гигиенические нормативы.

2.12. Количество классных коллективов, которые в расписании уроков имеют оптимальное чередование различных предметов (основные предметы чередуются с музыкой, ИЗО, физкультурой; предметы естественно-математического профиля чередуются с гуманитарными); используется шкала трудности предметов для правильного построения школьного расписания уроков в течение дня и недели.

2.13. Количество педагогов, которые организуют свои уроки гигиенически рационально (оптимальная плотность урока, чередование видов учебной деятельности, видов преподавания, использование ТСО, наличие физкультминуток, эмоциональных разрядок).

2.14. Количество подготовленных (используемых) электронных средств (учебников) обучения, соответствующих гигиеническим требованиям.

2.15. Количество уроков физического воспитания, построение которых соответствует гигиеническим требованиям (оптимальная плотность, рациональная структура и нагрузка урока, медицинский контроль).

2.16. Наличие медицинских групп физического воспитания, организация занятий в них.

2.17. Достаточность объема двигательной активности обучающихся в образовательном учреждении:

- наличие трех уроков физкультуры в неделю;
- наличие динамического часа (паузы) в течение учебного дня;
- наличие ФМ (физкультминуток) на уроках:
- в т.ч.: - вводной ФМ.

2.18. Объем двигательной активности во внеурочное время (спортивные праздники, соревнования, дни здоровья).
2.19. Спортивно-оздоровительная работа во внеурочное и каникулярное время: наличие в школе физкультурно-спортивных занятий и приравненных к ним (секций, кружков) для учащихся разного возраста, пола
2.20. Количество обучающихся, которые выполняют домашние задания в соответствии с гигиеническими требованиями.
2.21. Особенности графика каникул
2.22. Сменность обучения.
2.23. Внедрение в образовательный процесс оздоровительно-профилактических программ и технологий в целях сохранения и повышения работоспособности, минимизацию утомительности обучения, обеспечение возрастных темпов роста и развития детей; личностно-ориентированный подход, индивидуальная образовательная траектория и т.п.
2.24. Учет половых особенностей учащихся при организации процесса обучения.
2.25. Использование современных информационных технологий в обучении детей здоровью.
2.26. Количество обучающихся, получающих в школе горячее питание.*
2.27. Наличие буфета, столовой в школе.
2.28. Режим питания.
2.29. Использование обогащенных продуктов в рационе.
2.30. Материально-техническая оснащенность и санитарно-техническое состояние школьной столовой.
2.31. Обеспеченность обучающихся доброкачественной питьевой водой.

3. Социально-психологический климат.

3.1. Наличие школьного самоуправления и его участие в привлечении обучающихся к укреплению собственного здоровья и здоровья всего школьного сообщества
3.2. Вовлеченность родителей и их выборного органа в содействие укреплению здоровья школьников.
3.3. Охват психологическим консультированием обучающихся.
3.4. Наличие у учащихся портфолио (по разделу здорового образа жизни).
3.5. Количество обучающихся, у которых регистрируются благоприятные изменения в показателях невротизации.
3.6. Количество обучающихся, имеющих положительную динамику показателей тревожности и эмоционального стресса (снижение уровня эмоционального стресса и тревожности).

4. Формирование устойчивой мотивации вести здоровый образ жизни и обучение соответствующим навыкам и умениям.

4.1. Наличие в школьном расписании занятий по формированию здоровья, здорового образа жизни детей, на которых учащиеся приобретают соответствующие их возрасту знания, овладевают навыками, приобретают умения и опыт, помогающий им сделать сознательный выбор в пользу здорового образа жизни и здоровьесберегающего личного и коллективного поведения:
- в расписании занятий;
- в расписании внеклассных видов деятельности;
- во внешкольной работе.

4.2. Формирование культуры здоровья учащихся на всех этапах их обучения; преемственность образовательных программ обучения детей здоровью (уроки здоро-

* Горячее питание – организованное питание обучающихся, предусматривающее наличие горячего первого и (или) второго блюда.

вья, интеграция санитарного просвещения и гигиенического воспитания в школьную программу и т.п.).

4.3. Проведение конкурсов, конференций, праздников, фестивалей, в том числе художественного творчества детей, связанных с укреплением здоровья, пропагандой здорового образа жизни детей и подростков.

4.4. Оформление школы и учебных кабинетов наглядной агитацией по вопросам гигиены и охраны здоровья и формирования здорового образа жизни детей и подростков.

4.5. Повышение квалификации педагогических кадров (в течение 5 последних лет) по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни.

4.6. Количество педагогов, повысивших свою квалификацию по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни (в течение 5 последних лет).

4.7. Проведение лекций, семинаров, консультаций для родителей по вопросам охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни.

4.8. Мониторинг факторов риска неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков в образовательном учреждении.

4.9. Степень информированности учащихся в отношении факторов риска формирования отклонений в состоянии здоровья.

4.10. Степень сформированности у учащихся установок на здоровый образ жизни.

5. Связи школы с общественностью.

5.1. Взаимоотношения между школой и семьями учащихся. Наличие плана мероприятий с участием родителей в работе школы по укреплению здоровья учащихся.

5.2. Сотрудничество школы с основными местными общественными организациями и отдельными заинтересованными лицами.

5.3. Сотрудничество школы с региональным центром поддержки Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья.

5.4. Сотрудничество школы с территориальным отделением Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ).

6. Медицинское обеспечение, показатели здоровья учащихся всей школы.

6.1. Наличие медицинского пункта (медицинского кабинета) в школе.

6.2. Наличие медицинского персонала, работающего в школе:

- количество врачей;
- график работы школьного врача;
- количество среднего медицинского персонала;
- график работы среднего медицинского персонала.

6.3. Оборудование, оснащение медицинского кабинета.

6.4. Численность обучающихся, у которых в процессе учебы зарегистрированы благоприятные изменения физического развития.

6.5. Численность обучающихся, у которых отмечается благоприятная динамика состояния здоровья (по результатам обработки данных анкетного опроса для выявления жалоб на нарушения здоровья).

6.6. Изменения количества случаев заболеваний, перенесенных учащимися.

6.7. Численность обучающихся, у которых в процессе учебы регистрируются благоприятные изменения физической подготовленности.

6.8. Численность обучающихся, у которых на основании данных профилактических осмотров регистрируются благоприятные изменения в показателях комплексной оценки состояния здоровья.

6.9. Участие администрации и педагогического коллектива в организации профилактических медицинских осмотров учащихся.

6.10. Участие администрации и педагогического коллектива в организации иммуно-профилактической (прививочной) работы в школе.

6.11. Учет случаев травм детей, произошедших при нарушении правил безопасности жизнедеятельности (в школе и/или вне школы), в том числе:

- при оказании медицинской помощи силами медицинского персонала школы;
- при оказании медицинской помощи силами бригады «скорой помощи».

ТАБЛИЦА 1

АЛГОРИТМ
для оценки деятельности
Школ, Содействующих Укреплению Здоровья (ШСУЗ) по группам критериев.

Критерии (показатели) оценки деятельности ШСУЗ	**БАЛЛЫ**			
	3	**2**	**1**	**0**
1. Декларация образовательного учреждения о приверженности содействовать укреплению здоровья обучающихся 1.1. Изучение проблем, связанных со здоровьем, с учетом условий жизни учащихся и условиями жизни местных жителей в целом. Использование информации (материалов), основанной на проверенных теоретических выкладках и точных фактах		ДА		НЕТ
1.2. Наличие официального документа школы (декларация, концепция), отражающего комплексный подход к укреплению здоровья обучающихся		ДА		НЕТ
1.3. Наличие команды (группы) из всех участников образовательного процесса (педагогов, психологов, учащихся, медицинских работников, родителей и т.д.) и других заинтересованных лиц.		ДА		НЕТ
1.4. Характеристика здоровья в перечне показателей эффективности работы школы	Используется комплекс показателей состояния здоровья обучающихся: распространенность функциональных отклонений и хрониче-	Учитываются некоторые (3-4) показатели состояния здоровья	Учитываются некоторые (1-2) показатели состояния здоровья	НЕТ

	ских заболеваний по данным профилактических осмотров, показатели острой заболеваемости, физического развития, физической подготовленности, комплексная оценка состояния здоровья.			
1.5. Наличие программы развития, включающей: • ожидаемые результаты и достижимые цели; • перспективный план развития ШСУЗ на 3-5 лет; • текущий план работы, включающий все направления деятельности ШСУЗ		Включены все компоненты программы развития	Частично, включены не все компоненты	Отсутствует
1.6. Наличие предложений обучающихся, включенных в план работы ШСУЗ		ДА		НЕТ
1.7. Организация самоаудита (самопроверки) школы в области сохранения и укрепления здоровья обучающихся		ДА (подтверждающие документы)		НЕТ
1.8. Портфолио школы в сфере охраны и укрепления здоровья, пропаганды здорового образа жизни детей и подростков	Есть с момента работы школы, как ШСУЗ	Есть за 2-3 года	Есть за последний год	НЕТ

2. Среда для реализации образовательного процесса и гармоничного развития учащихся в соответствии с возрастными закономерностями роста и развития	**БАЛЛЫ**			
	3	**2**	**1**	**0**
2.1. Достаточная площадь и гигиенически рациональное зонирование и озеленение земельного участка школы; защита территории школы от попадания любых биологических, химических и прочих загрязняющих веществ, которые могут причинить вред здоровью, в т.ч.: -наличие на участке или за его пределами физкультурно-спортивных площадок, которые могут быть использованы обучающимися.	Площадь земельного участка превышает гигиенические требования (35 кв.м на 1-го учащегося), наличие всех требуемых зон участка; наличие нескольких физкультурно-спортивных площадок	Соответствие площади участка гигиеническим требованиям из расчета 35 $м^2$ на 1-го учащегося; наличие учебно-опытной, физкультурно-спортивной, хозяйственной и зоны отдыха, защищенных от загрязняющих веществ, вредных для здоровья	Возможны незначительные (до 10%) отступления (в сторону уменьшения) от гигиенических нормативов площади. Наличие физкультурно-спортивной зоны или договора о возможности использования физкультурно-оздоровительного комплекса. Остальные зоны участка школы отсутствуют или представлены в неполном объеме.	Значительные (более 10%) отступления от гигиенических нормативов и/или отсутствие физкультурной зоны.
2.2. Наличие: • физкультурно-спортивных залов в школе (и/или использование спортивных залов в радиусе не более 0,5 км);	Более 2 залов	2 зала	1 зал	НЕТ
• бассейн		Наличие бассейна в школе	Использование бассейна вне школы	НЕТ
2.3. Количество учебных помещений*, в которых параметры микроклимата (температура и влажность воздуха) соответствуют гигиеническим требованиям. (Приложение 2)	100%-99%	98%-95%	94% - 90%	89% и менее

* здесь и далее в % от общего числа учебных помещений

2.4. Регламентация проветривания помещений школы (Приложение 3)	Наличие графика проветривания, по которому оно проводится в соответствии с гигиеническими рекомендациями.	Проветривание проводится в соответствии с гигиеническими рекомендациями	Проветривание проводится без учета гигиенических рекомендаций	Проветривание помещений не проводится
2.5. Количество рабочих мест учащихся (% от общего количества учебных мест), уровни освещенности которых соответствуют гигиеническим требованиям. (Приложение 4)	100%-95%	94%-89%	88%- 82%	81% и менее
2.6. Количество обучающихся**, обеспеченных учебной мебелью, размеры которой соответствуют их росту. (Приложение 5)	100%-95%	94% - 89%	88%- 61%	60% и менее
2.7. Количество учебных помещений*, мебель в которых позволяет чередовать рабочие позы обучающихся сидя и стоя.	100%-76%	75%-51%	50%- 26%	25% и менее
2.8. Количество обучающихся**, которые сидят за партами и столами с учётом их состояния здоровья (остроты зрения, наличия нарушений осанки и склонности к простудным заболеваниям). (Приложение 6)	100%-95%	94%-81%	80%- 56%	55% и менее
2.9. Количество обучающихся** у которых вес ранцев соответствует гигиеническим требованиям. (Приложение 7)	100%-95%	94%-81%	80%- 56%	55% и менее
2.10. Количество обучающихся**, использующих в школе сменную обувь, способствующую профилактике деформации стопы (в % от общего числа обучающихся). (Приложение 8)	100%-85%	84%-60%	59% - 41%	40% и менее

** здесь и далее в % от общего числа обучающихся

2.11. Количество классных коллективов***, учебные нагрузки которых превышают гигиенические нормативы. (Приложение 9)	Нет	До 5%	5% - 10%	Более 10%
2.12. Количество классных коллективов***, которые в расписании уроков имеют оптимальное чередование различных предметов (основные предметы чередуются с музыкой, ИЗО, физкультурой; предметы естественно-математического профиля чередуются с гуманитарными); используется шкала трудности предметов для правильного построения школьного расписания уроков в течение дня и недели (Приложение 10)	100%-75%	74%-51%	50%- 26%	25% и менее
2.13. Количество педагогов (в % от общего количества педагогов в школе), которые организуют свои уроки гигиенически рационально (оптимальная плотность урока, чередование видов учебной деятельности, видов преподавания, использование ТСО, наличие физкультминуток, эмоциональных разрядок) (Приложение 11)	100%-76%	75%-51%	50%- 30%	29% и менее
2.14. Количество подготовленных (используемых) электронных средств (учебников) обучения, соответствующих гигиеническим требованиям (Приложение 12)	100%-76%	75%-51%	50%-30%	29% и менее
2.15. Количество уроков физического воспитания (в % от всех уроков физического воспитания), построение которых соответствует гигиеническим требованиям (оптимальная плотность, рациональная структура и нагрузка урока, медицинский контроль). (Приложение 13)	100%-95%	94%-81%	80%- 56%	55% и менее

*** здесь и далее в % от общего количества классных коллективов в школе

2.16. Наличие медицинских групп физического воспитания, организация занятий в них. (Приложение 13)	Наличие основной, подготовительной, специальной (А и Б) групп; занятия в группах проводятся строго по своей программе соответствующим специалистом (например, в специальной Б группе – инструктором ЛФК)	Наличие 2-х групп: основной и подготовительной или специальной (А и Б) групп; занятия в группах проводятся по своей программе.	Разделение на группы есть, но оно «условно». Рекомендации по дифференцированному проведению занятий в группах не учитываются.	Фактического разделения на группы нет.
2.17. Достаточность объема двигательной активности обучающихся в образовательном учреждении: • наличие трех уроков физкультуры в неделю;		ДА		НЕТ
• наличие динамического часа (паузы) в течение учебного дня;	ДА			НЕТ
• наличие ФМ (физкультминуток) на уроках:	ДА			НЕТ
• в т.ч.: - вводной ФМ	ДА			НЕТ
2.18. Объем двигательной активности во внеурочное время (спортивные праздники, соревнования, дни здоровья и т.д.)	Регулярно (не реже 1 раза в неделю)	Регулярно (не реже 1 раза в месяц)	Редко	НЕТ
2.19. Спортивно-оздоровительная работа во внеурочное и каникулярное время: наличие в школе физкультурно-спортивных занятий и приравненных к ним (секций, кружков) для учащихся разного возраста, пола	5-6 секций, занятий и более	3-4 секции, занятий	1-2 секции	НЕТ

2.20. Количество обучающихся**, которые выполняют домашние задания в соответствии с гигиеническими требованиями (в % от общего числа обучающихся). (Приложение 14)	100-75%	74-51%	50%-26%	25% и менее
2.21. Особенности графика каникул	Режим каникул, предусматривающий регулярное чередование учебного и каникулярного времени : 5-6 недель учебы сменяются недельными каникулами.	«Традиционный» режим каникул (4 четверти, каникулы 3 раза в течение учебного года: после 1-ой, 2-ой и 3-ей четверти)		
2.22. Сменность обучения		Обучение в одну (первую) смену	Обучение в две смены	Обучение в три смены
2.23. Внедрение в образовательный процесс оздоровительно-профилактических программ и технологий в целях сохранения и повышения работоспособности, минимизацию утомительности обучения, обеспечение возрастных темпов роста и развития детей; личностно-ориентированный подход, индивидуальная образовательная траектория и т.п.		ДА		НЕТ
2.24. Учет половых особенностей учащихся при организации процесса обучения		ДА		НЕТ
2.25. Использование современных информационных технологий в обучении детей здоровью		ДА		НЕТ
2.26. Количество обучающихся**, получающих в школе горячее питание*.	100%		99%-75%	74% и менее

* См. стр. 18

2.27. Наличие буфета, столовой в школе	Столовая полного цикла (школьно-базовый комбинат, пищеблок, столовая, буфет)	Столовая-доготовочная	Буфет-раздаточная	Только буфет
2.28. Режим питания	3-разовое питание (завтрак, обед, полдник)	3-разовое питание (завтрак, обед, полдник)	2-х разовое питание (завтрак, обед)	1-разовое питание (горячий завтрак)
2.29. Использование обогащенных продуктов в рационе	ДА, и в основном рационе и в ассортименте буфета	ДА, только в основном рационе	ДА, только в ассортименте буфета	НЕТ
2.30. Материально-техническая оснащенность и санитарно-техническое состояние школьной столовой	Новое технологическое оборудование	Оборудование требует обновления	Требует ремонта и обновления оборудования	НЕТ
2.31. Обеспеченность обучающихся доброкачественной питьевой водой.	Организация индивидуального питьевого режима: куллеры или бутилированная вода (200 мл)	Организация индивидуального питьевого режима: куллеры или бутилированная вода (200 мл)	Качественная питьевая вода и фонтанчики	Качественная питьевая вода

3. Социально-психологический климат	БАЛЛЫ			
	3	2	1	0
3.1. Наличие школьного самоуправления и его участие в привлечении обучающихся к укреплению собственного здоровья и здоровья всего школьного сообщества		ДА		НЕТ
3.2. Вовлеченность родителей и их выборного органа в содействие укреплению здоровья школьников	Вовлеченность родителей во все направления деятельности ШСУЗ	Вовлеченность родителей в большинство направлений деятельности ШСУЗ	Вовлеченность родителей в некоторые направления деятельности ШСУЗ	НЕТ
3.3**.** Охват психологическим консультированием обучающихся		Организация психолого-педагогического сопровождения учебного процесса, наличие индивидуальных психологических консультаций	Наличие индивидуальных психологических консультаций	Отсутствует
3.4. Наличие у учащихся портфолио по разделу здорового образа жизни	У всех учащихся	У большинства учащихся	Частично	НЕТ
3.5. Количество обучающихся**, у которых регистрируются благоприятные изменения в показателях невротизации (Приложение 15)	Более 55%	54-40%	39-30%	Менее 30%
3.6. Количество обучающихся**, имеющих положительную динамику показателей тревожности и эмоционального стресса (снижение уровня эмоционального стресса и тревожности). (Приложение 16)	Более 55%	54-40%	39-30%	Менее 30%

4. Формирование устойчивой мотивации вести здоровый образ жизни и обучение соответствующим навыкам и умениям	БАЛЛЫ			
	3	2	1	0
4.1. Наличие в школьном расписании занятий по формированию здоровья, здорового образа жизни детей, на которых учащиеся приобретают соответствующие их возрасту знания, овладевают навыками, приобретают умения и опыт, помогающий им сделать сознательный выбор в пользу здорового образа жизни и здоровьесберегающего личного и коллективного поведения: • в расписании занятий;	Во всех классных коллективах	В более чем 50% классных коллективов	В менее чем 50% классных коллективов	НЕТ
• наличие в расписании внеклассных видов деятельности;	Во всех классных коллективах	В более чем 50% классных коллективов	В менее чем 50% классных коллективов	НЕТ
• наличие во внешкольной работе	Во всех классных коллективах	В более чем 50% классных коллективов	В менее чем 50% классных коллективов	НЕТ
4.2. Формирование культуры здоровья учащихся на всех этапах их обучения; преемственность образовательных программ обучения детей здоровью (уроки здоровья, интеграция санитарного просвещения и гигиенического воспитания в школьную программу и т.п.)		ДА		НЕТ
4.3. Проведение конкурсов, конференций, праздников, фестивалей, в том числе художественного творчества детей, связанных с укреплением здоровья, пропагандой здорового образа жизни детей и подростков.	Не реже 1 раза в неделю	Не реже 2 раз в месяц	Реже 2 раз в месяц	Не проводятся

4.4. Оформление школы и учебных кабинетов наглядной агитацией по вопросам гигиены и охраны здоровья и формирования здорового образа жизни детей и подростков.	Наглядной агитацией по данной тематике «охвачена» вся школа, все учебные кабинеты	Наглядная агитация представлена в более чем 50% учебных кабинетов школы	Наглядная агитация представлена в некоторых учебных кабинетах школы	Отсутствует
4.5. Повышение квалификации педагогических кадров (в течение 5 последних лет) по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни.	Обучение на специальных курсах повышения квалификации	Обучение на курсах повышения квалификации	Обучение организовано в школе (семинары, лекции, консультации)	Сотрудники не обучаются
4.6. Количество педагогов (в % от общего количества педагогов в школе), повысивших свою квалификацию по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни (в течение 5 последних лет).	100%-75%	74%-26%	25% и менее	НЕТ
4.7. Проведение лекций, семинаров, консультаций для родителей по вопросам охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни.	Проводятся систематически (3-4 раза в месяц)	Проводятся систематически (1-2 раза в месяц)	Проводятся эпизодически	Не проводятся
4.8. Мониторинг факторов риска неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков в образовательных учреждений (в т. числе совместно с медицинскими работниками) (Приложение 17)	Мониторинг проводится среди всех учащихся начальной, средней и старшей школы	Мониторинг проводится среди всех учащихся только двух ступеней школы (например, средней и старшей школы и т.п.)	Мониторинг проводится среди учащихся только одной ступени школы (например, только среди учащихся начальной школы)	Мониторинг не проводится
4.9. Степень информированности учащихся в отношении факторов риска	100-95%	94-80%	79-60%	59% и менее
4.10. Степень сформированности у учащихся установок на здоровый образ жизни	100-86%	85-75%	74-50%	49% и менее

5. Связи школы с общественностью	БАЛЛЫ			
	3	2	1	0
5.1. Взаимоотношения между школой и семьями учащихся. Наличие плана мероприятий с участием родителей в работе школы по укреплению здоровья учащихся	Активное участие большинства родителей вместе с детьми во всех мероприятиях, связанных с укреплением здоровья	Участие не более половины родителей вместе с детьми во всех мероприятиях, связанных с укреплением здоровья.	Помощь отдельных родителей в организации мероприятий, связанных с укреплением здоровья	Родители не участвуют
5.2. Сотрудничество школы с основными местными общественными организациями и отдельными заинтересованными лицами	Постоянное, по многим вопросам	Постоянное, по отдельным вопросам	Эпизодическое	Отсутствует
5.3. Сотрудничество школы с региональным центром поддержки Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья;	Постоянное, по многим вопросам	Постоянное, по отдельным вопросам	Эпизодическое	Отсутствует
5.4. Сотрудничество школы с территориальным отделением Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ)	Постоянное, по многим вопросам	Постоянное, по отдельным вопросам	Эпизодическое	Отсутствует

6. Медицинское обеспечение[****], показатели здоровья учащихся всей школы	**БАЛЛЫ**			
	3	**2**	**1**	**0**
6.1. Наличие медицинского пункта (медицинского кабинета) в школе.	Медицинский пункт (кабинет) соответствует полностью требованиям СанПиНа 2.4.2.1178–02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях» и имеется дополнительные помещения для проведения дополнительной оздоровительной работы (Например, помещения для лечебной физкультуры и др.)	Медицинский пункт (кабинет) соответствует полностью требованиям СанПиНа 2.4.2.1178–02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях»	Медицинский пункт (кабинет) частично соответствует требованиям СанПиНа 2.4.2.1178–02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях»	Отсутствует
6.2. Наличие медицинского персонала, работающего в школе: • количество врачей	На основании договора с АПУ или ЛПУ к работе в школе, помимо школьного врача, дополнительно привлечены врачи-специалисты. (Например, врач-физиотерапевт, врач аллерголог-иммунолог и др.)	Врач в школе работает, его нагрузка соответствует приказу Минздрава РФ № 371 от 16.10.2001года[*****] (1 ставка врача на 1200 учащихся). (Например, в школе с числом учащихся 600 чел. врач работает на	Врач в школе работает, но его нагрузка на 1 ставку выше, предусмотренной приказом № 371 от 16.10.2001 года (Например, в школе с числом учащихся 600 чел. врач работает на	Врач в школе не работает

[****] Медицинская помощь обучающимся, воспитанникам в образовательных учреждениях осуществляется медицинскими работниками – сотрудниками детских поликлиник (детских отделений амбулаторно - поликлинических учреждений (АПУ) и детских амбулаторных отделений лечебно - профилактических учреждений (ЛПУ) общей лечебной сети), работающими в отделениях организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

[*****] Приказ Министерства здравоохранения РФ № 371 от 16.10.2001 г. «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением 25 тысяч человек», предусматривающий 1 ставку врача на 1200 учащихся общеобразовательных учреждений и на 1 ставку медицинской сестры (фельдшера) на 600 учащихся.

		0,5 ставки).	0,25 ставки).	
• график работы школьного врача	Обеспечено ежедневное присутствие школьного врача, работающего сверх нормируемой продолжительности рабочего времени (например, для проведения оздоровительной работы)	Обеспечено ежедневное присутствие школьного врача в соответствии со штатным расписанием и графиком работы	Школьный врач посещает школу несколько раз в неделю в соответствии с графиком (но не ежедневно)	Врач в школе не работает
• количество среднего медицинского персонал	На основании договора с АПУ или ЛПУ к работе в школе, помимо школьной медицинской сестры, дополнительно привлечены средние медицинские работники. (Например, медицинская сестра, отпускающая физиотерапевтические процедуры или инструктор по лечебной физкультуре или массажист и др.)	Медицинская сестра (фельдшер) в школе работает, ее нагрузка соответствует приказу Минздрава РФ № 371 от 16.10.2001года (1 ставка медицинской сестры на 600 учащихся). (Например, в школе, с числом учащихся 600 чел. медицинская сестра работает на 1 ставку).	Медицинская сестра (фельдшер) в школе работает, но ее нагрузка на 1 ставку выше, предусмотренной приказом № 371 от 16.10.2001года (Например, в школе с числом учащихся 600 чел., медицинская сестра работает на 0,5-0,75 ставки).	Медицинская сестра (фельдшер) в школе не работает.
• график работы среднего медицинского персонала	Обеспечено ежедневное присутствие среднего медицинского персонала в течение всего времени пребывания детей в школе	Обеспечено ежедневное присутствие среднего медицинского персонала школы в соответствии со штатным расписанием и графиком работы	Средний медицинский персонал посещает школу несколько раз в неделю в соответствии с графиком (но не ежедневно)	Средний медицинский персонал в школе не работает
6.3. Оборудование, оснащение медицинского кабинета (Приложение 19)	Соответствует рекомендациям Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья и Профильной	Соответствует полностью требованиям СанПиНа 2.4.2.1178–02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеоб-	Соответствует не полностью требованиям СанПиНа 2.4.2.1178–02 «Гигиенические требова-	Отсутствует оборудование и оснащение в связи с отсутствием медицинского кабинета.

	комиссии Экспертного совета в сфере здравоохранения МЗ и СР РФ по специальности гигиена детей и подростков (Приложение 18)	разовательных учреждениях»	ния к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях» (например, отсутствует холодильник для вакцин и медикаментов).	
6.4. Численность обучающихся, у которых в процессе учебы зарегистрированы благоприятные изменения физического развития. (Приложение 20)	В течение последних 2-х и более лет уменьшается численность учащихся с отклонениями в физическом развитии более чем на 5% в год.	В течение последних 2-х и более лет уменьшается численность учащихся с отклонениями в физическом развитии на 3- 5% в год.	В течение последних 2-х и более лет численность учащихся с отклонениями в физическом развитии остается стабильной (колеблется в пределах ± 3%).	Физическое развитие учащихся не оценивалось или в течение последних 2-х и более лет увеличивается численность учащихся с отклонениями в физическом развитии более чем на 3% в год.
6.5. Численность обучающихся, у которых отмечается благоприятная динамика состояния здоровья (по результатам обработки данных анкетного опроса для выявления жалоб на нарушения здоровья). (Приложение 21)	В течение последних 2-х и более лет увеличивается численность учащихся с благоприятной динамикой состояния здоровья более чем на 5% в год.	В течение последних 2-х и более лет увеличивается численность учащихся с благоприятной динамикой состояния здоровья на 3-5% в год.	В течение последних 2-х и более лет численность учащихся, у которых (по числу жалоб) отсутствует динамика состояния здоровья (колеблется в пределах ± 3%).	Опрос для выявления жалоб учащихся на нарушения здоровья не проводился или в течение последних 2-х и более лет увеличивается численность учащихся с неблагоприятной динамикой состояния здоровья более чем на 3% в год
6.6. Изменения количества случаев заболеваний, перенесенных учащимися (Приложение 22)	В течение последних 2-х и более лет уменьшается количество случаев заболеваний более чем на 5% в год.	В течение последних 2-х и более лет уменьшается количество случаев заболеваний на 3- 5% в год.	В течение последних 2-х и более лет количество случаев заболеваний остается стабильным (колеблется	Сбор и анализ данных о заболеваемости учащихся не проводился или в течение последних 2х и

			в пределах ± 3%).	более лет увеличивается количество случаев заболеваний более чем на 3- 5% в год
6.7. Численность обучающихся, у которых в процессе учебы регистрируются благоприятные изменения физической подготовленности (т.е. вместо «ниже среднего» и «низкого» уровней физической подготовленности стали регистрироваться «средний», «выше среднего» и «высокий» уровни физической подготовленности), а также возросла численность учащихся с «высоким» и «выше среднего» уровнями физической подготовленности. (Приложение 23)	В течение последних 2-х и более лет увеличивается численность учащихся с благоприятными изменениями физической подготовленности более чем на 5% в год.	В течение последних 2-х и более лет увеличивается численность учащихся с благоприятными изменениями физической подготовленности на 3- 5% в год.	В течение последних 2-х и более лет численность учащихся с благоприятными изменениями физической подготовленности остается стабильной (колеблется в пределах ± 3%).	Физическая подготовленность учащихся не оценивалась или в течение последних 2-х и более лет уменьшается численность учащихся с благоприятными изменениями физической подготовленности более чем на 3-5% в год.
6.8. Численность обучающихся, у которых на основании данных профилактических осмотров регистрируются благоприятные изменения в показателях комплексной оценки состояния здоровья (т.е. суммарное увеличение численности учащихся, относящихся к I и II группам здоровья, при уменьшении суммарной численности III и IV групп здоровья) (Приложение 24)	В течение последних 2-х и более лет увеличивается численность учащихся с благоприятными изменениями в показателях комплексной оценки более чем на 5% в год.	В течение последних 2-х и более лет увеличивается численность учащихся с благоприятными изменениями в показателях комплексной оценки на 3-5% в год.	В течение последних 2-х и более лет численность групп здоровья остается стабильной (колеблется в пределах ± 3%).	Профилактические осмотры и распределение учащихся на группы здоровья не проводились или уменьшается численность учащихся с благоприятными изменениями в показателях комплексной оценки на 3-5% в год
6.9. Участие администрации и педагогического коллектива в организации профилактических медицин-	Обеспечение высокого уровня организации регламентированных профи-	Обеспечение высокого уровня организации регламентированных профи-	Только предоставление необходимых помещений и оборудо-	Регламентированные профилактические осмотры не органи-

ских осмотров учащихся	лактических осмотров, а также обеспечение проведения дополнительных[******] (сверх декретированных[*******] возрастов) осмотров учащихся школы врачами-специалистами (например, профилактические осмотры в полном объеме с участием врачей-специалистов ежегодно проходят все учащиеся начальных классов).	лактических осмотров: предоставление необходимых помещений и оборудования для работы врачей-специалистов в школе либо доставка (туда и обратно) в лечебно-профилактическое учреждение всех подлежащих осмотрам учащихся, а также своевременное составление графика осмотров и списков осматриваемых детей; уведомление родителей о планируемом проведении осмотров и получение их письменного согласия; обеспечение выполнения полного объема регламентированных лабораторно-инструментальных исследований и равномерного (без очередей) посещения учащимися всех врачей, участвующих в осмотрах.	вания для работы врачей-специалистов и списков осматриваемых детей либо только доставка (туда и обратно) в лечебно-профилактическое учреждение всех подлежащих осмотрам учащихся.	зованы ни в школе, ни в лечебно-профилактическом учреждении.
6.10. Участие администрации и педагогического коллектива в организации иммунопрофилактической (прививочной) работы в школе	Обеспечение высокого уровня организации, регламентированной Национальным календарем прививок, иммунопрофилак-	Обеспечение высокого уровня организации, регламентированной Национальным календарем прививок, иммунопрофилак-	Только предоставление необходимых помещений и оборудования для проведения иммунизации	Регламентированная иммунопрофилактика учащихся не организована ни в школе, ни в лечебно-

[******] Заключение школой договора с лечебно-профилактическим учреждением о предоставлении, в соответствии с лицензией, дополнительных медицинских услуг.
[*******] В конце первого класса, в 10, 12, в 14-15, 16, 17 лет.

	тической работы в школе, а также финансовое и организационное обеспечение проведения дополнительной иммунизации* учащихся вакцинами, рекомендованными и разрешенными Министерством здравоохранения и социального развития РФ.	тической работы в школе, предоставление необходимых помещений и оборудования; своевременное составление графика осмотров и списков учащихся; уведомление родителей о планируемом проведении иммунизации учащихся и получение их письменного согласия; обеспечение равномерного (без очередей) прохождения учащимися предварительного медицинского осмотра и прививочного кабинета.		профилактическом учреждении.
6.11. Учет случаев травм детей, произошедших при нарушении правил безопасности жизнедеятельности (в школе и/или вне школы), в том числе: • при оказании медицинской помощи силами медицинского персонала школы		ДА		НЕТ
• при оказании медицинской помощи силами бригады «скорой помощи».		ДА		НЕТ

* Заключение школой договора с лечебно-профилактическим учреждением о предоставлении, в соответствии с лицензией, дополнительных медицинских услуг.

ПРОТОКОЛ
оценки учебного учреждения, претендующего на звание Школы, содействующей укреплению здоровья (ШСУЗ)

Область_____**Город**_____

Учебное учреждение_____

Количество учащихся_____

Инструкция по заполнению таблицы: в пустые графы представленной далее таблицы выставляются баллы, характерные для Вашего учебного учреждения на основе Алгоритма для оценки деятельности Школ, Содействующих Укреплению Здоровья (ШСУЗ) по группам критериев (таблицы 1) .

ТАБЛИЦА 2

Критерии (показатели) оценки деятельности ШСУЗ	БАЛЛЫ
1.Декларация образовательного учреждения о приверженности содействовать укреплению здоровья обучающихся	
1.1. Изучение проблем, связанных со здоровьем, с учетом условий жизни учащихся и условиями жизни местных жителей в целом. Использование информации (материалов), основанной на проверенных теоретических выкладках и точных фактах	
1.2. Наличие официального документа школы (**декларация**, устав, концепция), отражающего комплексный подход к укреплению здоровья обучающихся	
1.3. Наличие команды (группы) из всех участников образовательного процесса (педагогов, психологов, учащихся, медицинских работников, родителей и т.д.) и других заинтересованных лиц	
1.4. Характеристика здоровья в перечне показателей эффективности работы школы	
1.5. Наличие программы развития, включающей: • ожидаемые результаты и достижимые цели; • перспективный план развития на 3-5 лет; текущий план работы, включающий все направления деятельности ШСУЗ	
1.6.Наличие предложений обучающихся, включенных в план работы ШСУЗ	
1.7. Организация самоаудита (самопроверки) школы в области сохранения и укрепления здоровья обучающихся	
1.8. Портфолио школы в сфере охраны и укрепления здоровья, пропаганды здорового образа жизни детей и подростков	

2. Среда для реализации образовательного процесса и гармоничного развития учащихся в соответствии с возрастными закономерностями роста и развития	**БАЛЛЫ**
2.1. Достаточная площадь и гигиенически рациональное зонирование и озеленение земельного участка школы; защита территории	

школы от попадания любых биологических, химических и прочих загрязняющих веществ, которые могут причинить вред здоровью, в т.ч.: -наличие на участке или за его пределами физкультурно-спортивных площадок, которые могут быть использованы обучающимися.	
2.2. Наличие: • физкультурно-спортивных залов в школе (и/или использование спортивных залов в радиусе не более 0,5 км);	
• бассейна	
2.3. Количество учебных помещений, в которых параметры микроклимата (температура и влажность воздуха) соответствуют гигиеническим требованиям	
2.4. Регламентация проветривания помещений школы	
2.5. Количество рабочих мест учащихся, в которых уровни освещенности соответствуют гигиеническим требованиям	
2.6. Количество обучающихся, обеспеченных учебной мебелью, размеры которой соответствуют их росту.	
2.7. Количество учебных помещений, мебель в которых позволяет чередовать рабочие позы обучающихся сидя и стоя.	
2.8. Количество обучающихся, которые сидят за партами и столами с учётом их состояния здоровья (остроты зрения, наличия нарушений осанки и склонности к простудным заболеваниям).	
2.9. Количество обучающихся, у которых вес ранцев соответствует гигиеническим требованиям	
2.10**.** Количество обучающихся, использующих в школе сменную обувь, способствующую профилактике деформации стопы.	
2.11. Количество классных коллективов, учебные нагрузки которых превышают гигиенические нормативы	
2.12. Количество классных коллективов, которые в расписании уроков имеют оптимальное чередование различных предметов (основные предметы чередуются с музыкой, ИЗО, физкультурой; предметы естественно-математического профиля чередуются с гуманитарными); используется шкала трудности предметов для правильного построения школьного расписания уроков в течение дня и недели.	
2.13. Количество педагогов, которые организуют свои уроки гигиенически рационально (оптимальная плотность урока, чередование видов учебной деятельности, видов преподавания, использование ТСО, наличие физкультминуток, эмоциональных разрядок	
2.14. Количество подготовленных (используемых) электронных средств (учебников) обучения, соответствующих гигиеническим требованиям.	
2.15. Количество уроков физического воспитания, построение которых соответствует гигиеническим требованиям (оптимальная плотность, рациональная структура урока, медицинский контроль).	
2.16. Наличие медицинских групп физического воспитания, организация занятий в них.	
2.17. Достаточность объема двигательной активности обучающихся в образовательном учреждении	
• наличие трех уроков физкультуры в неделю;	
• наличие динамического часа (паузы) в течение учебного дня;	
• наличие ФМ на уроках	

• в т.ч.: - вводной ФМ	
2.18. Объем двигательной активности во внеурочное время (спортивные праздники, соревнования, дни здоровья и т.п.)	
2.19. Спортивно-оздоровительная работа во внеурочное и каникулярное время: наличие в школе физкультурно-спортивных занятий и приравненных к ним (секций, кружков) для учащихся разного возраста, пола.	
2.20. Количество обучающихся, которые выполняют домашние задания в соответствии с гигиеническими требованиями.	
2.21. Особенности графика каникул	
2.22. Сменность обучения	
2.23. Внедрение в образовательный процесс оздоровительно-профилактических программ и технологий в целях сохранения и повышения работоспособности, минимизацию утомительности обучения, обеспечение возрастных темпов роста и развития детей; личностно-ориентированный подход, индивидуальная образовательная траектория и т.п.	
2.24. Учет половых особенностей учащихся при организации процесса обучения	
2.25. Использование современных информационных технологий в обучении детей здоровью	
2.26. Количество обучающихся, получающих в школе горячее питание.	
2.27. Наличие буфета, столовой в школе.	
2.28. Режим питания	
2.29. Использование обогащенных продуктов в рационе.	
2.30. Материально-техническая оснащенность и санитарно-техническое состояние школьной столовой	
2.31. Обеспеченность обучающихся доброкачественной питьевой водой.	

3. Социально-психологический климат в школе	**БАЛЛЫ**
3.1. Наличие школьного самоуправления и его участие в привлечении обучающихся к укреплению собственного здоровья и здоровья всего школьного сообщества	
3.2. Вовлеченность родителей и их выборного органа в содействие укреплению здоровья школьников	
3.3**.** Охват психологическим консультированием обучающихся.	
3.4. Наличие творческих портфолио учащихся (по разделу здорового образа жизни)	
3.5. Количество обучающихся, у которых регистрируются благоприятные изменения в показателях невротизации	
3.6. Количество, имеющих положительную динамику показателей тревожности и эмоционального стресса (снижение уровня эмоционального стресса и тревожности).	

4. Формирование устойчивой мотивации вести здоровый образ жизни и обучение соответствующим навыкам и умениям	**БАЛЛЫ**
4.1. Наличие в школьном расписании занятий по формированию здоровья, здорового образа жизни детей, на которых учащиеся приобретают соответствующие их возрасту знания, овладевают навыками,	

приобретают умения и опыт, помогающий им сделать сознательный выбор в пользу здорового образа жизни и здоровьесберегающего личного и коллективного поведения: • в расписании занятий;	
• в расписании внеклассных видов деятельности;	
• во внешкольной работе	
4.2. Формирование культуры здоровья учащихся на всех этапах их обучения; преемственность образовательных программ обучения детей здоровью (уроки здоровья, интеграция санитарного просвещения и гигиенического воспитания в школьную программу и т.п.)	
4.3. Проведение конкурсов, конференций, праздников, фестивалей, в том числе художественного творчества детей, связанных с укреплением здоровья, пропагандой здорового образа жизни детей и подростков.	
4.4. Оформление школы и учебных кабинетов наглядной агитацией по вопросам гигиены и охраны здоровья и формирования здорового образа жизни детей и подростков.	
4.5. Повышение квалификации педагогических кадров (в течение 5 последних лет) по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни.	
4.6. Количество педагогов, повысивших свою квалификацию по вопросам возрастной физиологии, гигиены и охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни.	
4.7. Проведение лекций, семинаров, консультаций для родителей по вопросам охраны здоровья детей и подростков, формирования их здорового образа жизни.	
4.8. Мониторинг факторов риска неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний у детей и подростков в образовательном учреждении.	
4.9. Степень информированности учащихся в отношении факторов риска формирования отклонений в состоянии здоровья.	
4.9. Степень сформированности у учащихся установок на здоровый образ жизни.	

5. Связи школы с общественностью	**БАЛЛЫ**
5.1. Взаимоотношения между школой и семьями учащихся. Наличие плана мероприятий с участием родителей в работе школы по укреплению здоровья учащихся	
5.2. Сотрудничество школы с основными местными общественными организациями и отдельными заинтересованными лицами.	
5.3. Сотрудничество школы с центром поддержки Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья.	
5.4. Сотрудничество школы с территориальным отделением Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ).	

6. Медицинское обеспечение, показатели здоровья учащихся всей школы	**БАЛЛЫ**
6.1. Наличие медицинского пункта (кабинета) в школе	
6.2. Наличие медицинского персонала, работающего в школе	

• количество врачей	
• график работы школьного врача	
• количество среднего медицинского персонала	
• график работы среднего медицинского персонала	
6.3. Оборудование, оснащение медицинского кабинета	
6.4. Численность обучающихся, у которых в процессе учебы зарегистрированы благоприятные изменения физического развития	
6.5. Численность обучающихся, у которых отмечается благоприятная динамика состояния здоровья (по результатам обработки данных анкетного опроса для выявления жалоб на нарушения здоровья).	
6.6. Изменения количества случаев заболеваний, перенесенных учащимися.	
6.7. Численность обучающихся, у которых в процессе учебы регистрируются благоприятные изменения физической подготовленности.	
6.8. Численность обучающихся, у которых на основании данных профилактических осмотров регистрируются благоприятные изменения в показателях комплексной оценки состояния здоровья.	
6.9. Участие администрации и педагогического коллектива в организации профилактических медицинских осмотров учащихся.	
6.10. Участие администрации и педагогического коллектива в организации иммунопрофилактической (прививочной) работы в школе.	
6.11.Учет случаев травм детей, произошедших при нарушении правил безопасности жизнедеятельности (в школе и/или вне школы), в том числе: • при оказании медицинской помощи силами медицинского персонала школы;	
• при оказании помощи силами бригады «скорой помощи».	

ЭТАПЫ (СТУПЕНИ) РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ, КАК ШКОЛЫ, СОДЕЙСТВУЮЩЕЙ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

*Если после заполнения первой группы показателей («Декларации образовательного учреждения о приверженности содействовать укреплению здоровья обучающихся») школа получает менее **13** баллов, то это свидетельствует о недостаточной основополагающей подготовке коллектива школы к деятельности по формированию ШСУЗ. Регистрация не является целесообразной до момента создания требуемых условий (критериев) указанного раздела.*

*Если после заполнения двух групп показателей («Декларации образовательного учреждения о приверженности содействовать укреплению здоровья обучающихся»и «Среда для реализации образовательного процесса и гармоничного развития учащихся в соответствии с возрастными закономерностями роста и развития») школа получает менее **65** балла, то это свидетельствует о недостаточности условий внутришкольной среды для формирования ШСУЗ. Регистрация не является целесообразной до момента создания требуемых условий (критериев) указанного раздела.*

По итогам заполнения таблицы 2 школа может претендовать на определенную ступень развития в качестве ШСУЗ.

ТАБЛИЦА 3

Этапы (ступени) реализации и развития школы, как ШСУЗ	**Количество баллов**
1 ступень – «Школа, пропагандирующая здоровье»	**111 – 148**
2 ступень – «Школа, содействующая укреплению здоровья»	**149-178**
3 ступень - «Школа здорового образа жизни»	**179-200**
4 ступень – «ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ»	**201 и более**

После заполнения таблицы 2, данные пересылаются в секретариат Национального центра поддержки РС ШСУЗ (E-mail: niigd-nczd@mail.ru). Его экспертный совет по итогам заполнения таблицы 2* присваивает школе статус ШСУЗ одной из ступеней ее **реализации и развития в качестве ШСУЗ** (Таблица 3) и выдает сертификат.

* Экспертный совет в праве запросить дополнительную информацию

ЧАСТЬ 2.
РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОЙ СЕТИ ШКОЛ, СОДЕЙСТВУЮЩИХ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

ОДОБРЕН
на Межведомственном семинаре-совещании региональных координаторов Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья, и специалистов по гигиене детей и подростков (школьной медицине) субъектов Российской Федерации «Школа здоровья: комплексный подход в организации здоровьесберегающей деятельности»
22-23 мая 2009 г.
г. Москва

СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН РОССИЙСКОЙ СЕТИ ШКОЛ, СОДЕЙСТВУЮЩИХ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ, на 2009-2012 гг.

Стратегический план Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья (РС ШСУЗ), подготовлен Национальным центром поддержки РС ШСУЗ – НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН.

Текст документа размещен на сайте Сети (www.niigd.ru)
Комментарии просим присылать в секретариат Национального центра поддержки РС ШСУЗ: niigd-nczd@mail.ru

1. Российские школы, содействующие укреплению здоровья, – это …
Российские школы, содействующие укреплению здоровья, – это объединение школ, содействующих укреплению здоровья, работающих по соответствующим программам в субъектах Российской Федерации. Работа РС ШСУЗ направлена на объединение усилий секторов здравоохранения и образования, а также всех других ведомств с целью сохранения и укрепления здоровья школьников.
РС ШСУЗ, основываясь на опыте в стране, в Европе и во всем мире, поощряет каждый субъект Российской Федерации разрабатывать и реализовывать программы по укреплению и сохранению здоровья учащихся.
РС ШСУЗ, основываясь на работе Европейской Сети школ, содействующих укреплению здоровья, предусматривает открытость своей работы, которая, в свою очередь, способствует дальнейшему развитию, укреплению и сохранению здоровья учащихся в школах и подготовки учителей по вопросам укрепления и сохранения здоровья учащихся.
Задачи РС ШСУЗ:
- находить и распространять соответствующую информацию о здоровье школьников;
- способствовать исследовательской работе;
- распространять примеры успешной работы, знания и опыт;
- поддерживать программы по укреплению и сохранению здоровья школьников.

Методы работы
- содействие работе специалистов сферы укрепления и сохранения здоровья школьников;

- стимулировать обмен опытом между специалистами по вопросам теоретического, концептуального и методологического развития ШСУЗ, включая исследовательскую и успешную практическую деятельность;
- содействие обмену знаниями и опытом между отдельными школами и учащимися в различных регионах страны;
- стимулировать развитие и расширение партнерских отношений между секторами здравоохранения и образования, сектором молодёжной политики и другими соответствующими секторами на государственном и региональном уровнях.

Для кого существует РС ШСУЗ?

Члены

- региональные координаторы
- исследовательские учреждения и группы
- комитет содействия развития РС ШСУЗ
- исполнительный комитет РС ШСУЗ

Заинтересованные лица и организации

- школьники и молодежь
- руководители школ и координаторы работы ШСУЗ
- школьные координаторы
- персонал школы
- школьные советы
- общественность муниципальных образований
- руководители органов исполнительной власти сферы образования и здравоохранения, руководители других заинтересованных ведомств и учреждений
- политические лица (на национальном, региональном, местном уровнях)
- региональные сети школ, содействующих укреплению здоровья
- исследователи в области обеспечения здоровья в школе
- специалисты, работающие в сфере обеспечения здоровья в школах
- неправительственные организации
- финансирующие организации (общественные и частные)

2. Анализ текущего положения в РС ШСУЗ

Положительные результаты

Здоровье детей, подростков и молодежи в государственной политике

Состояние здоровья как проблема занимает ведущее положение в государственной политике, как на национальном уровне, так и во многих субъектах Российской Федерации. В обществе вызывает беспокойство здоровье и поведение детей и молодежи, влияющее на здоровье, высокая распространенность в детской популяции факторов риска развития школьно обусловленных и массовых неинфекционных заболеваний. Школы играют существенную роль, как в академических достижениях учащихся, так и в формировании здоровья детей. Здоровый ребенок лучше справляется с увеличивающимся объемом знаний.

Снижение различий в здоровье

Равенство – одно из основных достоинств школ здоровья в Европе. На национальном и региональном уровне существует необходимость обеспечить равный доступ к медицинским услугам. Школы, содействующие укреплению здоровья, признают значение этого и играют существенную роль в равном доступе к медицинским услугам.

Здоровье способствует улучшению школ

Школы, содействующие укреплению здоровья, влияют на фундаментальные процессы, происходящие в школах: на обучение, общение между учителями и учениками, доверие, школьную окружающую обстановку, активное участие в жизни школы, связь с родителями и школьным сообществом. Как правило, школы, содействующие укреплению здоровья, лучше справляются со своей основной функцией – обучения и воспитания.

От Европейской сети школ, содействующих укреплению здоровья, к Сети «Школ здоровья в Европе» и РС ШСУЗ

Сеть Школ здоровья в Европе имеет крепкую основу в лице своего предшественника – Европейской сети школ, содействующих укреплению здоровья (ENHPS), основанной в 1991г. В Российской Федерации такие школы появились в середине 90-х годов прошлого века. С 1998 года функции Национального центра поддержки школ, содействующих укреплению здоровья, переданы НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН. В 2000 году состоялся Всероссийский форум школ, содействующих здоровью (г. Иваново). В 2002 году представители Российских ШСУЗ приняли участие во 2-й Европейской конференции по вопросам связи образования с укреплением здоровья в школе (Эгмонд, Нидерланды). В 2003 году состоялся 1-й семинар-совещание региональных координаторов страны. В 2008 г. состоялся Всероссийский съезд представителей школ, содействующих укреплению здоровья (г. Москва) и Всероссийский конкурс «Школа – территория здоровья» (Приложение 25). С 2008 г. НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН издает журнал «Школа здоровья». В 2009 г. состоялись 2-й Семинар-совещание региональных координаторов РСШ СУЗ и главных внештатных школьных врачей субъектов Российской Федерации (Приложение 26) и 3-я Европейская конференция школ, содействующих укреплению здоровья, Вильнюс, 16-18 июня 2009 г. (Приложение 27).

Связи с международными организациями в Европе

РС ШСУЗ установила связи с международными организациями: Региональным бюро ВОЗ в Европе, ЮНИСЕФ, Советом Европы, Сетью Школ здоровья в Европе (Секретариат Сети Школ здоровья в Европе находится в Нидерландском институте профилактики заболеваний (NIGZ) – Сотрудничающем Центре ВОЗ по вопросам школ, содействующих укреплению здоровью, на период 2008-2012 гг.).

Здоровье персонала школы

В последние годы обращается внимание на здоровье и благополучие учителей и всех работников школ. Охрана здоровья работников школ – новое направление с большими возможностями на национальном и региональном уровне. Создание «здорового рабочего места» принесет пользу и учителю и ученику.

Возрастающий интерес исследователей

Существенно растет интерес людей, профессионально заинтересованных в работе школ здоровья. Это – научные работники университетов, академий и научно-исследовательских институтов. Координацию этих исследований осуществляет головное учреждение Научного совета РАМН и Минздравсоцразвития России по гигиене и охране здоровья детей и подростков – НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН.

Проблемы

От сети к обществу

Создание РС ШСУЗ связано с рядом пилотных проектов в ограниченном числе субъектов Российской Федерации. В настоящее время более 3,5 тысяч ШСУЗ работает практически во всех субъектах Российской Федерации. Однако они еще не стали заметным явлением в жизни школьного сообщества; не во всех субъектах Российской Федерации назначены региональные координаторы. РС ШСУЗ еще не привлекает внимание всех специалистов сферы здоровья школьников. В рамках Концепции РС ШСУЗ мы стремимся создать открытое сообщество с активным участием всех его членов. Это может быть осуществлено, в том числе, и посредством применения новых информационных технологий и возможностей Интернета.

Распространение информации о РС ШСУЗ

Российские ШСУЗ действуют уже более 14 лет и заняли определенное положение, накопили опыт. Тем не менее, пока во многих регионах они мало известны. РС ШСУЗ следует повышать информированность о себе, используя опыт координаторов сети и электронные коммуникации.

Ограниченный доступ к информации
В рамках РС ШСУЗ существует достаточный объем доступных знаний и опыта по сохранению и укреплению здоровья в школах. Однако доступ к информации (включая данные по эффективности, наилучшим практическим действиям, оценке и контактам) на самом деле является ограниченным. Сеть нуждается в обеспечении лучшей информированности координаторов Сети, педагогических работников, а также специалистов и политиков, заинтересованных в укреплении здоровья школьников. Чтобы содействовать школам здоровья необходимо уделять особое внимание политикам, заинтересованным в укреплении здоровья школьников.
От тем здоровья к лучшему обучению
Внимание к проблемам сохранения и укрепления здоровья в школе смещается с отдельных тем здоровья (курение, питание, сексуальное поведение, психическое здоровье) к здоровью как составной части стратегии школы с включением многих вопросов гигиены и охраны здоровья детей в учебные планы школ. Добиться результатов в этой области можно с участием секторов здравоохранения и образования.
Многообразие
Огромной проблемой для РС ШСУЗ является культурное и региональное разнообразие среди всех субъектов Российской Федерации. Многие из них имеют свои особенности в организации и обеспечении народного образования и здравоохранения. РС ШСУЗ признает эти различия и будет стремиться использовать их как ресурсы для всех членов сети стран в развитии представлений о школах, содействующих укреплению здоровья.
Общение
Общение между координаторами в силу масштабов страны затруднено. Основополагающие документы Сети Школ здоровья в Европе выходят на английском языке и для использования их необходимо не только перевести на русский язык, но адаптировать к Российской действительности. Это является дополнительной проблемой общения между членами общеевропейской сети. Вэб-сайт РС ШСУЗ будет способствовать расширению общения членов РС ШСУЗ.
Финансовая поддержка РС ШСУЗ
Значительное беспокойство вызывает финансовая поддержка РС ШСУЗ. Большая часть финансирования необходима для работы секретариата сети, размещаемого в Национальном центре поддержке развития школ, содействующих укреплению здоровья, - НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН. Необходим специальный план привлечения финансов для содействия развитию РС ШСУЗ. Привлечение средств должно осуществлять на основе Этического кодекса РС ШСУЗ, который необходимо разработать.

3. Цели и задачи
Стратегический план РС ШСУЗ на 2009-2012 гг. разработан с целью разъяснения задач РС ШСУЗ.
Цель школ здоровья в России
Основная цель РС ШСУЗ – содействовать дальнейшему развитию сохранения и укрепления здоровья детей в школах Российской Федерации путем поддержки в каждом субъекте Российской Федерации организаций и специалистов на базе Концепции школ, содействующих укреплению здоровья.
Суть школ здоровья в России
Мы заботимся о детях, они – будущее России. Каждый ребенок в России имеет право на образование, здоровье и безопасность, и должен иметь возможность учиться в школах, содействующих укреплению здоровья.
Школы в России должны стать лучшим местом для пребывания, обучения и укрепления здоровья. РС ШСУЗ использует подход школ, содействующих здоровью, как наиболее общий и всеобъемлющий способ развития системы школ здоровья.

Установка для действия школ здоровья в России
Школы здоровья в России: действовать с целью улучшения школ, вести к лучшей жизни.

Стратегические задачи на 2009-2012 гг.

1. ОТ СЕТИ К СООБЩЕСТВУ
Расширять Российскую сеть школ, содействующих укреплению здоровья, в направлении к сообществу школ, содействующих здоровью

1.1 В 2009 г. определить имена координаторов РС ШСУЗ в субъектах Российской Федерации.
- показатель: список национальных координаторов Сети и членов (потенциальных) исследовательской группы Сети.
- показатель: ежегодная новая версия списка (доступная на сайте Сети).

1.2 В 2009 г. определить роль и функции координаторов Сети в субъектах Российской Федерации, членов исследовательской группы и других, заинтересованных в членстве в РС ШСУЗ.
- показатель: роль и функции включены в версию компетенций координаторов субъектов Российской Федерации.

1.3 В марте 2012 г. все субъекты Российской Федерации должны иметь координатора РС ШСУЗ.
- показатель: в марте 2010 г. наличие координаторов в 75% субъектов Российской Федерации, которые могут гарантировать выполнение задач, изложенных в Компетенциях, и признанных руководителями органов управления здравоохранения и образования
- показатель: в марте 2012 - список координаторов во всех субъектах Российской Федерации, которые способны выполнить задачи, изложенные в компетенциях, и признанные руководителями органов управления здравоохранения и образования.

1.4 В 2009 г. с целью установления контактов с Европейским научным обществом и Российскими НИИ сформировать исследовательскую группу РС ШСУЗ.
- показатель: список институтов, являющихся членами исследовательской группы Сети.
- показатель: меморандум исследовательской группы Сети.
- показатель: с 2010 г. исследовательская группа будет иметь свою страницу на вэб-сайте Сети.

1.5 В 2012 г. РС ШСУЗ устанавливает контакты и партнерские отношения с научно-исследовательскими институтами, ВУЗами медицинского и педагогического профиля, организациями учителей, школьных врачей, родителей, школьных лидеров.
- показатель: в 2012 г. соответствующие контакты сотрудничающих организаций включены в вэб-сайт Сети.
- показатель: список всех организаций включает контактные лица.
- показатель: письменные соглашения по партнерству.

1.6 РС ШСУЗ участвует в подготовке Всероссийских съездов представителей школ здоровья каждые 4 года.

- показатель: РС ШСУЗ включена в организаторы съезда и содействует разработке программы, формированию оргкомитета.
- показатель: Сеть содействует нахождению средств для проведения съезда.

1.7 Поддерживать программы по сохранению и укреплению здоровья школьников на национальном и региональном уровне.

- показатель: ежегодный список конференций и заседаний, представляемый Национальным центром поддержки развития школ, содействующих укреплению здоровья.
- показатель: ежегодный список контактных лиц/организаций. Одна страница итогового отчета по каждому событию, в котором принято участие.

1.8 Участие в дебатах и решении проблем, связанных с молодежью и школами

- показатель: ежегодный список конференций и заседаний, посещаемых членами РС ШСУЗ.
- показатель: документы, события, повлиявшие на РС ШСУЗ (включая декларации, резолюции, доклады).

1.9 Содействовать публикациям координаторов и исследовательской группы о программах сохранения и укрепления здоровья в школах Европы в рецензируемых журналах.

- показатель: минимум 4 статьи в год по обеспечению здоровья в школах России в рецензируемом журнале.

2. РАЗВИТИЕ РСШ СУЗ
Поддерживать развитие, работу и исследования в области укрепления и сохранения здоровья школьников

2.1 Дальнейшее развитие подходов к укреплению и сохранению здоровья школьников.

- показатель: в феврале 2010 г. определить достоинства и основные принципы РС ШСУЗ.
- показатель: в 2009 г. представить и распространить Резолюцию 3-ей Европейской Конференции школ здоровья.

2.2 Расширять и совершенствовать доказательную базу по сохранению и укреплению здоровья в школе.

- показатель: в феврале 2010 г. в меморандум исследовательской группы Сети (как одной из исследовательских областей) будет включено обоснование подходов развития школ, содействующих укреплению здоровья.

2.3 Поощрение обмена успешным опытом работы по укреплению здоровья учащихся.

- показатель: в феврале 2010 г. в меморандуме исследовательской группы Сети будут включены положения об обмене знаниями и успешным опытом в области укрепления здоровья в школе – как об одной из исследовательских областей.
- показатель: в июне 2009 г. 3-я Европейская Конференция школ здоровья обеспечит международный обмен знаниями, успешным опытом здоровья в школах.
- показатель: в 2010 г. вэб-сайт Сети будет содействовать обмену знаниями и успешным опытом в сфере укрепления здоровья в школах.

2.4 Поощрять проведение оценки здоровья и результатов обучения в школе.

- показатель: в феврале 2010 г. оценка здоровья и академических результатов будет включена в сферу деятельности исследовательской группы Сети.

2.5 Стимулировать развитие сотрудничества учителей и институтов повышения их квалификации в области сохранения и укрепления здоровья в школе.

- показатель: в феврале 2010 г. рабочая группа Сети представит предложения по подготовке учителей в области сохранения и укрепления здоровья.

3. СВЯЗЬ С СЕКТОРОМ ОБРАЗОВАНИЯ И ДРУГИМИ СЕКТОРАМИ

Обеспечивать активное сотрудничество с сектором образования и другими соответствующими секторами (охрана здоровья молодежи, социальное обеспечение, экология) на региональном уровне

3.1. Укрепить связи с сектором образования и сектором здравоохранения на национальном, региональном и муниципальном уровне.

- показатель: в 2012 г. в 80% субъектах Российской Федерации должен быть формально назначен координатор субъекта Российской Федерации руководителями органов управления здравоохранения и образования.
- показатель: в 2012 г. РС ШСУЗ предприняла меры по внедрению подходов школ здоровья в соответствующие документы секторов образования и здравоохранения.

3.2. Укреплять связи между сектором здравоохранения и другими секторами (охраны молодежи, социальной сферы, экологии) на национальном, региональном и муниципальном уровне.

- показатель: в 2012 г. Сеть внедряет подход школ, содействующих укреплению здоровья в соответствующие документы по охране молодежи, социальной защите, экологии.

3.3 Устанавливать официальные отношения с организациями учителей, школьных врачей, родителей, школьных администраторов и др.

- показатель: в 2010 г. Сеть придает определённую форму сотрудничеству с соответствующими организациями учителей, родителей, школьных администраторов и др.

4. НАГЛЯДНОСТЬ РС ШСУЗ

Повышать наглядность Сети Школ здоровья в России

4.1 Разработать и представить план информационной деятельности Сети на 2009-2012 гг.

- показатель: в 2009 г. план информационной деятельности Сети на 2009-2012 гг. .

4.2 Создать, модернизировать и расширять веб-сайт Сети.

- показатель: в июне 2009 г. создать вэб-сайт.
- показатель: в январе 2010 г. обновленный и расширенный вэб-сайт Сети Школ здоровья в России будет действовать.

4.3 Вэб-сайт РС ШСУЗ должен стать центральным пунктом информации о школах здоровья в России.

- показатель: достичь численности посетителей сайта до 10 000 в год к июню 2010 г.

- показатель: повысить численность посещений сайта до 15 000 в год к декабрю 2010 г. и с 2011 г. ежегодно увеличивать численность посещений до 10% в год.
- показатель: в 2012 г. связи с региональными вэб-сайтами по укреплению и сохранению здоровья в школе, они будут доступны на вэб-сайте Сети.

4.4 С 2011 г. обеспечить через веб-сайт РС ШСУЗ легкий доступ к основной информации (информационные листки, электронные сообщения, база данных об исследованиях, факты, оценка).
- показатель: в 2011 г. соответствующая информация школ здоровья в Европе доступна на вэб-сайте.

4.5 Обеспечить современной информацией относительно укрепления и сохранения здоровья учащихся посредством информационных бюллетеней.
- показатель: в 2010, 2011 и 2012 гг. ежегодный информационный бюллетень Сети доступен в формате pdf и в печатном виде .

4.6 Обеспечить современной информацией о практике работы школ здоровья в Европе через Журнал «Школы здоровья».
- показатель: в 2010 г. увеличить тираж журнала на 10%
- в 2010 г. постоянная рубрика журнала «Практика работы Школ здоровья в России».

4.7 Создать справочный стол школ здоровья в России.
- показатель: в 2011 г. посредством справочного стола школ здоровья в России обеспечить ответы на вопросы членов РС ШСУЗ.

4.8 Предусмотреть презентацию критериев школ здоровья в России для членов Сети.
- показатель: в июне 2010 г. презентация критериев ШЗР доступна на вэб-сайте РС ШСУЗ.

4.9 Подготовить Положение и регулярно проводить Фестивали (конкурсы) школ здоровья, приурочив их к международному дню здоровья (7 апреля).
- показатель: в сентябре 2009 г. Положение о фестивале.
- показатель: в апреле 2010 г. Первый Фестиваль ШСУЗ.
- показатель: ежегодно увеличивать численность участников Фестиваля на 10-15%.

4. УСЛОВИЯ

Чтобы достичь выполнения целей и задач РС ШСУЗ, необходимо выполнение следующих условий:

Финансирование

• Развивать инновационные проекты, финансируемые из различных источников в соответствии с Российским законодательством, на основе подхода школ, содействующих укреплению здоровья.

• Проводить работу по обеспечению финансирования со стороны:
- Регионального Бюро ВОЗ в Европе (посредством соглашения с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации);
- Совета Европы (в соответствии с его планами работ);
- других фондов, включая UNICEF, UNESCO и UNFPA;
- частно-общественных партнерств;
- частных спонсоров.

Персонал

- Определить потребности развития штата в Национальном центре поддержки развития Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья (НИИ ГиОЗ ДиП НЦЗД РАМН).
- Предусмотреть развитие штата Сети в соответствии со штатом НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН.

Процедуры

- В сентябре 2009 г. проект по материально-техническому обеспечению будет представлен на заседании Комитета содействия развития РС ШСУЗ.
- Разработать Этический кодекс РС ШСУЗ для субсидирования.
- Представить к декабрю 2009 года Этический кодекс РС ШСУЗ в Комитет содействия развития РС ШСУЗ.

Бизнес-план

- В 2012 г. бизнес-план Сети Школ здоровья в России доступен на Вэб-сайте РС ШСУЗ.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Информация о сети школ, содействующих укреплению здоровья, в субъектах Российской Федерации.

Всего по Российской Федерации – 3.708 ШСУЗ

Северо-Западный федеральный округ (центр – Санкт- Петербург) – 306 ШСУЗ

1. Архангельская область – 20
2. Ненецкий АО – 24
3. Вологодская область – 241
4. Калининградская область – 2
5. Республика Карелия – Нет
6. Республика Коми – 4
7. Ленинградская область – Нет
8. Мурманская область – 8
9. Новгородская область –
10. Псковская область – 6
11. Санкт – Петербург – 1

Центральный федеральный округ (центр – Москва) – 811 ШСУЗ

1. Белгородская область – 4
2. Брянская область – 17
3. Владимирская область – Нет
4. Воронежская область – 8
5. Ивановская область – 9
6. Калужская область – 24
7. Костромская область – Нет
8. Курская область – Нет
9. Липецкая область – 176
10. Москва – 97
11. Московская область – 20
12. Орловская область – 32
13. Рязанская область – 25
14. Смоленская область – 5
15. Тамбовская область – Нет
16. Тверская область – 10
17. Тульская область – 19
18. Ярославская область – 382

Приволжский федеральный округ (центр – Нижний Новгород) - 1.780 ШСУЗ

1. Республика Башкортостан
2. Кировская область – 466
3. Республика Марий Эл
4. Республика Мордовия – 1
5. Нижегородская область – 269
6. Оренбургская область – 50
7. Пензенская область – 86
8. Пермская область – 66
9. Самарская область – 618
10. Саратовская область – нет
11. Республика Татарстан – 100
12. Удмуртская республика – 108

13. Ульяновская область – 16
14. Чувашская Республика – есть

Южный федеральный округ (центр – Ростов – на - Дону) – 126 ШСУЗ

1. Республика Адыгея – 5
2. Астраханская область –
3. Волгоградская область – нет
4. Республика Дагестан – нет
5. Республика Ингушетия – 3
6. Республика Калмыкия – нет
7. Кабардино-Балкарская Республика –
8. Карачаево-Черкесская Республика – 2
9. Краснодарский край – 62
10. Ростовская область – 15
11. Республика Северная Осетия-Алания –
12. Ставропольский край – 39
13. Чеченская Республика –

Уральский федеральный округ (центр – Екатеринбург) – 11 ШСУЗ

1. Курганская область – нет
2. Свердловская область – 1
3. Тюменская область – 10
4. Ханты-Мансийский автономный округ – нет
5. Челябинская область –
6. Ямало-Ненецкий автономный округ –

Сибирский федеральный округ (центр – Новосибирск) – 607 ШСУЗ

1. Агинский Бурятский автономный округ – 49
2. Республика Алтай – нет
3. Алтайский край – 55
4. Республика Бурятия – 258
5. Иркутская область – 25
6. Кемеровская область – 70
7. Красноярский край – 24
8. Новосибирская область – 10
9. Омская область – 85
10. Томская область – нет
11. Республика Тыва – 5
12. Республика Хакасия – нет
13. Читинская область – 21
14. Эвенкийский автономный округ – 5

Дальневосточный федеральный округ (центр – Хабаровск) – 67 ШСУЗ

1. Амурская область – нет
2. Еврейская автономная область – 49
3. Камчатская область – нет
4. Корякский автономный округ – нет
5. Магаданская область – 10
6. Республика Саха (Якутия) –
7. Приморский край –
8. Сахалинская область – нет
9. Хабаровский край – нет
10. Чукотский автономный округ – 8

Приложение 2

Таблица

Нормативы температуры воздуха в учебных помещениях (с обычным остеклением) в зависимости от климатического района и сезона года

Климатический район	Сезон года	Зона теплового комфорта, °С	Зона умеренного напряжения термо-регуляции, °С
Холодный	Зима	21-22	18-23
Умеренный		18-20	17-22
Жаркий		17-19	16-21
Умеренный	Весна	18-22	17-23
Жаркий		23-24	20-26
Умеренный	Осень	16-22	15-23
Жаркий		24-26	20-28

Температура воздуха в актовом зале, классе пения и музыки, рисования должна составлять 18-20°С, в спортивном зале – 15-17°С, в рекреациях – 16-18°С, в вестибюле и гардеробе – 16-19°С.

Относительная влажность воздуха в учебных помещениях должна составлять 40-60%.

Приложение 3

Учебные помещения проветриваются во время перемен, а рекреационные - во время уроков.

До начала занятий и после их окончания необходимо осуществлять сквозное проветривание учебных помещений. Длительность сквозного проветривания определяется погодными условиями согласно таблице.

В теплые дни целесообразно проводить занятия при открытых фрамугах и форточках.

Таблица

Длительность сквозного проветривания учебных помещений в зависимости от температуры наружного воздуха

Наружная температура, °С	Длительность проветривания помещения, мин	
	в малые перемены	в большие перемены и между сменами
От +10 до +6	4-10	25-35
От +5 до 0	3-7	20-30
От 0 до –5	2-5	15-25
От –5 до –10	1-3	10-15
Ниже –10	1-1,5	5-10

Приложение 4
Таблица

Показатели естественного, искусственного и совмещенного освещения основных помещений учреждений образования

Помещения	Рабочая поверхность и плоскость нормирования КЕО и освещенности (Г – горизонтальная, В - вертикальная) и высота плоскости на полом, м	Естественное освещение		Совместное освещение		Искусственное освещение, не менее				
		КЕО $e_н$,%		КЕО $e_н$,%		Освещенность, лк			Показатель дискомфорта M, не более	Коэффициент пульсации освещенности, ,, Кп, %, не более
		при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	при верхнем или комбинированном освещении	при боковом освещении	При комбинированном освещении: всего	При комбинированном освещении: от общего	при общем освещении		
Классные комнаты, кабинеты, аудитории общеобразовательных учреждений, лаборатории, учебные кабинеты физики, химии, биологии и прочие	Рабочие столы и парты: Г-0,8	4,0	1,5	2,1	1,3	-	-	500	40	10
	Середина доски: В-1,5	-	-	-	-	-	-	500	-	10
Кабинеты информатики и вычислительной техники	Г-0,8	3,5	1,2	2,1	0,7	500	300	500	15	10
	Экран дисплея: В-1	-	-	-	-	-	-	200	_	-
Учебные кабинеты технического черчения и рисования	Г-0,8	4,0	1,5	2,1	1,3	-	-	500	40	10
	Рабочие, чертежные доски, рабочие столы	-	-	-	-	-	-	500	40	10
Мастерские по обработке металлов и древесины	Верстаки, рабочие столы, Г-0,8	-	-	3,0	1,2	1000	200	300	40	15
Кабинеты обслуживающих видов труда	Г-0,8	4,0	1,5	2,1	1,3	-	-	400	40	10

Приложение 5

Каждый учащийся должен быть обеспечен рабочим местом за партой в соответствии с его ростом. Для подбора мебели соответственно росту учащихся производится цветовая маркировка мебели

Таблица

Функциональные размеры парт для учащихся разных ростовых групп

Ростовая группа	Высота переднего края крышки парты	Высота переднего края сиденья парты
1000-1150 мм	510	320
1151-1300 мм	550	350
1301-1450 мм	600	380
1451-1600 мм	650	410

Для контроля соответствия роста учащихся функциональным размерам парт следует иметь цветную мерную линейку, на которую наносят, соответственно группам мебели, цветовые полосы шириной 15 см (фиолетовая - от 1151 мм до 1300 мм, желтая – от 1301 мм до 1450 мм, красная – от 1451 мм до 1600 мм). Линейку располагают вертикально в доступном для учащихся месте, чтобы они могли самостоятельно измерить свой рост и соотнести его с маркировочным цветом необходимой мебели.

Приложение 6

Рассаживание учащихся следует производить с учетом их состояния здоровья. Часто болеющие должны сидеть как можно дальше от наружной стены. Для детей с нарушением слуха и зрения парты, независимо от их номера, ставят первыми, причем учащиеся с пониженной остротой зрения должны размещаться в первом ряду от окон*. Для профилактики нарушений осанки рекомендуется не менее 2-х раз в год менять местами учащихся, сидящих в крайних рядах, не нарушая соответствия номера мебели их ростовой группе.

В качестве источника информации о росте и состоянии здоровья учащихся рекомендуется использовать *лист здоровья* в классном журнале (заполняется медицинским работником учреждения), в котором для каждого учащегося отмечается необходимый номер мебели, а также рекомендации по рассаживанию в зависимости от его состояния здоровья.

Приложение 7

Рекомендуемые физиолого-гигиенические нормативы веса ежедневного комплекта учебников и письменных принадлежностей: вес ранца не должен превышать 700 г. Вес ранца с ежедневными учебными комплектами не должен превышать: для учащихся 1-2-х классов – 2,2 кг, для учащихся 3-4-х классов – 3,2 кг; для учащихся: 5-6-х классов - не более 3,2 кг, 7-11-х – 3,5 - 4,0 кг.

Приложение 8

Требования, предъявляемые к сменной обуви учащихся

1. В учреждении учащимся следует использовать сменную обувь.
2. Обувь должна соответствовать форме и размеру стопы. При этом в носочной части должен быть припуск 5-7мм, учитывающий увеличение длины стопы за счет ее естественного прироста и под влиянием нагрузок во время ходьбы. При отсутствии припуска пальцы принимают согнутое положение, что может привести к их деформации.

* При коррекции остроты зрения очками учащиеся могут сидеть в любом ряду.

3. Обувь не должна быть зауженной в носочной части, поскольку приводит к деформации большого пальца, его отклонению наружу. Чрезмерно свободная обувь также оказывает отрицательное влияние – могут появиться потертости, мозоли.
4. Подошва в обуви должна быть гибкой.
5. Высота подошвы не должна быть более 0,7см.
6. Высота каблука не должна превышать 2см.
7. Сменная обувь должна иметь фиксированный задник, который позволяет прочно удерживать пяточную кость и предотвращает ее отклонение наружу.
8. Обувь должна обеспечивать прочную фиксацию в носочной части. Открытый носок в сменной обуви не способствует устойчивому положению стопы и создает угрозу травматизации пальцев стопы.
9. Обувь должна обеспечивать прочную фиксацию голеностопного сустава стопы.
10. Конструкция обуви должна обеспечивать оптимальный температурно-влажностный режим внутриобувного пространства.
11. В сменной обуви не допускается использование стелек с выпуклостью в подсводном пространстве.
12. Использование ортопедических стелек рекомендуется врачом только при выраженных деформациях стопы с учетом особенностей ее профиля. Стельки должны быть строго индивидуальными и соответствовать рельефу подошвенной части стопы ребенка.
13. Безопасность материалов, из которых изготовлена сменная обувь, должна быть подтверждена санитарно-эпидемиологическим заключением.

Не рекомендуется использовать в качестве сменной обуви туфли типа «лодочки», домашние тапочки, кроссовую обувь, туфли с нефиксированным задником.

В качестве сменной обуви рекомендуется использовать сандалии с частично закрытой носочной частью и фиксированным задником.

Контроль использованием сменной обуви осуществляют классные руководители путем оценки соответствия функциональных параметров обуви каждого ребенка гигиеническим требованиям и заполнения карт мониторинга в начале учебного года.

Приложение 9
Таблица

Гигиенические требования к максимальным величинам образовательной нагрузки

Классы	**Максимально допустимая нагрузка в часах (академических)**	
	При 6-дневной неделе	**При 5-дневной недели**
1	-	20
2-4	25	22
5	31	28
6	32	29
7	34	31
8-9	35	32
10-11	36	33

Часы факультативных, групповых и индивидуальных занятий должны входить в объем максимально допустимой нагрузки.

Приложение 10.

При правильно с гигиенической точки зрения составленном расписании уроков наибольшая интенсивность нагрузки (количество баллов за день по сумме всех предметов) для учащихся старших классов должна приходится на вторник и (или) среду; для школьников младшего и среднего звена – на вторник и четверг при несколько облегченной среде. Распи-

сание уроков составлено неправильно, когда наибольшее суммарное число баллов за день приходится на крайние дни недели, или когда оно одинаково во все дни недели.

Таблица 1.

Шкала трудности для младших классов (Агарков В.И., 1986)

№	Предмет	Балл
1.	Математика	8
2.	Русский (национальный) язык	7
3.	Природоведение	6
4.	Русская (национальная) литература	5
5.	История (4 класс)	4
6.	Рисование и музыка	3
7.	Труд	2
8.	Физкультура	1

Таблица 2.

Шкала трудности учебных предметов для средней и старшей школы (Степанова М.И., Александрова И.Э., Седова А.С., 2006)

Общеобразовательные предметы	Количество баллов (ранг трудности)					
	5 класс	6 класс	7 класс	8 класс	9 Класс	10-11 класс
Химия	-	-	13	10	12	11
Геометрия	-	-	12	10	8	11
Физика	-	-	10	9	13	12
Алгебра	-	-	8	9	7	10
Экономика	-	-	-	-	11	6
Черчение	-	-	-	5	4	-
Мировая художественная культура (МХК)	-	-	10	5	5	5
Обществознание	-	-	-	-	-	5
Биология	10	8	7	7	7	7
Математика	10	13	-	-	-	-
Иностранный язык	9	11	10	8	9	8
Русский язык	8	12	11	7	6	9
Краеведение, Москвоведе-ние	7	9	5	5	-	2
Природоведение	7	8	-	-	-	-
Астрономия	-	-	-	-	-	4
Этикет	7	5	-	-	-	-
География	-	7	6	6	5	3
Граждановедение	6	10	9	3	-	-
История	5	8	6	8	10	5
Ритмика	4	11	-	-	-	-
Труд	4	3	2	1	4	-
Литература	4	6	4	4	7	8
ИЗО	3	3	1	3	-	-
Физкультура	3	4	2	2	2	1
Экология	3	3	3	6	1	3
Музыка	2	1	1	1	-	-
Информатика	2	10	4	7	7	6
ОБЖ	1	2	3	3	3	2

Приложение 11

Всем педагогам школы предлагается заполнить нижеприведенную анкету

АНКЕТА

Уважаемые ***педагоги*!** Цель нашего исследования изучить, как с физиолого-гигиенических позиций организован урок в современной школе. Ваши ответы будут использованы только для научных исследований. Заранее благодарны за участие в нашем опросе!

1. Какова, в среднем, плотность обычно проводимого Вами урока (% времени, затраченного школьниками непосредственно на учебную работу)- подчеркните:

а. Менее 60% **б**. 60-80% **в.** 85-90% **г.** более 90% времени урока

2. Какое количество видов учебной деятельности (письмо, чтение, слушание, рассказ, рассматривание наглядных пособий, ответы на вопросы и т.д.), как правило, можно выделить на Вашем уроке? (подчеркните):

а. 1-2 вида учебной деятельности **б.**2-3 вида **в.** 4-7 видов **г.** более 7

3. Какова средняя продолжительность каждого вида учебной деятельности? (подчеркните):

а. 10 мин и менее **б.** 11-15 мин **в.** Более 15 минут

4. Какое, в среднем, количество видов преподавания (словесный, наглядный, аудивизуальный через технические средства обучения, самостоятельная работа и т.д.) Вы реализуете на уроке? (подчеркните):

а. 1 вид преподавания **б.** 2 вида **в.** 3 и более вида

5. Как часто чередуются используемые Вами виды преподавания? (подчеркните):

а. Не позже чем через10-15 мин **б.** Через 15-20мин

в. Не чередуются **г.** Другое (напишите)_____

6. Присутствуют ли эмоциональные разрядки на Вашем уроке (поговорка, знаменитое высказывание, музыкальная минутка, юмористическая картинка и т.д.)? - подчеркните: **а.** *ДА* **б.** *НЕТ*

Если *ДА*, то укажите количество эмоциональных разрядок на Ваших уроках?

а. 1 разрядка **б.** 2-3 разрядки **в.** Нет **г.** Другое (напишите)_____

7. Используются ли технические средства обучения, такие как: кинофильмы, теле-, видеофильмы, компьютерные технологии в процессе Вашего урока? (Подчеркните): **а.** *ДА* **б.** *НЕТ*

Если *ДА,* то укажите примерную длительность использования (в минутах)_____

8. Проводятся ли на Вашем уроке физкультминутки? (подчеркните):

а. *ДА* **б.** *НЕТ*

Если ДА, то укажите их содержание и продолжительность (выберите ответ):

а. Два раза **б.** Один раз за урок **в.** Не проводится.

Если проводится, то укажите (примерно) на какой/каких минуте урока_____ Продолжительность упражнений_____

9. По Вашему мнению, как правило, в какой момент на уроке у школьников наступает утомление, проявляющееся в снижении учебной активности?

а. Раннее 30 минуты урока **б.** На 35-37 минуте урока **в.** Не ранее 40 минуты

10. Ваши пожелания в рамках изучаемой проблемы?_____

Спасибо за ответы!

Анализ анкет проводят на основе таблицы 1.

Таблица 1

Гигиенические критерии рациональной организации урока

№	Факторы урока	Уровни гигиенической рациональности урока	
		«рациональный»	«нерациональный»
1	Плотность урока	не менее 60% и не более 75-80%	более 90%
2	Количество видов учебной деятельности	4-7	1-2
3	Средняя продолжительность различных видов учебной деятельности	не более 10 минут	более 15 минут
4	Частота чередования различных видов учебной деятельности	смена не позже чем через 7-10 минут	смена через 15-20 минут
5	Количество видов преподавания	не менее 3	1
6	Чередование видов преподавания	чередование видов преподавания	не чередуется
7	Наличие эмоциональных разрядок (количество	2-3	Нет
8	Место и длительность применения ТСО	в соответствии с гигиеническими нормам*	в произвольной форме
9	Чередование позы	позы чередуются в соответствии с видом работы; учитель наблюдает за посадкой учащихся	частые несоответствия позы виду работы; поза не контролируется учителем

*Условия и длительность применения ***технических средств обучения (ТСО)*** в процессе урока регламентируются следующим образом (Таблица 2)

Таблица 2.

Длительность непрерывного применения ТСО в учебном процессе

Классы	Длительность просмотра (в минутах)	
	Кинофильмов	**Телепередач**
1-2	15-20	15
3-4	15-20	20
5-7	20-25	20-25
8-11	25-30	25-30

Непрерывная длительность занятий за компьютером на уроке (согласно гигиеническим рекомендациям) должна быть *не более*: для 1-го класса – 10 мин., для 2-5-го класса – 15 мин., для 6-7-го – 20 мин., для 8-9-го класса – 25 мин., для 10-11-го – 30 мин. на первом часу и 20 минут на втором часу занятии.

Приложение 12

Требования к компьютерным средствам обучения (ТСО):

- Яркостные характеристики электронных страниц должны соответствовать следующим параметрам
  – яркость — не менее 35 кд/м^2 и не более 120 кд/м^2;

– отрицательная и положительная неравномерность распределения яркости — не более ±20%.

- Соотношение яркостей знаков и фона должно быть не менее 1:3 для позитивного изображения и 3:1 для негативного изображения (выворотки).
- В оформлении электронных страниц КСО следует применять негативное изображение (светлые знаки полужирного начертания на темном фоне). Наиболее благоприятными цветовыми сочетаниями являются белые или желтые знаки на синем фоне. При использовании жидкокристаллического дисплея следует применять позитивное изображение (темные знаки на светлом фоне). Наиболее благоприятными цветовыми сочетаниями являются синие знаки на желтом фоне и черные знаки на зеленом фоне. Цветовое сочетание красных знаков и зеленого фона является благоприятным для любых типов дисплеев.
- Параметры шрифтового оформления текстовой и/или знаковой информации на электронных страницах КСО для учащихся 1–4 классов в зависимости от объема текста единовременного прочтения должны соответствовать требованиям, изложенным в таблице:

Таблица

Классы	**Объем текста единовременного прочтения, количество знаков, не более**	**Кегль шрифта, пункты, не менее**	**Высота прописной буквы, мм не менее**	**Группа шрифтов (примеры гарнитур)***
1-4	50	14	3,50	рубленые (Arial, Verdana, Helvetica и т.п)
	100	16	4,00	
5-9	150	12	3,00	рубленые или с засечками (Georgia, Times New Roman и др.)
	200	12	3,00	Рубленые
	250	14	3,50	Рубленые
10-11	150	12	3,00	рубленые или с засечками
	200	12	3,00	Рубленые
	300	14	3,50	Рубленые
*Следует применять гарнитуры, разработанные иди адаптированные к использованию для предъявления информации на экране дисплея				

- Длина строки в текстовой информации на электронной странице не должна быть менее 100 мм.
- Кегль шрифта вспомогательных элементов буквенных и числовых формул должен быть не менее 9 пунктов, при этом высота прописной буквы — не менее 2,3 мм.
- Кегль шрифта в таблицах должен быть не менее 10 пунктов, при этом высота прописной буквы — не менее 2,5 мм, с возможным выводом одной или нескольких ячеек таблицы на отдельные электронные страницы. На отдельных электронных страницах кегль шрифта в ячейках должен быть не менее 12 пунктов, при этом высота прописной буквы — не менее 3 мм. Расстояние между колонками текста в таблице должно быть не менее 12 мм.
- Шрифтовое оформление словарной части КСО должно соответствовать параметрам, изложенным в таблице.

- Для текстовой и/или знаковой информации в КСО не следует применять:
  - узкое и/или курсивное начертание гарнитуры шрифта;
  - более четырех различных цветов на одной электронной странице;
  - красный фон;
  - «движущиеся» строки по горизонтали и вертикали.
- В рамках КСО следует применять только одну гарнитуру шрифта различных начертаний, кроме узкого и курсивного. Шрифтовое оформление заголовков не регламентируется.
- Объем электронных страниц с текстовой и/или знаковой информацией от общего объема электронных страниц КСО (без учета динамических видеоматериалов) не должен превышать 20%.

Приложение 13

Моторная плотность урока – соотношение времени, затрачиваемого ребенком на выполнение движений, и общей продолжительности занятий, в процентах и должна составлять на занятиях в зале не менее 70%, и не менее 80% - на воздухе. Положительный эффект от физических упражнений обеспечивается достижением среднего уровня частоты сердечных сокращений (ЧСС) в пределах 140-160 уд/мин.

В структуре урока выделяют 3 части – вводную, основную, заключительную. Продолжительность вводной части – 5-10 минут, прирост ЧСС после вводной части составляет 25-30%. Основная часть урока длится 25-30 минут, прирост ЧСС составляет до 80-100%. Продолжительность заключительной части -3-5 минут. ЧСС возвращается к исходным величинам после окончания урока или на 3-4 минуте восстановительного периода во время перемены.

В зависимости от состояния здоровья учащихся распределяют на 3 медицинские группы - основную, подготовительную и специальную.

К *основной* медицинской группе относят учащихся без отклонений и с незначительными отклонениями в состоянии здоровья, функциональном состоянии организма и физическом развитии при достаточной физической подготовленности.

К *подготовительной* медицинской группе относят учащихся с незначительными изменениями в состоянии здоровья, функциональном состоянии организма, физическом развитии и не имеющих достаточного уровня физической подготовленности. Учащиеся этой группы занимаются по учебным программам физического воспитания *при условии постепенного усвоения двигательных навыков и умений*. Учащиеся подготовительной группы допускаются к участию в спортивных соревнованиях и сдаче спортивных нормативов при наличии заключения врача.

К *специальной* медицинской группе относят учащихся со значительными отклонениями в состоянии здоровья постоянного или временного характера, в том числе реконвалесценты после перенесенных заболеваний и травм. Специальная медицинская группа подразделяется на подгруппы «А» и «Б». Учащиеся *группы «А»* занимаются по *специальной программе физического воспитания*. К *группе «Б»* относят учащихся, которые по состоянию здоровья нуждаются *в занятиях лечебной физкультурой* (ЛФК).

Дополнительное медицинское обследование следует проводить всем учащимся основной и подготовительной группы перед спортивными соревнованиями, а также учащимся после заболеваний или травм, состояния перетренированности и по требованию преподавателя физического воспитания или самого учащегося.

Учащиеся, отнесенные к специальной медицинской группе, к спортивным соревнованиям и сдаче спортивных нормативов не допускаются

Приложение 14

Оптимальное время для начала подготовки домашних заданий для учащихся, занимающихся в первую смену – 16 часов, для обучающихся во вторую смену – 9 часов. Обучение в первых классах проводят без домашних заданий. Физиологически оптимально, если учащиеся приступают к домашним заданиям после 1,5–2-часового пребывания на свежем воздухе. Гигиенически допустима следующая продолжительность домашних заданий: для учащихся 2-4 классов до 1,5 часов, в 5–6-х классах – до 2,5 часов, в 7-м классе – до 3 часов, в 8–9-х классах – до 4 часов. Необходимо стремиться к тому, чтобы с заданием, данным учителем, ученик справился в пределах отведенного (рекомендуемого) времени. Для создания условий для полноценного отдыха детей следует минимизировать объем домашних заданий на каникулы и выходные дни.

Приложение 15

Инструкция по определению уровня невротизма

Тесты состоят из двух анкет, одна из которых заполнялась ребенком, другая – родителями (образцы прилагаются). Полученные результаты суммируются и оцениваются следующим образом:

до 42 баллов – допустимая степень невротизма;
от 43 до 56 баллов – повышенная степень невротизма;
от 57 баллов – высокая степень невротизма.

Благоприятными изменениями в динамике учебного года следует считать:

- снижение уровня невротизма более чем на 2 балла;
- сохраненное количество баллов в группе с допустимым уровнем невротизма;
- переход из группы с повышенной степенью в группу с допустимыми проявлениями невротизма.

АНКЕТА

Анкета для родителей.

Фамилия, имя учащегося _____

Инструкция: ответьте на вопросы, обведя в кружок один из трех вариантов, который более всего соответствует характеру вашего ребенка.

1 – нет, никогда;
2 – иногда;
3 – часто;

1. Засыпает долго и тяжело?	1	2	3
2. Он имеет раздражительный характер?	1	2	3
3. У него отсутствует аппетит?	1	2	3
4. Его тошнит, хотя врач говорит, что он здоров?	1	2	3
5. Плачет или сердится, когда ему что-либо не удается?	1	2	3
6. Снятся ли ему страшные сны?	1	2	3
7. Жалуется ли он утром, что у него болит живот?	1	2	3
8. Бывают ли у него утром заметные расстройства?	1	2	3
9. Жалуется ли он на головные боли?	1	2	3
10. Делает ли он нервозные движения (моргает, размахивает руками, плечами)?	1	2	3
11. Он очень застенчив?	1	2	3
12. Он боится школы?	1	2	3
13. Стремится ли он любой ценой быть в центре внимания?	1	2	3

Анкета для школьника.

Фамилия, имя учащегося _____

Инструкция: внимательно прочти каждый вопрос и правильно ответь, т.е. обведи кружком один из ответов:

1 - почти никогда, никогда;
2 – иногда;
3 - часто;

1. Ты боишься, что сделаешь ошибку?	1	2	3
2. Тяжело тебе сосредотачиваться?	1	2	3
3. Часто у тебя возникают проблемы?	1	2	3
4. Ты робкий?	1	2	3
5. Ты волнуешься по поводу школы?	1	2	3
6. У тебя возникают трудности, когда ты должен решить, что нужно делать?	1	2	3
7. Чувствуешь себя в течении дня усталым, вялым?	1	2	3
8. Как ты себя чувствуешь в смысле здоровья?	Очень хорошо		– 1
	средне		– 2
	нехорошо		– 3
9. Часто у тебя болит голова?	1	2	3
10. Тяжело тебе вечером засыпать?	1	2	3
11. Потеют ли у тебя руки?	1	2	3
12. Бывает ли у тебя странное чувство в желудке перед некоторыми важными событиями?	1	2	3
13. Часто ты плачешь?	1	2	3
14. Чувствуешь ли ты себя несчастным?	1	2	3
15. Ты нервничаешь?	1	2	3

Приложение 16

Диагностика эмоционального состояния учащихся (по Лутошкину А.Н.)

В основу метода положена способность человека (особенно детей) выражать свои эмоции различной гаммой цветового спектра, согласно следующей традиционной схеме:

- Красный цвет символизирует настроение восторженное, активное;
- Оранжевый – радостное, теплое;
- Желтый – светлое, приятное;
- Зеленый – спокойное, ровное;
- Синий – грустное, печальное;
- Фиолетовый, черный – тревожное, тоскливое.

Суть методики заключается в оценке школьниками своих эмоциональных состояний, выраженных при помощи цвета. Из шести основных цветов, предложенных детям на таблице (прилагается), рекомендуется выбрать один цвет, характеризующий их эмоциональное состояние в данный момент.

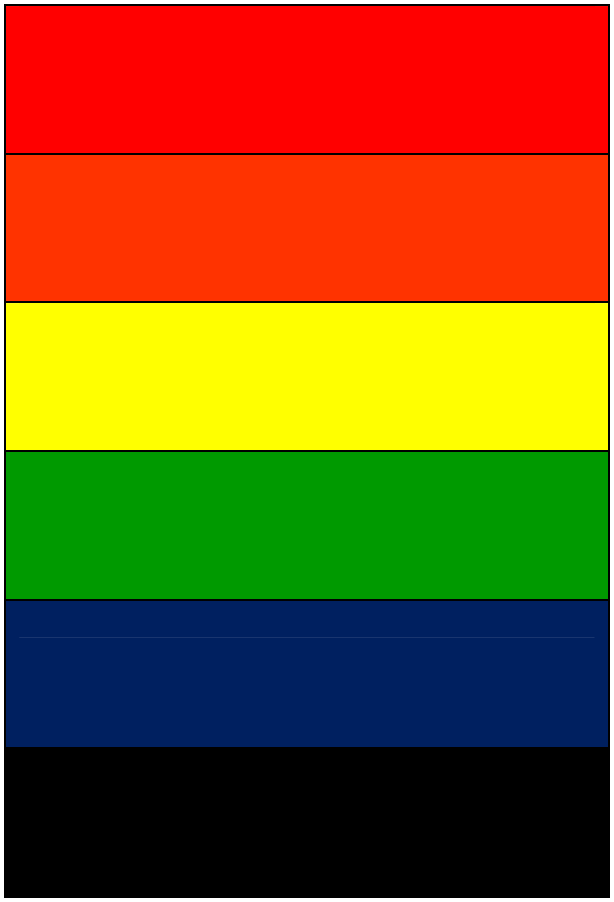
Данное исследование осуществляется в течение недели, в начале и конце учебного года.

Все цвета тестовой палитры были объединены в три основные группы для более наглядной и точной оценки эмоционального состояния (рисунок):

1 гр. – все цвета «радостного» спектра – красный, оранжевый, желтый;
2 гр. – зеленый цвет - «спокойный» спектр
3 гр. – все цвета «грустного» спектра – синий, фиолетовый, черный.

Благоприятной динамикой данного показателя в течение учебного года следует считать:

- «переход» ребенка из группы «грустного» спектра в группы «спокойного» и «радостного» спектра;
- стабильное пребывание ребенка в группах «спокойного» или «радостного» спектра.



К

О

Ж

З

С

Ч

Приложение 17

Мониторинг факторов риска неинфекционных и школьно-обусловленных заболеваний и травматизма у детей и подростков в образовательном учреждении

Среди современных школьников отмечается высокая распространенность факторов риска, которые обусловлены образом жизни - низкая двигательная активность, нерациональное («нездоровое») питание, дефицит ночного сна, курение, употребление алкоголя и других психоактивных веществ. Отмечается низкая информированность школьников в отношении основных факторов, негативно влияющих на здоровье.

Наличие двух и более факторов, обусловленных образом жизни, повышает риск формирования функциональных отклонений уже в младшем школьном возрасте: сердечно-сосудистой системы в 3,5 раза, глаза и его придаточного аппарата в 3,5 раза, костно-мышечной системы в 4,2 раза, нервной системы в 4,8 раза.

Одним из основных направлений в профилактике заболеваний, укреплении и сохранении здоровья является динамическое слежение (мониторинг) за факторами риска среди детей и подростков.

Мониторинг факторов риска - это контроль за динамикой факторов, обусловленных образом жизни, среди учащихся для принятия корректировочных решений. Мониторинг факторов риска позволяет определять направление и объем профилактического вмешательства, оценивать эффективность проводимых мероприятий среди школьников в процессе обучения.

Факторы, обусловленные образом жизни, являются управляемыми. В связи с этим важным направлением профилактики заболеваний среди школьников является формирование у них стереотипов здорового образа жизни. Обучение школьников навыкам сохранения и укрепления здоровья, наиболее полно возможно реализовать в организованных коллективах в условиях общеобразовательного учреждения. Для эффективности профилактических мероприятий необходимо повышение мотивации к здоровому образу жизни не только самих учащихся, но и их родителей, педагогов.

Снижение распространенности факторов риска среди учащихся достигается повышением информированности школьников в отношении основных факторов риска, формированием у них установок на здоровый образ жизни, что будет способствовать сохранению и укреплению здоровья.

МЕТОДИКА МОНИТОРИНГА

Мониторинг факторов риска предусматривает применение стандартизованных подходов к выявлению и оценке факторов среди учащихся. Использование стандартизованной анкеты позволяет оценить динамику распространенности факторов риска среди учащихся в образовательном учреждении, определить информированность школьников в отношении основных факторов риска, а также оценить сформированность установок на здоровый образ жизни учащихся в динамике обучения.

Инструкция к проведению анкетного опроса учащихся

Анкетный опрос проводится среди учащихся в конце каждого учебного года (в апреле-мае) средним медицинским персоналом общеобразовательного учреждения, социальным педагогом, классным руководителем, школьным психологом или другими специалистами.

Школьникам следует объяснить, что опрос не предусматривает проведения каких–либо тестов или проверок. Все вопросы в анкете связаны с отношением учащихся к различным факторам, которые вредны здоровью. Результаты опроса будут использованы для создания школьных здоровьесберегающих программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья учащихся. Опрос организован таким образом, что тайна имени ученика сохраняется, и участие в опросе является анонимным. Учащиеся не должны подписывать анкеты и делать идентифицирующих пометок.

Не следует просматривать анкеты с ответами учащихся в их присутствии. Учащиеся должны быть уверены, что конфиденциальность опроса соблюдается. Некоторые подростки могут испытывать трудности при заполнении анкеты. Необходимо предусмотреть порядок работы с такими учащимися, чтобы была сохранена конфиденциальность их ответов.

Необходимо свести к минимуму возможность учащихся видеть ответы друг друга. Не разрешайте учащимся/учителям ходить по классу или разговаривать во время проведения опроса.

Мониторинг факторов риска среди учащихся
средней и старшей школы.

При проведении мониторинга учащиеся заполняют «Анкету для школьника» (Приложение 17.1.).

Оценка результатов

При обработке анкет результаты ответов вносятся в квадраты с правой стороны листа, что облегчает анализ, и позволяет создать компьютерную базу данных в образовательном учреждении.

Распространенность основных факторов риска отклонений в состоянии здоровья среди учащихся 5-11 классов.

Для оценки распространенности факторов учитываются ответы на следующие вопросы: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13

Варианты ответов «2» и «3» - оцениваются, как наличие фактора.

Приложение 17.1.

НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
НИИ ГИГИЕНЫ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

АНКЕТА ДЛЯ ШКОЛЬНИКОВ

Ребята! Просим вас заполнить предложенную анкету. Отвечайте на вопросы самостоятельно, не советуясь с товарищами. Нам важно знать именно ваше личное отношение к этим вопросам. Подчеркни свой ответ

Школа № _____Класс_____ Возраст_____ !_!_!

Пол: 1 – мальчик 2 - девочка !_!

1. Как ты думаешь, эти привычки вредны для здоровья?
   а) курение 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
   б) нерегулярное употребление пищи 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
   в) низкая двигательная активность 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
   г) недосыпание 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
1. Занимаешься ли ты регулярно физическими упражнениями (в т.ч. танцы, посещение бассейна и т.д.) помимо уроков физкультуры в школе? 1 – да 2 – нет !_!
2. Если «да», то сколько часов в неделю? _____ !_!_!
3. Сколько раз в день ты принимаешь горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?
   1 – три раза в день и чаще 2 – два раза в день 3 – один раз в день и реже !_!
4. Как часто ты употребляешь в пищу мясо, птицу, рыбу?
   1) один раз в день и чаще 2) 3-4 раза в неделю 3) 1 раз в неделю и реже !_!
5. Как часто ты употребляешь в пищу молоко и молочные продукты?
   1) один раз в день и чаще 2) 3-4 раза в неделю 3) 1 раз в неделю и реже !_!
6. Как часто ты употребляешь свежие овощи, фрукты, свежие соки?
   1) один раз в день и чаще 2) 3-4 раза в неделю 3) 1 раз в неделю и реже !_!
7. Пробовал ли ты когда-нибудь курить? 1 – нет 2 – да !_!
8. Продолжаешь ли ты курить? 1 – нет 2 – да !_!
9. Если «да», то как часто? 1 – хотя бы один раз за последние 3 месяца 2 – каждую неделю 3 – ежедневно (хотя бы 1 сигарету в день) !_!

11. Пробовал ли ты какие-либо наркотические (токсикоманические) вещества?
    1 – нет 2 – да !_!
12. Употребляешь ли ты пиво и другие алкогольные напитки (шампанское, коктейли, вино, коньяк, водку и т.п.)? 1 – нет 2 – да !_!
13. Если да, то как часто?
    1) 1 раз в месяц и реже 2) 2-3 раза в месяц 3) 4 и более раз в месяц !_!
14. В какое время ты обычно ложишься спать? _____(час.)
15. Во сколько обычно встаешь утром _____ (час.)
16. Продолжительность ночного сна обычно составляет:
    1) 9-10 часов 2) 8 часов 3) 7 часов и меньше !_!
17. Как часто ты делаешь утреннюю гимнастику?
    1 – ежедневно 2 – иногда 3 – никогда !_!
18. Как часто ты моешь руки перед едой в школе?
    1 – всегда 2 – иногда 3 – никогда !_!
19. Как часто ты моешь руки после посещения туалета в школе?
    1 – всегда 2 – иногда 3 – никогда !_!
20. Как часто ты чистишь зубы?
    1 – ежедневно 2 раза в день и чаще 2 – 1 раз в день 3 – 3 раза в неделю и реже !_!
21. Как ты считаешь, будешь ли ты курить в дальнейшем?
    1 – нет 2 – да 3 – не знаю !_!
22. Если бы твои лучшие друзья предложили сигарету, ты согласился бы ее выкурить?
    1 – нет 2 – да 3 – не знаю !_!

23. Согласен ли ты с запретом на курение в общественных местах, таких как, поезда, кафе, игровые площадки, дискотеки и т.п.?
1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
24. Если бы один из твоих лучших друзей предложил тебе употребить алкоголь, согласился бы ты? 1 – нет 2 – да !_!
25. Как часто ты надеваешь шлем во время езды на велосипеде или другом моторизированном средстве? 1 - каждый раз во время езды 2 – иногда 3 - никогда !_!
26. Как часто ты используешь ремни безопасности во время езды в автомобиле или другом транспортном средстве, управляемом другим человеком? 1 - каждый раз во время езды 2 – иногда 3 - никогда !_!
27. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредные последствия курения?
1 – да 2 – нет !_!
28. Как ты считаешь, когда кто-то начинает курить, ему потом будет трудно бросить эту привычку? 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
29. Как ты думаешь, насколько подвергают себя риску (физическому или другому) люди, если они употребляют алкогольные напитки один раз в неделю?
1 – риска нет 2 – риск небольшой 3 – большой риск !_!
30. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредное воздействие алкоголя на здоровье? 1 – да 2 – нет !_!
31. Рассказывали ли вам в течение этого учебного года на каких-либо занятиях об опасностях употребления алкоголя? 1 – да 2 – нет !_!
32. Рассказывали ли вам в этом учебном году на занятиях об опасностях употребления наркотических веществ, в т.ч. опасности заражения вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекцией? 1 – да 2 – нет !_!
33. Рассказывали ли вам на каких-либо занятиях в течение этого учебного года о преимуществах здорового питания? 1 – да 2 – нет !_!
34. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о преимуществах двигательной активности? 1 – да 2 – нет !_!
35. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о профилактике травматизма во время занятий физической культурой?
1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
36. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вопросы, касающиеся сексуальных отношений? 1 – да 2 – нет !_!
37. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о том, как избежать инфекций, предаваемых половым путем, в.т.ч. ВИЧ-инфекции и СПИДа? 1 – да 2 – нет !_!
38. Что, на твой взгляд, в настоящее время является наиболее опасным? (отметь три наиболее важных ответа)
1. грубое поведение со стороны старших школьников !_!
2. грубое поведение со стороны взрослых !_!
3. получить травму на автомобильной дороге !_!
4. получить травму во дворе (из-за ремонта или стройки, которые там идут) !_!
5. пострадать от людей, находящихся в нетрезвом виде (пьяных) или под действием наркотиков (наркоманов) !_!
6. пострадать от жестокого обращения родителей !_!
39. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастные случаи, например, пожары или отравления? 1 – да 2 – нет !_!
40. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастный случай в результате дорожного движения? 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!

Дата заполнения анкеты_____

Низкая двигательная активность (гипокинезия) - двигательная активность ограничена только уроками физкультуры в школе, вопрос 2, вариант ответа «2»» – высокий риск.

По заключению экспертов ВОЗ, дети и подростки должны посвящать умеренно интенсивной физической активности не менее 1 часа в день 5 и более раз в неделю (WH0, 2006). В связи с этим, при оценке гипокинезиии, возможно учитывать случаи, когда уровень физической активности школьника составляет менее 5 часов в неделю (ответ на вопрос 3).

Нерациональное («нездоровое» питание) - вопросы 4-7, варианты ответов «2», «3» расцениваются как «нездоровое питание». Варианты ответов «3» - факторы высокого риска.

Курение – вопрос 9 (ответ «2»), в том числе регулярное курение – вопрос 10 (ответ «2» или «3») – высокий риск.

Употребление алкоголя – вопрос 12 (ответ «2»), в том числе злоупотребление алкоголем – 13 (ответ «3») – высокий риск

Дефицит ночного сна - вопрос 16, продолжительность ночного сна не соответствует гигиеническим требованиям: для учащихся 5-7 классов – не менее 10 часов, 8-9 классов - не менее 9 часов, 10-11 классов – 8,5 часов. Продолжительность ночного сна 7 часов и менее – фактор высокого риска

Результаты анкетирования заносятся в «Протокол распространенности факторов риска среди учащихся в динамике обучения» (таблица 1). Для каждого класса создается свой Протокол. По каждому наблюдаемому классу подсчитывается раздельно абсолютное количество детей, имеющих тот или иной фактор риска. Для того чтобы получить относительные показатели в процентах (%), необходимо абсолютные показатели разделить на количество анкет, заполненных школьниками. В Протокол вносятся факторы высокого риска. Если учитываются все факторы, то они должны вноситься в Протокол при последующих опросах.

Уменьшение относительных показателей в следующем учебном году по сравнению с показателями предыдущего года свидетельствует о снижении распространенности факторов риска в классе (значение Δ - отрицательное); увеличение относительных показателей свидетельствует о росте распространенности того или иного фактора (значение Δ - положительное).

Информированность учащихся в отношении факторов риска

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы 1а, 1б, 1в, 1г, 27-37, 39, 40. Каждый вариант ответа «1» оценивается в 1 балл. Чем выше балл, тем лучше информированность школьника. Максимальное число баллов – 17 (100%). Для оценки информированности класса определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1», на соответствующие вопросы, затем, делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени информированности средний балл умножают на 100 и делят на 17. Полученные показатели заносят в «Протокол показателей информированности учащихся в отношении факторов риска» (таблица 2).

Таблица 1

ПРОТОКОЛ
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ УЧАЩИХСЯ В ДИНАМИКЕ ОБУЧЕНИЯ

Школа №_____город/село, субъект РФ_____

5 класс « » Дата заполнения_____(год, месяц, день)
6 класс « » Дата заполнения_____
7 класс « » Дата заполнения_____
8 класс « » Дата заполнения,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
9 класс « » Дата заполнения_____(год, месяц, день)
10 класс « » Дата заполнения_____
11 класс « » Дата заполнения_____

Факторы риска**	**5 класс**		**6 класс**			**7 класс**			**8 класс**		
	абс.	**%**	**Абс.**	**%**	**Δ**	**абс.**	**%**	**Δ**	**абс.**	**%**	**Δ**
1. Низкая двигательная Активность											
2. Прием горячей пищи 1 раз в день и реже											
3. Редкое потребление мяса и мясных продуктов (1раз в неделю и реже)											
4. Редкое потребление молока и молочных продуктов (1раз в неделю)											
5. Редкое потребление свежих овощей, фруктов, соков											
6. Курение											
- в т.ч. регулярное курение											
7. Употребление пива и других алкогольных напитков											
- в.т.ч. злоупотребление алкоголем											
8. Дефицит ночного сна (7 часов и менее)											

** Учитываются факторы высокого риска

Для оценки динамики показателя информированности школьников в отношении факторов риска в процессе обучения сравнивают показатели, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а так же степени (%) свидетельствует о повышении информированности школьников.

Таблица 2

Протокол показателей информированности учащихся в отношении факторов риска

Школа №_____ город/село,_____ субъект РФ_____

Классы	**Дата осмотра (год, месяц, число)**	**Средний балл по информированности школьников в отношении факторов риска**	**Степень информированности в отношении факторов риска (%)**
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

Показатели сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни определяют по результатам анкетного опроса учащихся по «Анкете для школьника»

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы 2, 4-7, 9, 11, 12, 16-26. Каждый вариант ответа «1» оценивается в 1 балл. Чем выше балл, тем лучше сформированность установок на здоровый образ жизни у школьника. Максимальное число баллов – 19 (100%). Для оценки этого показателя в каждом классе определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1», на соответствующие вопросы, затем, делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени сформированности установок на здоровый образ жизни у школьников средний балл умножают на 100 и делят на 19. Полученные показатели заносят в «Протокол показателей сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни» (таблица 3).

Таблица 3

Протокол показателей сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни

Школа №_____ город/село,_____ субъект РФ_____

Классы	**Дата осмотра (год, месяц, число)**	**Средний балл по сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни**	**Степень сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни, (%)**
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

Для оценки динамики этого показателя в процессе обучения сравнивают данные, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а так же степени (%) свидетельствует о положительной динамики формирования установок на здоровый образ жизни школьников.

Мониторинг факторов риска среди учащихся начальной школы

Учащиеся начальной школы заполняют «Анкету для младшего школьника» (Приложение 17.2).

Распространенность основных факторов риска нарушения здоровья среди младших школьников определяют по результатам анонимного анкетного опроса учащихся «Анкете для младшего школьника» (Приложение 17.2) и анонимного анкетирования родителей «Анкета для родителей» (Приложение 17.3).

Для оценки распространенности факторов учитываются ответы на следующие вопросы: в «Анкете для родителей» (Приложение 17.3) – с 1 по 9; в «Анкете для младшего школьника» (Приложение 17.2) - 4 и 11.

Варианты ответов «2» или «3» - оцениваются как наличие фактора.

Результаты анкетирования заносятся в «Протокол показателей распространенности факторов риска среди учащихся в процессе обучения в начальной школе» (таблица 4). По каждому наблюдаемому классу подсчитывается раздельно абсолютное количество детей, имеющих тот или иной фактор риска. Для того чтобы получить относительные показатели в процентах (%) необходимо абсолютные показатели разделить на количество анкет, заполненных родителями (для факторов 1-9) и количество анкет, заполненных детьми (для факторов 10 и 11).

Уменьшение относительных показателей в следующем учебном году (во 2, 3, 4 классах) по сравнению с показателями предыдущего года свидетельствует о снижении распространенности факторов риска в классе (значение Δ - отрицательное); увеличение относительных показателей свидетельствует о росте распространенности того или иного фактора (значение Δ - положительное).

Приложение 17.2

Анкета для младших школьников

Ребята! Просим вас заполнить предложенную анкету, чтобы выяснить ваше отношение к вопросам, касающимся здоровья. Просьба отвечать на вопросы анкеты самостоятельно, не советуясь с товарищами. Нам важно знать именно ваше личное отношение к этим вопросам.

Школа №_____город/село_____ субъект РФ_____

Класс_____

Дата заполнения анкеты_____(год, месяц, день)

1. Как ты думаешь, эти привычки вредны для здоровья?
   а) курение 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
   б) нерегулярное употребление пищи 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
   в) низкая двигательная активность 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
   г) недосыпание 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!
2. Как часто ты делаешь утреннюю гимнастику?
   1 – ежедневно 2 – иногда 3 – никогда !_!
3. Пробовал ли ты когда-нибудь курить? 1 – нет 2 – да !_!
4. Продолжаешь ли ты курить (хотя бы 1 сигарету в месяц)?
   1 – нет 2 – да !_!
5. Как ты считаешь, будешь ли ты курить в дальнейшем?
   1 – нет 2 – да 3 – не знаю !_!
6. Если бы твои лучшие друзья предложили сигарету, ты согласился бы ее выкурить?

1 – нет 2 – да 3 – не знаю !_!

7. Согласен ли ты с запретом на курение в общественных местах, таких как, кафе, поезда, на дискотеках? 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!

8. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредные последствия курения?
1 – да 2 – нет !_!

9. Когда кто-то начинает курить, по твоему мнению, ему будет потом трудно бросить эту привычку? 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!

10. Ты уже пробовал алкогольные напитки, даже если несколько глотков?
1 – нет 2 – да !_!

11. Ты употребляешь пиво или другие алкогольные напитки хотя бы 1 раз в месяц
1 – нет 2 – да !_!

12. Если бы один из твоих лучших друзей предложил тебе употребить алкоголь, согласился бы ты? 1 – нет 2 – да !_!

13. Обсуждал ли с тобой кто-нибудь в твоей семье вредное воздействие алкоголя на здоровье? 1 – да 2 – нет !_!

14. Рассказывали ли вам в течение этого учебного года на каких-либо занятиях об опасностях употребления алкоголя? 1 – да 2 – нет !_!

15. Рассказывали ли вам в этом учебном году на занятиях об опасностях употребления наркотических веществ? 1 – да 2 – нет !_!

16. Рассказывали ли вам на каких-либо занятиях в течение этого учебного года о преимуществах здорового питания? 1 – да 2 – нет !_!

17. Рассказывали ли вам на каких-либо занятиях в течение этого учебного года о преимуществах употребления свежих овощей, фруктов, соков?
1 – да 2 – нет !_!

18. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о преимуществах двигательной активности? 1 – да 2 – нет !_!

19. Как часто ты моешь руки перед едой в школе?
1 – всегда 2 – иногда 3 – никогда !_!

20. Как часто ты моешь руки после посещения туалета в школе?
1 – всегда 2 – иногда 3 – никогда !_!

21. Как часто ты чистишь зубы?
1 – ежедневно 2 раза в день и чаще 2 – 1 раз в день 3 – 3 раза в неделю и реже !_!

22. Как часто ты надеваешь шлем во время езды на велосипеде или другом моторизированном средстве? 1 - каждый раз во время езды 2 – иногда 3 - никогда !_!

23. Как часто ты используешь ремни безопасности во время езды в автомобиле или другом транспортном средстве, управляемом другим человеком?
1 - каждый раз во время езды 2 – иногда 3 - никогда !_!

24. За прошедший учебный год рассказывали ли вам на каких-либо занятиях о профилактике травматизма во время занятий физической культурой?
1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!

25. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастные случаи, например, пожары или отравления? 1 – да 2 – нет !_!

26. В течение этого учебного года, на каких-либо занятиях рассказывали ли вам о том, как избежать или предупредить несчастный случай в результате дорожного движения? 1 – да 2 – нет 3 – не знаю !_!

Приложение 17.3

Анкета для родителей учащихся

Школа №_____город/село_____ субъект РФ_____

Класс_____

Дата заполнения анкеты_____(год, месяц, день)

Уважаемые родители!

Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и подчеркните один ответ на каждый вопрос. Это поможет оценить существующую ситуацию о потребностях учащихся в области укрепления здоровья в вашей школе.

1. Занимается ли Ваш ребенок физической культурой (самостоятельно, в спортивной секции, танцами и др.) помимо уроков физкультуры в школе? 1. да 2. нет
2. Сколько времени ребенок обычно проводит на свежем воздухе (гуляет) в учебные дни? 1. два часа и более 2. один час и менее
3. Сколько времени обычно ребенок тратит на приготовление домашних заданий? 1. 1,5-2 часа 2. 3 часа 3. 4 часа и более
4. Продолжительность ночного сна у Вашего ребенка составляет обычно
   1. 10-11 часов 2. 9 часов и менее
5. Сколько раз в день Ваш ребенок принимает горячую пищу (исключая чай, кофе и другие горячие напитки)?
   1. 2-4 раза в день и чаще; 2. один раз в день и реже
6. Сколько раз в неделю Ваш ребенок употребляет мясо, рыбу и другие мясные продукты?
   1. ежедневно 2. 2-3 раза в неделю 3. 1 раз в неделю и реже
7. Сколько раз в неделю Ваш ребенок употребляет молоко и молочные продукты? 1. ежедневно 2. 2-3 раза в неделю 3. 1 раз в неделю и реже
8. Сколько раз в неделю Ваш ребенок употребляет свежие фрукты, овощи, соки? 1. ежедневно 2 2-3 раза в неделю 3. 1 раз в неделю и реже
9. Сколько времени в день Ваш ребенок смотрит телевизор, видео?
   1. - до 1 часа; 2. - до 2 часов; 3. - два часа и более
10. Курят ли в Вашей семье? (подчеркните ответ) 1. нет 2. да
11. Как Вы думаете, станет ли курить Ваш ребенок, когда вырастет?
    1. нет 2. да 3. не знаю
12. Чем лучше заниматься ребенку? (подчеркните один ответ)
    1. танцами, плаванием или другими видами спорта 2. музыкой, рисованием
    3. иностранным языком 4. чем-либо другим
13. Как Вы считаете, для чего ребенку нужно заниматься спортом?
    1. чтобы укрепить здоровье 2. чтобы стать спортсменом
    3. чтобы занять свободное время 4. другое
14. Как Вы относитесь к возможности проведения в школе профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья учащихся? (выберите один ответ)
    1. они необходимы 2. они необходимы, но будут мешать учебному процессу 3. в них нет необходимости 4. они не принесут пользы и будут мешать учебному процессу

Таблица 4

ПРОТОКОЛ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА
СРЕДИ УЧАЩИХСЯ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Школа №_____город/село, субъект РФ_____

1 класс « » Дата заполнения_____(год, месяц, день) 3 класс « » Дата заполнения_____(год, месяц, день)

2 класс « » Дата заполнения_____ (год, месяц, день) 4 класс « » Дата заполнения_____(год, месяц, день)

Факторы риска	**1 класс**		**2 класс**			**3 класс**			**4 класс**		
	абс.	**%**	**Абс.**	**%**	Δ	**абс.**	**%**	Δ	**абс.**	**%**	Δ
1. Низкая двигательная активность*											
2. Прогулки на свежем воздухе менее 2 часов в день											
3. Продолжительность выполнения дом. заданий превышает нормативы**											
4. Продолжительность ночного сна 9 часов и менее											
5. Редкий прием горячей пищи (1 раз в день)											
6. Редкое потребление мяса и мясных продуктов (1 раз в неделю)											
7. Редкое потребление молока и молочных продуктов (1 раз в неделю)											
8. Редкое потребление свежих овощей, фруктов, соков (реже 3 раз в неделю)											
9. Просмотр телепередач более 2 час/д											
10. Курение (за последние 6 месяцев)											
11. Употребление алкоголя, в т.ч. пива											

Примечание: *двигательная активность ограничена только уроками физкультуры в школе
** Приложение 14.

Показатель информированности в отношении факторов риска школьников определяют по результатам анонимного анкетного опроса учащихся по «Анкете для младшего школьника» (Приложение 17.2).

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы 1а, 1б, 1в, 1г, 8, 9, 13-18, 24-26. Каждый вариант ответа «1» оценивается в 1 балл. Чем выше балл, тем лучше информированность школьника. Максимальное число баллов – 15 (100%). Для оценки информированности класса определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1» , на соответствующие вопросы, затеем, делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени информированности средний балл умножают на 100 и делят на 15. Полученные показатели заносят в «Протокол показателей информированности учащихся в отношении факторов риска» (таблица 5).

Для оценки динамики показателя информированности школьников в отношении факторов риска в процессе обучения сравнивают показатели, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а так же степени (%) свидетельствует о повышении информированности школьников.

Таблица 5

Протокол показателей информированности учащихся в отношении факторов риска

Школа №_____ город/село,_____ субъект РФ_____

Классы	**Дата осмотра (год, месяц, число)**	**Средний балл по информированности школьников в отношении факторов риска**	**Степень информированности в отношении факторов риска (%)**
1			
2			
3			
4			

Показатели сформированности у младших школьников установок на здоровый образ жизни определяют по результатам анонимного анкетного опроса учащихся по «Анкете для младшего школьника» (Приложение 17.2).

Учитываются варианты ответов «1» на вопросы 2, 4-7, 11, 12, 19-23. Каждый вариант ответа «1» оценивается в 1 балл. Чем выше балл, тем лучше установки школьника на здоровый образ жизни. Максимальное число баллов – 12 (100%). Для оценки этого показателя в каждом классе определяется средний балл. Для этого во всех анкетах подсчитывается число ответов «1» , на соответствующие вопросы, затем, делят это число на количество детей, заполнивших анкету.

Для определения степени сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни средний балл умножают на 100 и делят на 12. .Полученные показатели заносят в «Протокол показателей сформированности у младших школьников установок на здоровый образ жизни» (таблица 6).

Для оценки динамики этого показателя в процессе обучения сравнивают данные, полученные в текущем учебном году и предыдущем. Увеличение среднего балла, а так же степени (%) свидетельствует о положительной динамики формирования установок на здоровый образ жизни школьников.

\

Таблица 6

Протокол показателей сформированности у младших школьников установок на здоровый образ жизни

Школа №_____ город/село,_____ субъект РФ_____

Классы	Дата осмотра (год, месяц, число)	Средний балл по сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни	Степень сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни, (%)
1			
2			
3			
4			

Приложение 18.

Примерный табель оснащения медицинского пункта образовательного учреждения для оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам в общеобразовательных учреждениях с численностью обучающихся (воспитанников) свыше 600 человек

Таблица

1. Обязательный комплект медицинского оборудования медицинского пункта образовательного учреждения

Наименование Оборудования	Количество Единиц
весы медицинские	1
ростомер или антропометр	1
динамометр кистевой 2-х видов (для детей и подростков)	2х2
аппарат для измерения артериального давления (с детскими и обычными манжетами)	2
секундомер	2
стетофонендоскоп	3
оториноскоп	1
наборы одноразовых воронок к оториноскопу	50
шпатель металлический	10
шпатели одноразовые (компл. по 100 шт.)	6
аппарат Рота с таблицей Сивцева-Орловой	1
набор очковых линз для точного определения остроты зрения и проведения теста Малиновского	1
ширма медицинская	2
Кушетка медицинская	2
лампа бактерицидная	1
Лампа настольная	2
бикс большой	2
бикс малый	2
Корцанг	4
лоток медицинский почкообразный	2
шприц одноразовый с иглами (компл. 100 шт.) на 1 мл на 2 мл	 1 5

Наименование Оборудования	Количество Единиц
на 5 мл на 10 мл	5 1
кружка Эсмарха	1
перчатки медицинские резиновые	100
пипетки	10
комплект воздуховодов для искусственного дыхания «рот в рот»	1
воронка стеклянная большая	2
зонды желудочные разных размеров	4
жгут кровоостанавливающий, резиновый	2
термометр медицинский	15
грелка медицинская	2
пузырь для льда	2
травматологическая укладка, включающая: шины пневматические (детские и взрослые); вакуумный матрас тонометр с набором детских манжет (3 размера) Косынка фиксатор ключицы воротник Шанца (2 размера) жгут кровоостанавливающий бинт стерильный гелевый охлаждающе-согревающий пакет	1 комплект
посиндромная укладка* для оказания неотложной медицинской помощи	комплект
шкаф медицинский для посиндромной укладки для оказания неотложной медицинской помощи	1
шкаф аптечный	1
шкаф для хранения медицинской документации	1
стол медицинский	1
холодильник для хранения вакцин и медикаментов	2
Носилки	2
аптечка скорой помощи в физкультурном зале	1
аптечка скорой помощи на пищеблоке	1
аптечка скорой помощи в мастерских	1

2. Рекомендуемое оснащение медицинского пункта

электрокардиограф двенадцатиканальный	1
спироанализатор (спирометр), пикфлоуметр	1
Наборы одноразовых мундштуков к спирометру (по 100 шт.)	5
компьютер с дисплеем	2
Принтер	1
сетевое оборудование	1
Медицинское оборудование образовательного учреждения для реализации методик психологической разгрузки	
Комплект мягкой мебели (для обеспечения сеанса для 12-15 учащихся)	1-3
универсальный звуковоспроизводящий аппарат	1

Наименование Оборудования	Количество Единиц
(кассеты, диски и др.)	
видеоаппаратура (в компл.)	1
светомузыкальная система	1
комплект демонстрационных и обучающих материалов (аудио- и видеокассеты, CD, DVD, MP3 и др.)	1-3
комплект офисной мебели в соответствии с комплектом мягкой мебели, дизайном аудио-и видеоаппаратуры и др.	1
Медицинское оборудование образовательного учреждения для профилактики и коррекции нарушений зрения	
аппарат визуальной светоимпульсной стимуляции с биологической обратной связью	10
аппарат для квантовой терапии (сочетающий магнитотерапию, инфракрасное воздействие, лазерное воздействие и электронейростимуляцию) для детей с нарушениями зрения	1
вибромассажер	1
Медицинское оборудование образовательного учреждения для оздоровления детей с частыми заболеваниями органов дыхания	
аппарат УФО-терапии универсальный	8-10
ингалятор универсальный	8-10
небулайзер	8-10
аппарат для квантовой терапии (сочетающий магнитотерапию, инфракрасное воздействие, лазерное воздействие и электронейростимуляцию для часто болеющих детей с хроническим ринитом, хроническим аденоидитом, хроническим тонзиллитом, хроническим фарингитом)	2-3
аппарат электромагнитного излучения нетепловой интенсивности для лечения бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезни легких, затяжных бронхитов и ларингитов	2-3
Медицинское оборудование образовательного учреждения для снижения риска распространения заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем	
облучатель рециркулятор бактерицидный закрытого типа	8-10
Медицинское оборудование образовательного учреждения для фитотерапевтического кабинета	
плита электрическая (2 комф.)	2
посуда эмалированная (емк. 3 л.)	10
термос для приготовления отвара (3 л)	10
чашки 100 мл., фарфоровые	50
Медицинское оборудование образовательного учреждения для кабинетов физической разгрузки и коррекционной физкультуры	
свинг-машина	1
(поли) многофункциональный тренажер с перекладиной	1
тренажер – джимник	1
тренажер для укрепления мышц живота	1
тренажер для укрепления мышц спины	1
велотренажер	2
зеркало настенное(120х40 см)	5
коврик напольный	5

3. Оборудование и оснащение кабинет врача-стоматолога детского

№ п/п	Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария	Единица измерения	Кол-во
1.	Аппарат для диагностики кариеса фиссур	шт.	1
2.	Аппарат для заточки инструментов	шт.	1
3.	Базовый набор инструментов для осмотра	набор	20
4.	Биксы для стерильного материала	шт.	4
5.	Горелка (спиртовая, газовая, пьезо)	шт.	1
6.	Емкости для дезинфекции	шт.	5
7.	Емкости для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов	шт.	5
8.	Средства профилактики (фторсодержащие и кальцийфосфат-содержащие препараты)	шт.	2
9.	Набор для миогимнастики (вестибулярные пластинки, приспособления для нормализации функции дыхания, глотания)	шт.	2
10.	Наборы для проведения уроков гигиены(модели челюстей, плакаты, альбомы)	наборы	2
11.	Инструменты и материалы для пломбирования	набор	2
12.	Инструменты режущие (боры, полиры, финиры, головки фасонные и круги, диски сепарационные, фрезы, финишные боры, ножницы в ассортименте)	набор	2
13.	Инъектор карпульный	шт.	2
14.	Камера для хранения стерильных инструментов	шт.	1
15.	Компрессор (если установка не укомплектована)	шт.	1
16.	Кресло стоматологическое (если установка не укомплектована)	шт.	1
17.	Лампа бактерицидная	шт.	1
18.	Лампа для полимеризации	шт.	1
19.	Набор инструментов и медикаментов для снятия зубных отложений (химические средства, скейлеры, экскаваторы)	набор	2
20.	Набор реактивов для контроля дезинфекции и стерилизации	набор	1
21.	Наконечники стоматологические (прямой и угловой для микромотора, турбинный с фиброоптикой, турбинный без фиброоптики, эндодонтический)	набор	2
22.	Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных материалов по оказанию неотложной медицинской помощи*	набор	1
23.	Прибор для очистки и смазки наконечников	шт.	1
24.	Светильник стоматологический	шт.	1
25.	Стерилизатор гласперленовый	шт.	1
26.	Стерилизатор суховоздушный	шт.	1
27.	Столик для медикаментов	шт.	1
28.	Столик стоматологический	шт.	1
29.	Укладка для профилактики инфицирования медперсонала	набор	1

* Посиндромная укладка медикаментов и перевязочных материалов по оказанию неотложной медицинской помощи комплектуется по отдельным синдромам с описью и инструкцией по применению.

№ п/п	Наименование медицинской техники, оборудования и инструментария	Единица измерения	Кол-во
30.	Установка стоматологическая универсальная с микромотором и турбинным наконечником	шт.	1
31.	Шкаф для медикаментов и посиндромной укладки по оказанию неотложной медицинской помощи	шт.	1

Оснащение медпункта может быть изменено и дополнено при наличии разрешительных документов с учетом внедрения в практику современной медицинской техники, оборудования и инструментария, медицинских средств и оборудования.

Приложение 19

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации

Примерный перечень оборудования и инструментария **медицинского кабинета**

(В соответствии в СанПиНом 2.4.2.1178-02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях).

Письменный стол	1 - 2 шт
Стулья	4 - 6 шт
Ширма	1 шт
Кушетка	1 шт
Шкаф канцелярский	1 - 2 шт
Шкаф аптечный	1 шт
Медицинский столик со стеклянной крышкой:	
а) с набором прививочного инструментария	1 шт
б) со средствами для оказания неотложной помощи	1 шт
Холодильник (для вакцин и медикаментов)	1 шт
Умывальная раковина (умывальник)	1 шт.
Ведро с педальной крышкой	1 шт
Весы медицинские	1 шт
Ростомер	1 шт.
Спирометр	1 шт
Динамометр ручной	1 шт
Лампа настольная для офтальмологического и оториноларингологического обследования	1 шт.
Таблица для определения остроты зрения, помещенная в аппарат Ротта	1 шт.
Тонометр	1 шт
Фонендоскоп	2 шт
Бикс маленький	2 шт
Бикс большой	2 шт
Жгут резиновый	4 - 6 шт
Шприцы одноразовые с иглами	
2,0	10 шт.
5,0	10 шт.
10,0	5 шт
Пинцет	1 шт.
Термометр медицинский	20-25 шт
Ножницы	2 шт.
Грелка резиновая	1 - 2 шт.
Пузырь для льда	1 - 2 шт.
Лоток почкообразный	5 шт

Шпатель металлический	40 шт
Шины (Крамера, Дитерихса, пластмассовые, для верхних конечностей)	10 шт
Носилки	1 шт
Кварц тубусный	1 шт
Очки в детской оправе (Дрр 56 - 58 мм) с линзами в 1 дптр	1 шт
Полихроматические таблицы для исследования цветоощущения Е.Б.Рабкина	1 шт
Плантограф деревянный. (может быть изготовлен в мастерской для трудового обучения)	1 шт
Коврик (1м х 1,5 м)	1 шт.

Приложение 20

Показатели физического развития обучающихся

Систематическое наблюдение за ростом и развитием является важным звеном в системе контроля за состоянием здоровья учащихся.

Инструкция по оценке физического развития детей

Оценка физического развития детей проводится в сентябре и мае того же учебного года.

Ведущие параметры, отражающие состояние физического развития детей – длина и масса тела. Длина тела является признаком, характеризующим ростовые процессы, масса тела – развитие костно-мышечного аппарата, подкожно-жировой клетчатки, внутренних органов.

Длину тела измеряют при помощи деревянного ростомера. При измерении ростомером ребенок становится спиной к его вертикальной стойке, касаясь ее пятками, ягодицами и межлопаточной областью. Голова – в положении, при котором нижний край глазницы и верхний край козелка уха расположены в одной горизонтальной плоскости. Подвижную планку ростомера опускают до соприкосновения с головой ребенка без надавливания. Необходимо следить за тем, чтобы обследуемый ребенок не прислонялся затылком к вертикальной стойке ростомера и не запрокидывал голову.

Измерение длины тела проводится с точностью до 0,5 см.

Массу тела определяют при помощи взвешивания на медицинских весах различной модификации. Точность измерения до 100 г.

После выполнения исследований необходимо высчитать и записать в медицинскую карту возраст ребенка на момент обследования, для чего из даты проведения осмотра вычесть дату его рождения.

Существенно облегчает эту задачу приведенная ниже таблица (таблица 1). При использовании этой таблицы следует из года, когда производятся обследование, вычесть год рождения ребенка, а затем из полученного числа вычесть или к нему прибавить (см. знак) число месяцев, указанное на пересечении горизонтальной (месяц рождения) и вертикальной (месяц обследования) строк.

Возрастные группы формируются, как это принято в медицинской практике, когда, например, к 8-летним относят детей от 7 лет 6 мес. до 8 лет 5 мес. 29 дней, к 10-летним – от 9 лет 6 мес. до 10 лет 5 мес. 29 дней, и т.д.

Пример: ребенок родился 7.10.1996 г., обследовался 10.09.2008 г. Вычитая год его рождения из года обследования, получаем 12 лет; на пересечении горизонтальной (X месяц) и вертикальной (IX месяц) строк таблицы находим цифру «-1». Значит, до 12 лет недостает одного месяца – возраст ребенка на момент осмотра 11 лет 11 месяцев.

Таблица 1

Таблица определения календарного возраста подростка

Месяц рожд.	Месяц обследования											
	I	**II**	**III**	**IV**	**V**	**VI**	**VII**	**VIII**	**IX**	**X**	**XI**	**XII**
I	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10	+11
II	–1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10
III	–2	–1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9
IV	–3	–2	–1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8
V	–4	–3	–2	–1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7
VI	–5	–4	–3	–2	–1	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6
VII	–6	–5	–4	–3	–2	–1	0	+1	+2	+3	+4	+5
VIII	–7	–6	–5	–4	–3	–2	–1	0	+1	+2	+3	+4
IX	–8	–7	–6	–5	–4	–3	–2	–1	0	+1	+2	+3
X	–9	–8	–7	–6	–5	–4	–3	–2	–1	0	+1	+2
XI	–10	–9	–8	–7	–6	–5	–4	–3	–2	–1	0	+1
XII	–11	–10	–9	–8	–7	–6	–5	–4	–3	–2	–1	0

Среди школьников одного класса могут встречаться лица двух, а то и трех различных возрастов; и оценивать их физическое развитие нужно по разным возрастным нормативам – оценочным таблицам (таблицы 2- 14)

В основу оценочных таблиц положены соотношения основных антропометрических признаков – длины тела и его массы. Наиболее адекватной формой оценочных таблиц для мониторинга физического развития детей, как показал специально проведенный анализ, являются шкалы регрессии с научно обоснованным диапазоном «нормы», учитывающим разные типы телосложения.

Таблицы для индивидуальной оценки физического развития, разработанные методом регрессионного анализа в модификации НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ГУ НЦЗД РАМН, устанавливают в каждой возрастно-половой группе для конкретных вариантов длины тела (роста) подростков разных типов телосложения диапазон нормальных колебаний массы тела. Эти таблицы позволяют выявить отклонения за счет дефицита и избытка массы тела, а также формируют группу лиц низкого роста, у которых возможна общая задержка физического развития.

При оценке физического развития ребенка в соответствующей полу и возрасту таблице находят его рост, затем строго по горизонтальной строке – диапазон «нормы» массы тела для данного роста. В зависимости от того, попадет ли фактическое значение массы тела в этот диапазон, окажется ли ниже минимальной или максимальной его границы, оценивается физическое развитие ребенка.

Применение данных таблиц позволяет выделить следующие варианты физического развития: *нормальное* физическое развитие – масса тела в пределах нормальных вариантов; *дефицит массы тела* – масса тела меньше значений минимального предела «нормы» относительно роста; *избыток массы тела* – масса тела больше значений максимального предела «нормы» относительно роста; *низкий рост* – варианты роста меньше минимальных, указанных в таблице.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте у учащихся 6-18 лет

Таблица 2.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте у детей 6 лет

Варианты роста	Мальчики		Девочки	
	Рост (см)	Вес (кг)	Рост (см)	Вес (кг)
Ниже среднего	107 XX)	От 15,7 до 21,7	108 XX)	От 15,9 до 21,9
	108	От 16,1 до 22,1	109	От 16,3 до 22,3
	109	От 16,5 до 22,5	110	От 16,7 до 22,7
	110	От 16,8 до 22,8	112	От 17,1 до 23,1
	111	От 17,3 до 23,2	112	От 17,5 до 23,5
Средний	112	От 17,6 до 23,6	113	От 17,9 до 23,9
	113	От 18,0 до 24,0	114	От 18,3 до 24,3
	114	От 18,4 до 24,4	115	От 18,8 до 24,7
	115	От 18,8 до 24,8	116	От 19,1 до 25,1
	116	От 19,1 до 25,1	117	От 19,5 до 25,5
	117	От 19,5до 25,5	118	От 19,9 до 25,9
	118	От 19,9 до 25,9	119	От 20,3 до 26,3
	119	От 20,3 до 26,3	120	От 20,7 до 26,7
	120	От 20,7 до 26,7	121	От 21,1 до 27,1
	121	От 21,0 до 27,0	122	От 21,5 до 27,5
	122	От 21,4 до 27,4		
Выше среднего	123	От 21,8 до 27,8	123	От 21,9 до 27,9
	124	От 22,2 до 28,2	124	От 22,3 до 28,2
	125	От 22,6 до 28,6	125	От 22,7 до 28,7
	126	От 22,9 до 28,9	126	От 23,1 до 29,1
	127	От 23,3 до 29,3	127	От 23,5 до 29,5
Высокий	128	От 23,7 до 29,7	128	От 23,9до 29,9
	129	От 24,1 до 30,1	129	От 24,3 до 30,3
	130	От 24,5 до 30,5	130	От 24,7 до 30,7
	131	От 24,8 до 30,8	131	От 25,1 до 31,1
	132	От 25,2 до 31,2	132	От 25,5 до 31,5

Таблица 3.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса)при разном росте у детей 7 лет

Варианты роста	Мальчики		Девочки	
	Рост (см)	Вес (кг)	Рост (см)	Вес (кг)
Ниже среднего	112XX)	От 15,2 до 25,4	112XX)	От 15,8 до 25,8
	113	От 15,8 до 26,0	113	От 16,4 до 26,4
	114	От 16,4 до 26,6	114	От 17,0 до 27,0
	115	От 17,0 до 27,2	115	От 17,6 до 27,6
	116	От 17,6 до 27,8	116	От 18,1 до 28,1

Средний	117	От 18,1 до 28,3	117	От 18,7 до 28,7
	118	От 18,7 до 28,9	118	От 19,5 до 29,3
	119	От 19,3 до 29,5	119	От 19,8 до 29,8
	120	От 19,8 до 30,0	120	От 20,4 до 30,4
	121	От 20,4 до 30,6	121	От 21,0 до 31,0
	122	От 21,0 до 31,2	122	От 21,5 до 31,5
	123	От 21,5 до 31,7	123	От 22,1 до 32,1
	124	От 22,1 до 32,3	124	От 22,7 до 32,7
	125	От 22,7 до 32,9	125	От 23,3 до 33,3
	126	От 23,3 до 33,5	126	От 23,9 до 33,9
	127	От23,9 до 34,1	127	От 24,5 до 34,5
	128	От 24,5 до 34,7	128	От 25,1 до 35,1
Выше среднего	129	От 25,1 до 35,3	129	От 25,6 до 35,5
	130	От 25,7 до 35,9	130	От 26,2 до 36,2
	131	От 26,3 до 36,5	131	От 26,8 до 36,8
	132	От 26,9 до 37,1	132	От 27,4 до 37,4
	133	От 27,4 до 37,4	133	От 28,0 до 38,0
	134	От 28,0 до 38,2	134	От 28,5 до 38,5
Высокий	135	От 28,6 до 38,8	135	От 29,1 до 39,1
	135	От 29,2 до 39,4	136	От 29,7 до 39,7
	137	От 29,7 до 39,9	137	От 30,3 до 40,3
	138	От 30,3 до 40,5	138	От 30,9 до 40,9
	139	От 30,9 до 41,1	139	От 31,6 до 41,6

Таблица 4.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса)при разном росте*) у детей 8 лет (расчеты сделаны в 2006 г)

Варианты роста	**Мальчики**		**Девочки**	
	Рост (см)	**Вес (кг)**	**Рост (см)**	**Вес (кг)**
Ниже среднего	118	От 15,8 до 27,2	117	От 14,6 до 26,3
	119	От 16,5 до 27,9	118	От 15,2 до 26,9
	120	От 17,1 до 28,5	119	От 15,9 до 27,6
	121	От 17,7 до 29,1	120	От 16,5 до 28,2
	122	От 18,3 до 29,7	121	От 17,1 до 28,8
	123	От 19,0 до 30,40	122	От 17,7 до 29,4
Средний	124	От 19,6 до 31,0	123	От 18,3 до 30,0
	125	От 20,2 до 31,6	124	От 18,9 до 30,6
	126	От 20,8 до 32,2	125	От 19,6 до 31,3
	127	От 21,4 до 32,8	126	От 20,2 до 31,9
	128	От 22,1 до 33,5	127	От 20,8 до 32,5
	129	От 22,7 до 34,1	128	От 21,4 до 33,1
	130	От 23,3 до 34,7	129	От 22,1 до 33,8
	131	От 23,9 до 35,3	130	От 22,7 до 34,4
	132	От 24,5 до 35,9	131	От 23,3 до 35,0
	133	От 25,2 до 36,6	132	От 23,9 до 35,6
	134	От 25,8 до 37,2	133	От 24,5 до 36,2
	135	От 26,4 до 37,8	134	От 25,1 до 36,8
	136	От 27,0 до 38,4	135	От 25,8 до 37,5

Выше среднего	137	От 27,6 до 39,0	136	От 26,4 до 38,1
	138	От 28,3 до 39,7	137	От 27,0 до 38,7
	139	От 28,9 до 40,3	138	От 27,6 до 39,3
	140	От 29,5 до 40,9	139	От 28,3 до 40,0
	141	От 30,1 до 41,5	140	От 28,9 до 40,6
	142	От 30,7 до 42,1	141	От 29,5 до 41,2
Высокий	143	От 31,4 до 42,8	142	От 30,1 до 41,8
	144	От 32,0 до 43,4	143	От 30,7 до 42,4
	145	От 32,6 до 44,0	144	От 31,3 до 43,0
	146	От 33,2 до 44,6	145	От 32,0 до 43,7
	147	От 33,8 до 45,2	146	От 32,6 до 44,3
	148	От 34,5 до 45,9	147	От 33,2 до 44,9

Таблица 5.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте*) у детей 9 лет (расчеты сделаны в 2006 г)

Варианты роста	**Мальчики**		**Девочки**	
	Рост (см)	**Вес (кг)**	**Рост (см)**	**Вес (кг)**
Ниже среднего	122	От 21,8 до 34,7	122	От 21,3 до 34,5
	123	От 22,5 до 35,4	123	От 22,0 до 35,2
	124	От 23,2 до 36,1	124	От 22,6 до 35,8
	125	От 23,9 до 36,8	125	От 23,3 до 36,5
	126	От 24,6 до 37,5	126	От 23,9 до 37,1
	127	От 25,2 до 38,1	127	От 24,6 до 37,8
Средний	128	От 25,9 до 38,8	128	От 25,2 до 38,4
	129	От 26,6 до 39,5	129	От 25,9 до 39,1
	130	От 27,3 до 40,2	130	От 26,6 до 39,8
	131	От 28,0 до 40,9	131	От 27,2 до 40,4
	132	От 28,7 до 41,6	132	От 27,9 до 41,1
	133	От 29,3 до 42,2	133	От 28,5 до 41,7
	134	От 30,0 до 42,9	134	От 29,2 до 42,4
	135	От 30,7 до 43,6	135	От 29,8 до 43,0
	136	От 31,4 до 44,3	136	От 30,5 до 43,7
	137	От 32,1 до 45,0	137	От 31,1 до 44,3
	138	От 32,8 до 45,7	138	От 31,8 до 45,0
	139	От 33,4 до 46,3	139	От 32,4 до 45,6
	140	От 34,1 до 47,0	140	От 33,1 до 46,3
Выше среднего	141	От 34,8 до 47,7	141	От 33,7 до 46,9
	142	От 35,5 до 48,4	142	От 34,4 до 47,6
	143	От 36,2 до 49,1	143	От 35,1 до 48,3
	144	От 36,9 до 49,8	144	От 35,7 до 48,9
	145	От 37,5 до 50,4	145	От 36,4 до 49,6
	146	От 38,2 до 51,1	146	От 37,0 до 50,2
Высокий	147	От 38,9 до 51,8	147	От 37,7 до 50,9
	148	От 39,6 до 52,5	148	От 38,3 до 51,5
	149	От 40,3до 53,2	149	От 39,0 до 52,2
	150	От 41,0 до 53,9	150	От 39,6 до 52,8
	151	От 41,6 до 54,5	151	От 40,3 до 53,5
	152	От 42,3 до 55,2	152	От 40,9 до 54,1

Таблица 6.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте*) у детей 10 лет (расчеты сделаны в 2006 г.)

Варианты роста	Мальчики		Девочки	
	Рост (см)	**Вес (кг)**	**Рост (см)**	**Вес (кг)**
Ниже среднего	128	От 24,3 до 43,8	127	От 22,3 до 41,7
	129	От 25,3 до 44,8	128	От 23,6 до 42,5
	130	От 26,2 до 45,7	129	От 24,5 до 43,4
	131	От 27,1 до 46,6	130	От 25,4 до 44,3
	132	От 28,1 до 47,6	131	От 26,3 до 45,2
	133	От 29,0 до 48,5	132	От 27,2 до 46,1
			133	От 28,0 до 46,9
Средний	134	От 30,0 до 49,5	134	От 28,9 до 47,8
	135	От 30,9 до 50,4	135	От 29,8 до 48,7
	136	От 31,8 до 51,3	136	От 30,7 до 49,6
	137	От 32,8 до 52,3	137	От 31,6 до 50,5
	138	От 33,7 до 53,2	138	От 32,4 до 51,3
	139	От 34,7 до 54,2	139	От 33,3 до 52,2
	140	От 35,6 до 55,1	140	От 34,2 до 53,1
	141	От 36,5 до 56,0	141	От 35,1 до 54,0
	142	От 37,5 до 57,0	142	От 36,0 до 54,9
	143	От 38,4 до 57,9	143	От 36,8 до 55,7
	144	От 39,4 до 58,9	144	От 37,7 до 56,6
	145	От 40,3 до 59,8	145	От 38,6 до 57,5
	146	От 41,2 до 60,7	146	От 39,5 до 58,4
			147	От 40,4 до 59,3
Выше среднего	147	От 42,2 до 61,7	148	От 41,2 до 60,1
	148	От 43,1 до 62,6	149	От 42,1 до 61,0
	149	От 44,1 до 63,6	150	От 43,0 до 61,9
	150	От 45,0 до 64,5	151	От 43,9 до 62,8
	151	От 45,9 до 65,4	152	От 44,8 до 63,7
	152	От 46,9 до 66,4	153	От 45,6 до 64,5
	153	От 47,8 до 67,3		
Высокий	154	От 48,8 до 68,3	154	От 46,5 до 65,4
	155	От 49,7 до 69,2	155	От 47,4 до 66,3
	156	От 50,6 до 70,1	156	От 48,3 до 67,2
	157	От 51,6 до 71,1	157	От 49,2 до 68,1
	158	От 52,5 до 72,0	158	От 50,0 до 68,9
	159	От 53,5 до 73,0	159	От 50,9 до 69,8
			160	От 51,8 до 70,7

Таблица 7.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте*) у детей 11 лет

Варианты роста	Мальчики		Девочки	
	Рост (см)	**Вес (кг)**	**Рост (см)**	**Вес (кг)**
Ниже среднего	129XX)	От 22,1 до 35,4	130XX)	От 21,2 до 35,9
	130	От 22,8 до 36,1	131	От 22,9 до 36,7
	131	От 23,5 до 36,8	132	От 22,7 до 37,4
	132	От 24,2 до 37,5	133	От 23,5 до 38,2
	133	От 24,9 до 38,2	134	От 24,2 до 38,9
	134	От 25,6 до 39,0	135	От 25,0 до 39,7
	135	От 26,4 до 39,7	136	От 25,7 до 40,4
			137	От 26,5 до 41,2
Средний	136	От 27,1 до 40,4	138	От 27,2 до 41,9
	137	От 27,8 до 41,1	139	От 28,0 до 42,7
	138	От 28,5 до 41,8	140	От 28,7 до 43,4
	139	От 29,2 до 42,5	141	От 29,5 до 44,2
	140	От 29,9 до 43,3	142	От 30,2 до 44,9
	141	От 30,7 до 44,0	143	От 30,9 до 45,6
	142	От 31,4 до 44,7	144	От 31,7 до 46,4
	143	От 32,1 до 45,4	145	От 32,4 до 47,1
	144	От 32,8 до 46,1	146	От 33,2 до 47,9
	145	От 33,5 до 46,8	147	От 33,9 до 48,6
	146	От 34,2 до 47,5	148	От 34,7 до 49,4
	147	От 34,9 до 48,3	149	От 35,4 до 50,1
	148	От 35,7 до 49,0	150	От 36,2 до 50,9
	149	От 36,4 до 49,7	151	От 36,9 до 51,6
Выше среднего	150	От 37,1 до 50,4	152	От 37,7 до 52,4
	151	От 37,8 до 51,1	153	От 38,4 до 53,1
	52	От 38,5 до 51,8	154	От 39,2 до 53,9
	153	От 39,2 до 52,5	155	От 39,9 до 54,6
	154	От 39,9 до 53,3	156	От 40,6 до 55,3
	155	От 40,7 до 54,0	157	От 41,4 до 56,1
			158	От 42,1 до 56,8
			159	От 42,9 до 57,6
Высокий	156	От 41,4 до 54,7	160	От 43,6 до 58,3
	157	От 42,1 до 55,4	161	От 44,4 до 59,1
	158	От 42,8 до 56,1	162	От 45,1 до 59,8
	159	От 43,5 до 56,8	163	От 45,9 до 60,6
	160	От 44,2 до 57,5	164	От 46,6 до 61,3
	161	От 45,0 до 58,3	165	От 47,4 до 62,1

Таблица 8.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте*) у детей 12 лет

Варианты роста	Мальчики		Девочки	
	Рост (см)	**Вес (кг)**	**Рост (см)**	**Вес (кг)**
Ниже среднего	133XX)	От 23,5 до 39,2	135XX)	От 24,2 до 41,1
	134	От 24,3 до 40,0	136	От 25,0 до 41,9
	135	От 25,1 до 40,7	137	От 25,8 до 42,7
	136	От 25,8 до 41,5	138	От 26,6 до 43,5
	137	От 26,6 до 42,3	139	От 27,4 до 44,3
	138	От 27,4 до 43,0	140	От 28,2 до 45,1
	139	От 28,1 до 43,8	141	От 29,0 до 45,9
	140	От 28,9 до 44,6	142	От 29,8 до 46,7
			143	От 30,6 до 47,5
Средний	141	От 29,6 до 45,3	144	От 31,4 до 48,3
	142	От 30,4 до 46,1	145	От 32,2 до 49,1
	143	От 31,2 до 46,8	146	От 32,9 до 49,9
	144	От 31,9 до 47,6	147	От 33,7 до 50,7
	145	От 32,7 до 48,4	148	От 34,5 до 51,5
	146	От 33,4 до 49,1	149	От 35,3 до 52,3
	147	От 34,2 до 49,9	150	От 36,1 до 53,1
	148	От 35,0 до 50,6	151	От 36,9 до 53,9
	149	От 35,7 до 51,4	152	От 37,7 до 54,7
	150	От 36,5 до 52,2	153	От 38,5 до 55,5
	151	От 37,2 до 52,9	154	От 39,3 до 56,3
	152	От 38,0 до 53,7	155	От 40,1 до 57,1
	153	От 38,8 до 54,5	156	От 40,9 до 57,8
	154	От 39,5 до 55,2	157	От 41,7 до 58,6
	155	От 40,3 до 56,0	158	От 42,5 до 59,4
Выше среднего	156	От 41,1 до 56,7	159	От 43,3 до 60,2
	157	От 41,8 до 57,5	160	От 44,1 до 61,0
	158	От 42,6 до 58,3	161	От 44,9 до 61,8
	159	От 43,3 до 59,0	162	От 45,7 до 62,6
	160	От 44,1 до 59,8	163	От 46,5 до 63,4
	161	От 44,9 до 60,5	164	От 47,3 до 64,2
	162	От 45,6 до 61,3	165	От 48,1 до 65,0
Высокий	163	От 46,4 до 62,1	166	От 48,9 до 65,8
	164	От 47,1 до 62,8	167	От 49,6 до 66,6
	165	От 47,9 до 63,6	168	От 50,4 до 67,4
	166	От 48,7 до 64,4	169	От 51,2 до 68,2
	167	От 49,4 до 65,1	170	От 52,0 до 69,0
	168	От 50,2 до 65,9	171	От 52,8 до 69,8
			172	От 53,6 до 70,6

Таблица 9.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте[*]) у детей 13 лет

Варианты роста	Мальчики		Девочки	
	Рост (см)	**Вес (кг)**	**Рост (см)**	**Вес (кг)**
Ниже среднего	138[XX)]	От 25,7 до 42,2	143[XX)]	От 28,9 до 46,7
	139	От 26,5 до 43,1	144	От 29,8 до 47,7
	140	От 27,3 до 43,9	145	От 30,7 до 48,6
	141	От 28,1 до 44,7	146	От 31,6 до 49,5
	142	От 28,9 до 46,3	147	От 32,5 до 50,4
	143	От 29,8 до 46,3	148	От 33,5 до51,3
	144	От 30,6 до 47,2	149	От 34,4 до 52,3
	145	От 31,4 до 48,0	150	От 35,3 до 53,2
	146	От 32,2 до 48,8		
Средний	147	От 33,1 до 49,6	151	От 36,2 до 54,1
	148	От 33,9 до 50,5	152	От 37,2 до 55,0
	149	От 34,7 до 51,3	153	От 38,1 до 55,9
	150	От 35,5 до 52,1	154	От 39,0 до 56,9
	151	От 36,3 до 52,9	155	От 39,9 до 57,8
	152	От 37,2 до 53,7	156	От 40,8 до 58,7
	153	От 38,0 до 54,6	157	От 41,8 до 59,6
	154	От38,8 до 55,4	158	От 42,7 до 60,6
	155	От 39,6 до 56,2	159	От 43,6 до 61,5
	156	От 40,4 до 52,2	160	От 44,5 до 62,4
	157	От 41,3 до 57,8	161	От 45,4 до 63,3
	158	От 42,1 до 58,7	162	От 46,4 до 64,2
	159	От 42,9 до 59,5	163	От 47,3 до 65,2
	160	От 43,7 до 60,3		
	161	От 44,6 до 61,1		
	162	От 45,4 до 62,0		
	163	От 46,2 до 62,8		
Выше среднего	164	От 47,0 до 63,6	164	От 48,2 до 66,1
	165	От 47,8 до 64,4	165	От 49,1 до 67,0
	166	От 48,7 до 65,2	166	От 50,1 до 67,9
	167	От 49,5 до 66,1	167	От 51,0 до 68,9
	168	От 50,3 до 66,9	168	От 51,9 до 69,8
	169	От 51,1 до 67,7	169	От 52,8 до 70,7
	170	От 51,9 до 68,5	170	От 53,7 до 71,6
	171	От 52,8 до 69,3		
Высокий	172	От 53,6 до 70,2	171	От 54,7 до 72,5
	173	От 54,4 до 71,0	172	От 55,6 до 73,5
	174	От 55,2 до 71,8	173	От 56,5 до 74,4
	175	От 56,1 до 72,6	174	От 57,4 до 75,3
	176	От 56,9 до 73,5	175	От 58,4 до 76,2
	177	От 57,7 до 74,3	176	От 59,3 до 77,1
	178	От 58,5 до 75,1		
	179	От 59, 3 до 75,9		

Таблица 10.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте у подростков 14 лет

Варианты роста	Юноши		Девушки	
	рост (см)	вес (кг)	рост (см)	вес (кг)
Ниже среднего	145[XX)]	от 31,8 до 48,4	148[XX)]	от 34,2 до 52,2
	146	от 32,6 до 49,3	149	от 35,0 до 53,1
	147	от 33,4 до 50,1	150	от 36,0 до 54,1
	148	от 34,3 до 50,9	151	от 36,9 до 55,0
	149	от 35,1 до 51,8	152	от 37,9 до 56,0
	150	от 35,9 до 52,6	153	от 38,8 до 56,9
	151	от 36,8 до 53,4	154	от 39,8 до 57,9
	152	от 37,6 до 54,2		
	153	от 38,4 до 55,1		
	154	от 39,2 до 55,9		
Средний	155	от 40,1 до 56,7	155	от 40,7 до 58,8
	156	от 40,9 до 57,6	156	от 41,7 до 59,7
	157	от 41,7 до 58,4	157	от 42,6 до 60,7
	158	от 42,6 до 59,2	158	от 43,6 до 61,6
	159	от 43,4 до 60,0	159	от 44,5 до 62,6
	160	от 44,2 до 60,9	160	от 45,5 до 63,5
	161	от 45,0 до 61,7	161	от 46,4 до 64,5
	162	от 45,9 до 62,5	162	от 47,4 до 65,4
	163	от 46,7 до 63,3	163	от 48,3 до 66,4
	164	от 47,5 до 64,2	164	от 49,2 до 67,3
	165	от 48,3 до 65,0	165	от 50,2 до 68,3
	166	от 49,2 до 65,8	166	от 51,1 до 69,2
	167	от 50,0 до 66,7		
	168	от 50,8 до 67,5		
	169	от 51,7 до 68,3		
	170	от 52,5 до 69,1		
	171	от 53,3 до 70,0		
Выше среднего	172	от 54,1 до 70,8	167	от 52,1 до 70,2
	173	от 55,0 до 71,6	168	от 53,0 до 71,1
	174	от 55,8 до 72,5	169	от 54,0 до 72,1
	175	от 56,6 до 73,3	170	от 54,9 до 73,0
	176	от 57,5 до 74,1	171	от 55,9 до 74,0
	177	от 58,3 до 74,9	172	от 56,8 до 74,9
	178	от 59,1 до 75,8		
	179	от 59,9 до 76,6		
	180	от 60,8 до 77,4		
Высокий	181	от 61,6 до 78,3	173	от 57,8 до 75,8
	182	от 62,4 до 79,1	174	от 58,7 до 76,8
	183	от 63,3 до 79,9	175	от 59,7 до 77,7
	184	от 64,1 до 80,7	176	от 60,6 до 78,7
	185	от 64,9 до 81,6	177	от 61,6 до 79,6
	186	от 65,7 до 82,4		
	187	от 66,6 до 83,2		
	188	от 67,4 до 84,1		

Таблица 11.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте у подростков 15 лет

Варианты роста	Юноши		Девушки	
	длина тела, см	масса тела, кг	длина тела, см	масса тела, кг
Ниже среднего	157	от 42,9 до 64,8	151	от 40,6 до 60,7
	158	от 43,5 до 65,4	152	от 41,2 до 61,3
	159	от 44,2 до 66,1	153	от 41,8 до 61,9
	160	от 44,9 до 66,8	154	от 42,4 до 62,5
	161	от 45,5 до 67,4	155	от 42,9 до 63,0
	162	от 46,2 до 68,1	156	от 43,5 до 63,6
	163	от 46,9 до 68,8		
Средний	164	от 47,5 до 69,4	157	от 44,1 до 64,2
	165	от 48,1 до 70,0	158	от 44,7 до 64,8
	166	от 48,8 до 70,7	159	от 45,2 до 65,4
	167	от 49,5 до 71,4	160	от 45,8 до 65,9
	168	от 50,1 до 72,0	161	от 46,4 до 66,5
	169	от 50,8 до 72,7	162	от 47 0 до 67,1
	170	от 51,4 до 73,3	163	от 47,6 до 67,7
	171	от 52,1 до 74,0	164	от 48,2 до 68,2
	172	от 52,7 до 74,6	165	от 48,7 до 68,8
	173	от 53,4 до 75,3	166	от 49,3 до 69,4
	174	от 54,0 до 75,9	167	от 49,9 до 70,0
	175	от 54,7 до 76,6	168	от 50,5 до 70,6
	176	от 55,3 до 77,2	169	от 51,1 до 71,2
	177	от 56,0 до 77,9		
	178	от 56,7 до 78,6		
Выше среднего	179	от 57,3 до 79,2	170	от 51,6 до 71,7
	180	от 58,0 до 79,9	171	от 52,2 до 72,3
	181	от 58,6 до 80,5	172	от 52,8 до 72,9
	182	от 59,3 до 81,2	173	от 53,4 до 73,5
	183	от 59,9 до 81,8	174	от 54,0 до 74,0
	184	от 60,6 до 82,5	175	от 54,5 до 74,6
	185	от 61,3 до 83,2		
Высокий	186	от 61,9 до 83,8	176	от 55,1 до 75,2
	187	от 62,6 до 84,5	177	от 55,7 до 75,8
	188	от 63,3 до 85,2	178	от 56,3 до 76,4
	189	от 63,9 до 85,8	179	от 56,8 до 76,9
	190	от 64,5 до 86,4	180	от 57,4 до 77,5
	191	от 65,1 до 87,0	181	от 58,0 до 78,1
	192	от 65,8 до 87,7		

Таблица 12.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте у подростков 16 лет

Варианты роста	Юноши		Девушки	
	длина тела, см	масса тела, кг	длина тела, см	масса тела, кг
Ниже среднего	163	от 45,0 до 66,6	152	от 45,1 до 61,9
	164	от 45,9 до 67,5	153	от 45,5 до 62,3
	165	от 46,9 до 68,4	154	от 46,0 до 62,8
	166	от 47,8 до 69,4	155	от 46,5 до 63,3
	167	от 48,7 до 70,3	156	от 47,0 до 63,8
	168	от 49,7 до 71,3	157	от 47,5 до 64,3
	169	от 50,6 до 72,2		
Средний	170	от 51,5 до 73,1	158	от 47,9 до 64,7
	171	от 52,4 до 74,0	159	от 48,4 до 65,2
	172	от 53,3 до 74,9	160	от 48,9 до 65,7
	173	от 54,2 до 75,8	161	от 49,4 до 66,2
	174	от 55,2 до 76,8	162	от 49,9 до 66,7
	175	от 56,1 до 77,7	163	от 50,3 до 67,1
	176	от 57,0 до 78,6	164	от 50,8 до 67,6
	177	от 58,0 до 79,6	165	от 51,3 до 68,1
	178	от 58,9 до 80,5	166	от 51,8 до 68,6
	179	от 59,8 до 81,4	167	от 52,3 до 69,1
	180	от 60,7 до 82,3	168	от 52,7 до 69,5
	181	от 61,6 до 83,2	169	от 53,2 до 70,0
	182	от 62,6 до 84,2		
	183	от 63,6 до 85,1		
	184	от 64,4 до 86,0		
Выше среднего	185	от 65,3 до 86,9	170	от 53,7 до 70,5
	186	от 66,3 до 87,9	171	от 54,2 до 71,0
	187	от 67,2 до 88,8	172	от 54,7 до 71,5
	188	от 68,1 до 89,7	173	от 55,2 до 72,0
	189	от 69,0 до 90,6	174	от 55,6 до 72,4
	190	от 70,0 до 91,6		
	191	от 70,9 до 92,5		
Высокий	192	от 71,8 до 93,5	175	от 56,1 до 72,9
	193	от 72,7 до 94,3	176	от 56,6 до 73,4
	194	от 63,3 до 85,2	177	от 57,1 до 73,9
	195	от 63,9 до 85,8	178	от 57,6 до 74,4
	196	от 64,5 до 86,4	179	от 58,0 до 74.8
	197	от 65,1 до 87,0	180	от 58,5 до 75,3
	198	от 65,8 до 87,7		

Таблица 13.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте у подростков 17 лет

Варианты роста	Юноши		Девушки	
	длина тела, см	масса тела, кг	длина тела, см	масса тела, кг
Ниже среднего	164	от 46,7 до 71,6	151	от 40,6 до 62,2
	165	от 47,6 до 72,5	152	от 41,2 до 62,8
	166	от 48,5 до 73,4	153	от 41,9 до 63,5
	167	от 49,3 до 74,2	154	от 42,5 до 64,1
	168	от 50,2 до 75,1	155	от 43,2 до 64,8
	169	от 51,1 до 76,0	156	от 43,8 до 65,4
Средний	170	от 52,0 до 76,9	157	от 44,5 до 66,1
	171	от 52,8 до 77,7	158	от 45,1 до 66,7
	172	от 53,7 до 78,6	159	от 45,8 до 67,4
	173	от 54,6 до 79,5	160	от 46,4 до 68,0
	174	от 55,5 до 80,4	161	от 47,1 до 68,7
	175	от 56,3 до 81,2	162	от 47,7 до 69,3
	176	от 57,2 до 82,1	163	от 48,5 до 70,1
	177	от 58,1 до 83,0	164	от 49,0 до 70,6
	178	от 59,0 до 83,9	165	от 49,7 до 71,3
	179	от 59,8 до 84,7	166	от 50,3 до 71,9
	180	от 60,7 до 85,6	167	от 50,9 до 79,5
	181	от 61,6 до 86,5	168	от 51,6 до 73,5
	182	от 62,4 до 87,3	169	от 52,2 до 73,5
Выше среднего	183	от 63,3 до 88,2	170	от 52,9 до 74,5
	184	от 64,2 до 89,1	171	от 53,5 до 75,1
	185	от 65,1 до 90,0	172	от 54,2 до 75,8
	186	от 65,9 до 90,8	173	от 54,8 до 76,4
	187	от 66,8 до 91,7	174	от 55,5 до 77,1
	188	от 67,7 до 92,6	175	от 56,1 до 77,7
Высокий	189	от 68,5 до 93,4	176	от 56,8 до 78,4
	190	от 69,4 до 94,3	177	от 57,4 до 79,0
	191	от 70,3 до 95,2	178	от 58,1 до 79,7
	192	от 71,2 до 96,1	179	от 58,7 до 80,3
	193	от 72,0 до 96,9	180	от 59,4 до 81,0
	194	от 72,9 до 97,8	181	от 60,6 до 82,2

Таблица 14.

Границы нормальных вариантов массы тела (веса) при разном росте у подростков 18 лет

Варианты роста	Юноши		Девушки	
	длина тела, см	масса тела, кг	длина тела, см	масса тела, кг
Ниже среднего	164	от 46,8 до 70,8	151	от 43,1 до 64,4
	165	от 47,7 до 71,7	152	от 43,7 до 65,0
	166	от 48,5 до 72,5	153	от 44,3 до 65,6
	167	от 49,4 до 73,4	154	от 44,9 до 66,2
	168	от 50,3 до 74,3	155	от 45,5 до 66,8
	169	от 51,1 до 75,1	156	от 46,1 до 67,4
Средний	170	от 52,0 до 76,0	157	от 46,7 до 68,0
	171	от 52,8 до 76,8	158	от 47,3 до 68,6
	172	от 53,7 до 77,7	159	от 47,9 до 69,2
	173	от 54,5 до 78,5	160	от 48,5 до 69,8
	174	от 55,4 до 79,4	161	от 49,1 до 70,4
	175	от 56,2 до 80,2	162	от 49,7 до 71,0
	176	от 57,0 до 81,0	163	от 50,3 до 71,6
	177	от 57,9 до 81,9	164	от 50,9 до 72,2
	178	от 58,8 до 82,8	165	от 51,5 до 72,8
	179	от 59,6 до 83,6	166	от 52,1 до 73,4
	180	от 60,5 до 84,5	167	от 52,7 до 74,0
	181	от 61,3 до 85,3	168	от 53,3 до 74,6
	182	от 62,2 до 94,2	169	от 53,9 до 75,2
Выше среднего	183	от 63,1 до 87,1	170	от 54,5 до 75,8
	184	от 63,9 до 87,9	171	от 55,1 до 76,4
	185	от 64,9 до 88,8	172	от 55,7 до 77,0
	186	от 65,6 до 89,6	173	от 56,3 до 77,6
	187	от 66,5 до 90,5	174	от 56,9 до 78,2
	188	от 67,3 до 91,3	175	от 57,5 до 78,8
Высокий	189	от 68,2 до 92,2	176	от 58,1 до 79,4
	190	от 69,0 до 93,0	177	от 58,7 до 80,0
	191	от 69,9 до 93,9	178	от 59,3 до 80,6
	192	от 70,7 до 94,7	179	от 59,9 до 81,2
	193	от 71,6 до 95,6	180	от 60,5 до 81,8
	194	от 72,5 до 96,5	181	от 61,6 до 82,4

При проведении индивидуальной оценки медицинская сестра заполняет протокол оценки физического развития учащихся (таблица 15). 1-ый столбец протокола содержит порядковые номера детей, находящихся под наблюдением, по классам. Во 2-ой столбец протокола записываются фамилии и имена детей. По данным обследования детей в сентябре в 3-ем столбце, в строке против каждой фамилии ребенка, указывается оценка физического развития «нормальное физическое развитие» или «дефицит массы тела», «избыток массы тела», «низкий рост». По данным обследования детей в мае того же учебного года, в 4-ем столбце, в строке против каждой фамилии ребенка, также указывается оценка физического развития.

Таблица 15

Образец

Протокол оценки физического развития учащихся

Школа №_____город/село, субъект РФ_____

Класс_____

Дата заполнения_____(год, месяц, день)

№ п/п	**Фамилия, имя**	**Оценка физического развития по результатам обследования, проведенного в сентябре … учебного года**	**Оценка физического развития по результатам обследования, проведенного в мае … учебного года**
1.			
2.			
и т.д.			
Всего детей с отклонениями в физическом развитии			

Для оценки распределения учащихся на группы по отклонениям в физическом развитии заполняется соответствующий протокол «Частота отклонений в физическом развитии учащихся» (таблица 16). По каждому наблюдаемому классу подсчитывается раздельно абсолютное количество детей с дефицитом массы тела, избытком массы тела, низким ростом. Абсолютные данные заносятся в протокол (таблица 16). Для того чтобы получить относительные показатели в процентах необходимо абсолютные показатели разделить на количество обследованных детей и умножить на 100%. В нижней строке протокола в строке «ВСЕГО» записывается (в абсолютных и относительных показателях) суммарное количество детей, имеющих отклонения в физическом развитии – дефицит массы тела, избыток массы тела, низкий рост.

Таблица 16.

Протокол «Частота отклонений физического развития учащихся по данным обследования, проведенного в сентябре и мае… учебного года (%)»

Школа №_____город/село, субъект РФ_____

Класс_____

Дата заполнения_____(год, месяц, день)

n = ….

(n - число обследованных детей)

Отклонения в физическом развитии	Оценка физического развития, по результатам обследования, проведенного в сентябре …учебного года		Оценка физического развития, по результатам обследования, проведенного в мае… учебного года	
	Абсолютные показатели	Относительные показатели (%)	Абсолютные показатели	Относительные показатели (%)
Дефицит массы тела				
Избыток массы тела				
Низкий рост				
Всего				

Уменьшение относительных показателей в отчетном году по сравнению с показателями предыдущего учебного года свидетельствует об улучшении физического развития учащихся данного класса, увеличение относительных показателей свидетельствует об ухудшении физического развития.

Приложение 21

Анкетирование (по стандартизованной анкете) родителей учащихся младших классов и самостоятельное анкетирование учащихся средних и старших классов

Анкетирование проводится для выявления жалоб, отражающих наличие у обучающихся функциональных нарушений и хронических заболеваний органов пищеварения и дыхания; проявлений пищевой аллергии и анемии; а также с целью выявления расстройств центрального и вегетативного отделов нервной системы, органа зрения, опорно-двигательного аппарата, кожи и ее роговых образований (волос, ногтей); снижение иммунобиологических свойств организма.

Инструкция
по заполнению анкеты, обработке данных каждой анкеты и ведению протоколов оценки динамики состояния здоровья обучающихся в течение учебного года

Все обследования учащихся выполняются средним медицинским работником (медицинской сестрой, фельдшером) под руководством школьного врача.

Анкета (таблица 1) заполняется родителями детей младшего школьного возраста и учащимися средних и старших классов, находящимися под наблюдением, в начале сентября и, повторно, в конце мая того же учебного года.

Анкеты раздает детям медицинская сестра общеобразовательного учреждения. В этот же день медицинская сестра собирает анкеты, заполненные учащимися средних и старших классов, а через 2-3 дня собирает анкеты, заполненные родителями учащихся младших классов.

Каждой отмеченной в анкете жалобе или отклонению в состоянии здоровья присваивается 1 балл, внизу анкеты подсчитывается сумма баллов.

Далее медицинская сестра заполняет протокол для оценки динамики состояния здоровья обучающихся (таблица 2). 1-ый столбец протокола содержит порядковые номера детей, находящихся под наблюдением, по классам. Во 2-ой столбец протокола записываются фамилии и имена учащихся. В 3-ем столбце, в строке против каждой фамилии ребенка, указывается сумма баллов по анкете, заполненной в сентябре. В 4-ом столбце против каждой фамилии ребенка указывается сумма баллов по анкете, заполненной в мае того же учебного года. В 5-ый столбец по каждой строке вносится разница между суммой баллов по анкете, заполненной в сентябре, и суммой баллов по анкете, заполненной в мае.

Если в мае, по сравнению с сентябрем, количество баллов увеличилось, то разница указывается со знаком «+», если количество баллов уменьшилось, то разница указывается со знаком «–».

Затем оценивается распределение учащихся на группы по характеру динамики отклонений в состоянии здоровья, выявленных при анкетировании.

Всего выделяется 3 группы учащихся:

- первая группа - учащиеся с благоприятной динамикой состояния здоровья;
- вторая группа - учащиеся с неблагоприятной динамикой состояния здоровья;
- третья группа - учащиеся, у которых не отмечено существенной динамики в состоянии здоровья – показатели стабильны.

Ребенок, относится к группе с благоприятной динамикой в состоянии здоровья, если количество отмеченных жалоб уменьшилось в мае по сравнению с сентябрем, на 3 и более балла (– 3 и более балла).

Ребенок, относится к группе с неблагоприятной динамикой в состоянии здоровья, если количество отмеченных жалоб увеличилось в мае по сравнению с сентябрем, на 3 и более балла (+ 3 и более балла).

Ребенок, относится к группе детей с отсутствием динамики в состоянии здоровья, т.е. показатели практически стабильны, если количество отмеченных жалоб уменьшилось или увеличилось в мае по сравнению с сентябрем, не более, чем на 2 балла (± 0-2 балла).

Для оценки распределения учащихся на группы по характеру динамики отклонений в состоянии здоровья заполняется соответствующий протокол (таблица 2). По каждому наблюдаемому классу подсчитывается раздельно абсолютное количество учащихся с благоприятной динамикой, с неблагоприятной динамикой и отсутствием динамики. Абсолютные данные заносятся в протокол (таблица 3).

Для того, чтобы получить относительные показатели в процентах необходимо абсолютные показатели разделить на количество детей, ответивших на вопросы анкеты дважды – в сентябре и мае, и умножить на 100%. Дети, участвовавшие в анкетировании однократно в течение учебного года, из анализа данных за отчетный год исключаются.

Таблица 1.

Анкета
Для выявления жалоб, отражающих наличие у ребенка нарушений здоровья

Ребенок (ученик): Фамилия _____Имя_____
Дата рождения_____(год, месяц, день)
Школа №_____город/село, субъект РФ_____
Класс_____
Дата заполнения анкеты_____(год, месяц, день)

Уважаемые родители!

Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и постарайтесь максимально точно ответить на вопросы, отметив в правом столбце «галочкой» или «крестиком» те жалобы и нарушения здоровья, которые вы отмечали у ребенка.

Эти сведения необходимы врачу для оценки состояния здоровья Вашего ребенка и своевременного врачебного совета.

(Для учащихся средних и старших классов)
Уважаемый учащийся!

Внимательно ознакомьтесь с содержанием анкеты и постарайтесь максимально точно ответить на вопросы, отметив в правом столбце «галочкой» или «крестиком» те жалобы и нарушения здоровья, которые Вы у себя неоднократно отмечали. Эти сведения необходимы врачу для оценки состояния Вашего здоровья и своевременного врачебного совета.

Отмечали ли Вы в течение последнего месяца	
Боли в животе 1 раз в неделю и чаще в том числе:	
- перед школой	
- после приема пищи	
- натощак (до еды)	
- ночью	
Тошноту 1 раз в неделю и чаще	
Отрыжку 1 раз в неделю и чаще	
Горечь во рту 1 раз в неделю и чаще	
Изменение аппетита	
- ухудшение аппетита	
- избирательность аппетита (употребление только любимых блюд)	
- аппетит постоянно плохой	
- аппетит повышенный	

Нарушение стула 1 раз в неделю и чаще в том числе:	
- запоры	
-поносы	
Аллергические реакции на какую либо пищу в том числе:	
- сыпь, крапивницу	
- отеки лица, губ, языка	
- затрудненное дыхание	
Головные боли (чаще 1 раза в неделю) в том числе:	
- беспричинные	
- при волнении	
-после физической нагрузки	
- после посещения школы	
- утром	
- вечером, перед сном	
Слезливость (чаще 1 раза в неделю)	
Частые колебания настроения	
Страхи	
- в том числе страх посещения школы	
Слабость, утомляемость после занятий в школе	
Нарушения сна в том числе:	
- долгое засыпание	
- чуткий сон	
- трудное пробуждение по утрам	
- снохождение	
Повышенная потливость или появление красных пятен при волнении	
Головокружения, неустойчивость при перемене положения тела	
Обмороки, полуобморочные состояния	
Двигательная расторможенность (ребенок не может долго усидеть на месте)	
Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, облизывает губы, грызет ногти, сосет палец, часто мигает)	
Боли, неприятные ощущения в области сердца	
Сердцебиение, перебои	
Боли и/или ощущение тяжести в том числе:	
- в мышцах ног	
- в мышцах шеи и спины	
- в крупных суставах ног (тазобедренных, коленных, голеностопных)	
- в стопах	
Отмечали ли Вы в течение последнего года	
Появление кариозных зубов	
- одного - двух	
- трех - четырех	
- пяти и более	

Ухудшение состояния кожи и ее роговых образований (волос, ногтей) в том числе:	
- сухость и шелушение кожи	
- «заеды» (трещины) в углах губ	
- постоянные трещины на коже губ	
- усиление выпадения волос	
- ломкость и другие изменения ногтей	
Ухудшение зрения в сумерках	
Отмечали ли Вы в течение последнего года	
Частые простудные заболевания (4 и более раз в год)	
Часто насморк (4 и более раз в году)	
Часто кашель (4 и более раз в году)	
Часто потеря голоса (4 и более раз в году)	
ИТОГО (строка для медицинской сестры)	

Таблица 2.

Образец

Протокол для оценки динамики состояния здоровья детей и подростков по данным анкетирования в сентябре и мае одного учебного года

Школа №_____город/село, субъект РФ_____
Класс_____ Дата заполнения_____(год, месяц, день)

№ п/п	Фамилия и имя ребенка	Сумма баллов по анкете, заполненной в сентябре	Сумма баллов по анкете, заполненной в мае того же учебного года	Разница в сумма баллов между сентябрем и маем (с + или -)
1.				
2.				
и т.д.				

Таблица 3.

Протокол для оценки распределения учащихся на группы по характеру динамики отклонений в состоянии здоровья в течение учебного года (%)

Школа №_____город/село, субъект РФ_____
Класс_____Дата заполнения_____(год, месяц, день)

n =

(n -число детей, участвовавших в анкетировании дважды, в сентябре и мае)

Число детей, имеющих	Абсолютные показатели	Относительные показатели (%)
Благоприятную динамику показателей состояния здоровья		
Неблагоприятную динамику показателей состояния здоровья		
Стабильные показатели состояния здоровья		

Приложение 22

Показатели заболеваемости учащихся по количеству случаев и дней пропусков занятий по болезни

Данные показатели позволяют получить, в первую очередь, сведения о состоянии иммунной системы у большинства детей и подростков, а также будут отражать частоту встречаемости выраженных функциональных отклонений и обострений хронических заболеваний системы пищеварения, центральных и вегетативных отделов нервной системы, эндокринной системы и обмена веществ.

Инструкция по оценке показателей заболеваемости учащихся по пропускам занятий в течение учебного года

Оценка показателей заболеваемости учащихся проводится в конце учебного года:
- по показателю количества случаев заболеваний у детей, находящихся под наблюдением, за учебный год, т.е. с 1 сентября по 31 мая;
- по показателю количества дней, пропущенных детьми в связи с заболеваниями;
- по показателю средней продолжительности одного случая заболевания;
- по количеству детей, часто болеющих (4 и более раз в течение учебного года);
- по количеству детей, не болевших ни разу в течение учебного года («индекс здоровья»).

Оценку показателей заболеваемости проводит средний медицинский работник общеобразовательного учреждения. Для этого медицинский работник ведет соответствующий журнал регистрации всех пропусков детьми занятий по болезни.

В течение года регистрируются все случаи пропусков занятий учащимися по болезни и учитываются все пропущенные дни. Для полноты учета регистрируются не только справки, выданные детскими амбулаторно-поликлиническими учреждениями, но и записки от родителей. Администрация общеобразовательного учреждения на родительском собрании, которое рекомендуется провести в начале сентября, разъясняет родителям необходимость учета всех пропусков детьми занятий по болезни. В тех случаях, когда ребенок не обращался в поликлинику, но пропустил занятия в школе в течение одного или нескольких дней, родители должны написать записку и указать причину отсутствия учащегося, а также нарушения здоровья, которые они наблюдали у ребенка (например: насморк, головная боль, повышение температуры и проч.). Классные руководители должны тщательно собирать все справки из медицинских учреждений и записки от родителей и регулярно передавать их медсестре, с тем, чтобы она заносила сведения в журнал установленного образца и в индивидуальные Медицинские карты для образовательных учреждений (ф. 026/у-2000).

В конце учебного года медицинская сестра (фельдшер) заполняет протокол пропусков занятий учащимися по болезни для каждого класса отдельно (таблица 1). Далее по каждому классу подсчитывается сумма случаев и сумма дней, пропущенных детьми по болезни.

Таблица 1

Образец

Протокол регистрации пропусков занятий по болезни

Школа №_____город / село, субъект РФ_____

Класс_____

Дата заполнения_____(год, месяц, день)

№ п/п	Фамилия, имя	Количество случаев заболеваний	Количество дней пропущенных по болезни
1.			
2.			
и т.д.			
Всего			

Для анализа показателей заболеваемости в таблицу 2 в столбец «Абсолютное количество» заносится суммарное количество случаев и суммарное количество дней, пропущенных

учащимися по болезни. Для того чтобы вычислить относительные показатели, надо разделить абсолютные показатели на число учащихся в классе и умножить на 100. Для того чтобы вычислить среднюю продолжительность 1 случая необходимо суммарное количество дней разделить на суммарное количество случаев пропусков по болезни.

Таблица 2.

Протокол показателей заболеваемости детей

Школа №_____город / село, субъект РФ_____

Класс_____ Дата заполнения_____(год, месяц, день)

n=… чел. (в классе)

Показатели	Абс. количество	Отн. показатели на 100 детей
Количество случаев заболеваний в течение учебного года		
Количество дней заболеваний в течение учебного года		
Средняя продолжительность 1 случая (в днях)		
Количество детей, часто болеющих (4 раза и более раз в течение учебного года)		
Количество детей, не болевших ни разу в течение учебного года («индекс здоровья»)		

Затем по «Протоколу регистрации пропусков занятий по болезни» (таблица 1) определяют количество детей, имевших 4 и более случаев пропусков занятий по болезни. Такие дети относятся к группе «часто болеющих». Для того чтобы вычислить относительный показатель «часто болеющих» детей надо разделить абсолютное количество часто болеющих детей на число учащихся в классе и умножить на 100.

Затем по «Протоколу регистрации пропусков занятий по болезни» (таблица 1) определяют количество детей, не болевших ни разу в течение учебного года. Такой показатель называется «индекс здоровья». Для того чтобы вычислить «индекс здоровья» надо разделить абсолютное количество детей, не болевших ни разу в течение учебного года, на число учащихся в классе и умножить на 100.

Далее показатели заболеваемости наблюдаемых детей сравнивают со средними показателями, приводимыми в таблице 3.

Таблица 3.

Средние показатели заболеваемости учащихся (в расчете на 100 человек)

	1-2 классы	3-4 классы	5-11 классы
Количество случаев заболеваний в течение учебного года	90-95	75-80	65-74
Количество дней заболеваний в течение учебного года	730-760	400-450	350-390
Средняя продолжительность 1 случая	6-9 дней		
Количество детей, часто болеющих (4 раза и более раз в течение учебного года)	12-15	8-10	4-7
Количество детей, не болевших ни разу в течение учебного года («индекс здоровья»)	6-12	12-15	16-19

Более высокие относительные показатели случаев, дней пропусков занятий по болезни и численности часто болеющих детей, а также большая средняя продолжительность 1 случая, по сравнению с данными, приводимыми в таблице 3, свидетельствует о более высокой заболеваемости наблюдаемого контингента, т.е. о неблагоприятных тенденциях в состоянии здоровья учащихся.

Более низкие относительные показатели и меньшая средняя продолжительность 1 случая по сравнению с данными, приводимыми в таблице 3, свидетельствует о более низкой заболеваемости наблюдаемого контингента, т.е. о благоприятных тенденциях в состоянии здоровья учащихся.

Приложение 23

Оценка физической подготовленности учащихся

Оценка физической подготовленности учащихся общеобразовательных школ проводится по результатам выполнения единых тестовых заданий в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 916 от 29.12.01 «Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи»

Инструкция
по оценке физической подготовленности учащихся

Оценка физической подготовленности учащихся общеобразовательных школ проводится по результатам выполнения тестовых заданий, перечисленных в таблице 1. Оценка физической подготовленности основана на Методических рекомендациях «Единые требования к проведению общероссийского мониторинга физического развития и физической подготовленности учащихся общеобразовательных школ» (2002), разработанные Всероссийским НИИ физической культуры и Центром организационно-методического обеспечения физического воспитания Комитета образования Правительства Москвы.

Тестированию обязательно должны предшествовать разминка для подготовки организма ребенка к предстоящим упражнениям и предварительная общефизическая подготовка. Для этого в подготовительной части урока выполняется разминка с включением в нее упражнений, сходных по структуре с тестовыми упражнениями.

Тестирование проходят учащиеся, допущенные врачом по состоянию здоровья. Тестирование может проводить преподаватель физкультуры, анализ результатов – преподаватель физкультуры совместно с медицинским работником.

Таблица 1.

Перечень тестовых упражнений

Возраст, лет	**Тесты**	
	Мальчики, юноши	**Девочки, девушки**
7-18	Бег 30 м Бег 1000 м (для учащихся 11-18 лет) Подтягивания на перекладине Прыжок в длину с места	Бег 30 м Бег 1000 м (для учащихся 11-18 лет) Подъем туловища в сед за 30 секунд Прыжок в длину с места

Тестирование

1. Тест «Бег на 30 метров с высокого старта» - позволяет оценить быстроту и скорость движений. На прямой ровной дорожке длиной не менее 40 метров обозначают линию старта и через 30 метров линию финиша. За линией финиша на расстоянии 5-6 метров ставят яркий флажок или другой ориентир. Тестируемому дается задание пробежать всю дистанцию, не замедляя движения, с максимально возможной скоростью. Рекомендуется проводить забеги

парами. Преподаватель с секундомером становится сбоку на линии финиша, его помощник с флажком – у стартовой линии и помогает преподавателю в организации забегов. Точность измерения – до 0,1 сек. Для большей точности преподаватель может пользоваться двумя секундомерами. Участникам дается 1 попытка.

2. Тест «Бег на 1000 метров», только для учащихся 11-18 лет - позволяет оценить общую и скоростную выносливость. Проводится на стадионе или ровной грунтовой дорожке после предварительной разминки в присутствии медицинского персонала (обязательно наличие медицинской аптечки). Время измеряется с точностью до 0,1 сек. Беговую дистанцию размечают таким образом, чтобы участники могли легко ориентироваться и не изменили маршрута во время забега. Рекомендуется проводить забеги группами по 3-5 человек. Участникам дается 1 попытка.

3. Тест «Подтягивание на перекладине» - позволяет оценить силу и силовую выносливость мышц верхнего плечевого пояса мальчиков с 7 лет и юношей. В висе на перекладине с прямыми руками тестируемый должен выполнить максимально возможное число подтягиваний. Подтягивание считается выполненным правильно, когда руки разгибаются полностью, ноги не сгибаются в коленных суставах, движения без рывков и махов. Неправильно выполненные подтягивания не засчитываются. Участникам дается 2 попытки. В зачет идет лучший результат.

4. Тест «Подъем туловища в сед за 30 секунд» - позволяет оценить скоростно-силовую выносливость мышц сгибателей туловища у девочек и девушек. Из исходного положения (И.П.) лежа на спине, ноги согнуты в коленных суставах строго под углом 90º, стопы на ширине плеч, руки за головой, локти разведены в стороны, касаются пола, партнер прижимает ступни к полу.

По команде «Марш!» участница выполняет за 30 секунд максимально возможное число подъемов туловища, сгибаясь до касания локтями бедер и возвращаясь обратным движением в И.П., разводя локти в стороны до касания пола лопатками, локтями и затылком. Упражнение выполняется на гимнастическом мате или ковре. Для безопасности под голову кладут невысокую (не выше 10 см) подушечку или свернутую в валик мягкую ткань.

Участник, опуская тело в И.П., должен касаться пола последовательно сначала лопатками, затем затылков, потом локтями. Таким образом, в заключительной фазе, тело участницы должно прийти в И.П., т.е. касаться пола одновременно тремя частями тела: лопатками, затылком и локтями. Неправильное выполнение: отсутствие полного касания пола тремя частями тела – лопатками, затылком и локтями. Участникам дается 1 попытка.

5. Тест «Прыжок в длину с места» - позволяет оценить динамическую силу мышц нижних конечностей. Из исходного положения стоя, стопы слегка врозь, носки стоп на одной линии со стартовой чертой, выполняется прыжок вперед с места на максимально возможное расстояние. При этом участник предварительно сгибает ноги, отводит руки назад, наклоняет вперед туловище, смещая вперед центр тяжести тела и с махом рук вперед и толчком двух ног выполняет прыжок. Тест необходимо проводить на мате или мягком грунтовом покрытии (можно использовать яму с песком). Участникам дается 2 попытки. В зачет идет лучший результат.

Оценка физической подготовленности обучающихся

В основу оценки физической подготовленности учащихся положена комбинированная процентная шкала многоуровневой градации. Эта шкала накладывается на традиционную 5-уровневую шкалу оценок: высокому уровню соответствует значение шкалы, равное 100%, среднему – 70%, низкому уровню – 50%. Для сравнимости результатов шкала позволяет интерпретировать расчетные данные в общепринятой 5-уровневой системе оценок (Таблица 2).

Таблица 2.

Структура оценочной шкалы

Уровень физической подготовленности					**Оценка уровня:**
Высокий	Выше среднего	Средний	Ниже среднего	Низкий	Качественная
100% и выше	85-99%	70-84%	51-69%	50% и ниже	Процентная
5 баллов	4 балла	3 балла	2 балла	1 балл	Балльная
Базовый оптимальный уровень (тест выполнен)			Дефицит развития качеств (тест не выполнен)		

В основу оценочной шкалы положены данные пилотных тестирований, обработанные общепринятыми методами математической статистики с нахождением основных параметров и оценкой их с учетом закона нормального распределения по стандартным отклонениям.

Результаты, лежащие в диапазоне от 70% до 100% должного возрастно-полового уровня ребенка, составляют по шкале оценок базовый уровень (образовательный минимум). Учащиеся с развитием качеств выше 100% могут рассматриваться как «одаренные». Им следует рекомендовать занятия в спортивных кружках и секциях (группа спортивного отбора).

Оценка результатов тестирования может проводиться с использованием «Таблиц оценок физической подготовленности учащихся 7-18 лет» .

Для оценки распределения учащихся на группы по уровням физической подготовленности заполняется соответствующий протокол (таблица 3). По каждому наблюдаемому классу подсчитывается раздельно абсолютное количество детей с разными уровнями физической подготовленности: высокий, выше среднего, средний, ниже среднего, низкий. Абсолютные данные заносятся в протокол (таблица 3).

Для того чтобы получить относительные показатели в процентах необходимо абсолютные показатели разделить на количество детей в классе, полностью прошедших тестирование, и умножить на 100%.

Таблица 3.

Протокол для оценки распределения учащихся на группы по уровням физической подготовленности (%)

Школа №_____город/село, субъект РФ_____
Класс_____Дата заполнения_____(год, месяц, день)

n =…

(n -число детей, прошедших полностью тестирование)

Уровни физической подготовленности	**Абсолютные показатели**	**Относительные показатели (%)**
Высокий, выполнение тестов на 100% и выше, 5 баллов		
Выше среднего, выполнение тестов на 85 - 99%, 4 балла		
Средний, выполнение тестов на 70-84%, 3 балла		
Ниже среднего, выполнение тестов на 51-69%, 2 балла		
Низкий, выполнение тестов на 50% и ниже, 1 балл		

Увеличения относительного количества детей с «высоким» и «выше среднего» уровнями физической подготовленности свидетельствует о благоприятных тенденциях в состоянии здоровья обучающихся, их полноценном питании и о хорошо поставленной физкультурно-оздоровительной работе.

Таблицы оценок физической подготовленности детей и подростков 6-18 лет
Мальчики, юноши

Таблица 4.

Тест № 1. Бег на 30 м, сек

Возраст, лет и месяцев	**Уровень физической подготовленности**				
	высокий	**выше среднего**	**средний**	**ниже среднего**	**Низкий**
	100% и выше	**85-99%**	**70-84%**	**51-69%**	**50% и ниже**
	5 баллов	**4 балла**	**3 балла**	**2 балла**	**1 балл**
6,0-6,5	6.4 и ниже	6.5-6.9	7.0-7.5	7.6-8.3	8.4 и выше
6,6-6,11	6.1 и ниже	6.2-6.7	6.8-7.3	7.4-8.0	8.1 и выше
7,0-7,5	5.6 и ниже	5.7-6.1	6.2-6.7	6.8-7.4	7.5 и выше
7,6-7,11	5.5 и ниже	5.6-6.0	6.1-6.6	6.7-7.3	7.4 и выше
8,0-8,5	5.4 и ниже	5.5-5.8	5.9-6.3	6.4-7.0	7.1 и выше
8,6-8,11	5.3 и ниже	5.4-5.8	5.9-6.3	6.4-6.9	7.0 и выше
9,0-9,5	5.1 и ниже	5.2-5.6	5.7-6.1	6.2-6.7	6.8 и выше
9,6-9,11	5.1 и ниже	5.2-5.5	5.6-6.0	6.1-6.6	6.7 и выше
10,0-10,5	5.0 и ниже	5.1-5.4	5.5-5.9	6.0-6.5	6.6 и выше
10,6-10,11	5.0 и ниже	5.1-5.4	5.5-5.8	5.9-6.4	6.5 и выше
11,0-11,5	5.0 и ниже	5.1-5.3	5.4-5.7	5.8-6.2	6.3 и выше
11,6-11,11	5.0 и ниже	5.1-5.3	5.4-5.6	5.7-6.1	6.2 и выше
12,0-12,5	4.9 и ниже	5.0-5.2	5.3-5.5	5.6-5.9	6.0 и выше
12,6-12,11	4.9 и ниже	5.0-5.2	5.3-5.5	5.6-5.9	6.0 и выше
13,0-13,5	4.8 и ниже	4.9-5.1	5.2-5.4	5.5-5.8	5.9 и выше
13,6-13,11	4.8 и ниже	4.9-5.1	5.2-5.4	5.5-5.8	5.9 и выше
14,0-14,5	4.7 и ниже	4.9-5.2	5.3-5.5	5.6-6.0	5.8 и выше
14,6-14,11	4.6 и ниже	4.7-4.9	5.0-5.2	5.3-5.6	5.7 и выше
15,0-15,5	4.5 и ниже	4.6-4.7	4.8-5.0	5.1-5.4	5.5 и выше
15,6-15,11	4.5 и ниже	4.6-4.7	4.8-4.9	5.0-5.3	5.4 и выше
16,0-16,5	4.4 и ниже	4.5-4.6	4.7-4.8	4.9-5.1	5.2 и выше
16,6-16,11	4.4 и ниже	4.5-4.6	4.7-4.8	4.9-5.1	5.2 и выше
17,0-17,5	4.3 и ниже	4.4-4.5	4.6-4.7	4.8-5.0	5.1 и выше
17,6-17,11	4.3 и ниже	4.4-4.5	4.6-4.7	4.8-5.0	5.1 и выше

18,0-18,5	4.2 и ниже	4.3-4.4	4.5-4.6	4.7-4.9	5.0 и выше
18,6-18,11	4.2 и ниже	4.3-4.4	4.5-4.6	4.7-4.9	5.0 и выше

Таблица 5.

Тест №2. Бег на 1000 м, мин и сек

Возраст, лет и месяцев	**Уровень физической подготовленности**				
	высокий	**выше среднего**	**средний**	**ниже среднего**	**Низкий**
	100% и выше	**85-99%**	**70-84%**	**51-69%**	**50% и ниже**
	5 баллов	**4 балла**	**3 балла**	**2 балла**	**1 балл**
11,0-11,5	4,50 и ниже	4,51-5,23	5,24-5,56	5,57-6,40	6,41 и выше
11,6-11,11	4,40 и ниже	4,41-5,13	5,14-5,46	5,47-6,30	6,31 и выше
12,0 -12,5	4,35 и ниже	4,36-5,08	5,09-5,41	5,42-6,25	6,26 и выше
12,6 -12,11	4,25 и ниже	4,26-4,58	4,59-5,31	5,32-6,15	6,16 и выше
13,0-13,5	4,20 и ниже	4,21-4,53	4,54-5,26	5,27-6,10	6,11 и выше
13,6 -13,11	4,10 и ниже	4,11-4,43	4,44-5,16	5,17-6,00	6,01 и выше
14,0-14,5	4,05 и ниже	4,06-4,38	4,39-5,11	5,12-5,55	5,56 и выше
14,6-14,11	4,00 и ниже	4,01-4,33	4,34-5,06	5,07-5,50	5,51 и выше
15,0 -15,5	3,55 и ниже	3,56-4,28	4,29-5,01	5,02-5,45	5,46 и выше
15,6 -15,11	3,50 и ниже	3,51-4,23	4,24-4,56	4,57-5,40	5,41 и выше
16,0 -16,5	3,45 и ниже	3,46-4,18	4,19-4,51	4,52-5,35	5,36 и выше
16,6 - 16,11	3,40 и ниже	3,41-4,13	4,14-4,46	4,47-5,30	5,31 и выше
17,0-17,5	3,35 и ниже	3,36-4,08	4,09-4,41	4,42-5,25	5,26 и выше
17,6 - 17,11	3,30 и ниже	3,31-4,03	4,04-4,36	4,37-5,20	5,21 и выше
18,0-18,5	3,30 и ниже	3,31-4,03	4,04-4,36	4,37-5,20	5,21 и выше
18,6 -18,11	3,30 и ниже	3,31-4,03	4,04-4,36	4,37-5,20	5,21 и выше

Таблица 6.

Тест № 3. Подтягивания на перекладине, раз

Возраст, лет и месяцев	**Уровень физической подготовленности**				
	высокий	**выше среднего**	**средний**	**ниже среднего**	**низкий**
	100% и выше	**85-99%**	**70-84%**	**51-69%**	**50% и ниже**
	5 баллов	**4 баллов**	**3 баллов**	**2 баллов**	**7 балла**
6,0 - 6,5	3 и выше	*2*	1,5	1	0
6,6 - 6,11	4 и выше	3	2	1	0,5 и ниже
7,0 - 7,5	4 и выше	3	2	1,5	1 и ниже
7,6 - 7.11	5 и выше	4	3	2	1 и ниже
8,0 - 8,5	5 и выше	4	3	2	1 и ниже
8,6 - 8,11	6 и выше	5	3-4	2	1 и ниже
9,0 - 9,5	6 и выше	5	4	2-3	1 и ниже
9,6 -9,11	7 и выше	5-6	4	2-3	1 и ниже
10,0 - 10,5	7 и выше	6	4-5	2-3	1 и ниже
10,6 - 10,11	8 и выше	6-7	5	2-4	1 и ниже
11 ,0 - 11 ,5	8 и выше	7	5-6	2-4	1 и ниже
11,6-11,11	8 и выше	7	5-6	2-4	1 и ниже
12,0-12,5	9 и выше	7-8	5-6	2-4	1 и ниже
12,6 – 12,11	9 и выше	8	6-7	3-5	2 и ниже
1 3 ,0 - 1 3 ,5	10 и выше	8-9	6-7	3-5	2 и ниже
13,6 – 13.11	10 и выше	9	6-8	3-5	2 и ниже
14,0-14,5	11 и выше	9-10	7-8	4-6	3 и ниже
14,6 – 14,11	11 и выше	10	8-9	4-7	3 и ниже
15,0 – 15,5	12 и выше	10-11	8-9	5-7	4 и ниже
15,6 – 15,11	12 и выше	10-11	8-9	5-7	4 и ниже
16,0 – 16,5	12 и выше	10-11	9	5-8	4 и ниже
16,6 – 16,11	12 и выше	10-11	9	6-8	5 и ниже
1 7 .0 - 1 7 .5	13 и выше	11-12	9-10	6-8	5 и ниже
17,6 – 17.11	13 и выше	11-12	9-10	6-8	5 и ниже
18,0-18,5	1 3 и выше	12	10-11	7-9	6 и ниже
18,6 – 18,11	14 и выше	12-13	10-11	7-9	6 и ниже

Таблица 7.

Тест № 4. Прыжок в длину с места, см

Возраст, лет и месяцев	**Уровень физической подготовленности**				
	высокий	**выше среднего**	**средний**	**ниже среднего**	**Низкий**
	100% и выше	**85-99%**	**70-84%**	**51-69%**	**50% и ниже**
	5 баллов	**4 баллов**	**3 баллов**	**2 баллов**	**1 балла**
6,0 - 6,5	122 и выше	109-121	96-108	80-95	79 и ниже
6,6 - 6,11	128 и выше	115-127	102-114	86-101	85 и ниже
7,0 - 7,5	130 и выше	117-129	104-116	88-103	87 и ниже
7,6 - 7,11	140 и выше	127-139	114-126	98-113	97 и ниже
8,0 - 8,5	145 и выше	132-144	119-131	103-118	102 и ниже
8,6 - 8,11	155 и выше	142-154	129-141	113-128	112 и ниже
9,0 - 9,5	158 и выше	145-157	132-144	116-131	115 и ниже
9,6 - 9,11	162 и выше	149-161	136-148	120-135	119 и ниже
10,0 - 10,5	166 и выше	153-165	141-152	124-139	123 и ниже
10,6 - 10,11	175 и выше	162-174	150-161	133-148	132 и ниже
11,0 - 11,5	177 и выше	164-176	152-163	135-150	134 и ниже
11,6 - 11,11	184 и выше	171-183	159-170	142-157	141 и ниже
12,0 - 12,5	187 и выше	174-186	162-173	145-160	144 и ниже
12,6 - 12,11	193 и выше	180-192	168-179	151-166	150 и ниже
13,0 - 13,5	198 и выше	185-197	173-184	156-171	155 и ниже
13,6 - 13,11	205 и выше	192-204	180-191	163-178	162 и ниже
14,0 - 14,5	208 и выше	195-207	183-194	166-181	165 и ниже
14,6 - 14,11	214 и выше	201-213	189-200	172-187	171 и ниже
15,0 - 15,5	217 и выше	204-216	192-203	175-190	174 и ниже
15,6 - 15,11	225 и выше	212-224	200-211	183-198	182 и ниже
16,0 - 16,5	228 и выше	215-227	203-214	186-201	185 и ниже
16,6 - 16,11	234 и выше	221-233	209-220	192-207	191 и ниже
17,0 - 17,5	238 и выше	225-237	213-224	196-211	195 и ниже
17,6 - 17,11	240 и выше	229-239	217-228	201-216	200 и ниже
18,0 - 18,5	242 и выше	231-241	219-230	203-218	202 и ниже
18,6 - 18,11	245 и выше	234-244	222-233	206-221	205 и ниже

Девочки, девушки

Таблица 8.

Тест № 1. Бег на 30 м, сек

Возраст, лет и месяцев	**Уровень физической подготовленности**				
	высокий	**выше среднего**	**средний**	**ниже среднего**	**низкий**
	100 % и выше	**85-99 %**	**70-84 %**	**51-69 %**	**50 % и ниже**
	5 баллов	**4 балла**	**3 балла**	**2 балла**	**1 балл**
6,0-6,5	6.8 и ниже	6.9-7.3	7.4-7.9	8.0-8.7	8.8 и выше
6,6-6,11	6.5 и ниже	6.6-7.0	7.1-7.5	7.6-8.3	8.4 и выше
7,0-7,5	6.0 и ниже	6.1-6.5	6.6-7.0	7.1-7.7	7.8 и выше
7,6-7,11	5.8 и ниже	5.9-6.3	6.4-6.7	6.8-7.5	7.6 и выше
8,0-8,5	5.6 и ниже	5.7-6.0	6.1-6.5	6.6-7.2	7.3 и выше
8,6-8,11	5.5 и ниже	5.6-5.9	6.0-6.4	6.5-7.1	7.2 и выше
9,0-9,5	5.3 и ниже	5.4-5.8	5.9-6.3	6.4-6.9	7.0 и выше
9,6-9,11	5.3 и ниже	5.4-5.7	5.8-6.2	6.3-6.8	6.9 и выше
10,0-10,5	5.2 и ниже	5.3-5.6	5.7-6.0	6.1-6.5	6.6 и выше
10,6-10,11	5.2 и ниже	5.3-5.6	5.7-6.0	6.1-6.5	6.6 и выше
11,0-11,5	5.1 и ниже	5.2-5.4	5.5-5.8	5.9-6.3	6.4 и выше
11,6-11,11	5.1 и ниже	5.2-5.4	5.5-5.7	5.8-6.2	6.3 и выше
12,0-12,5	5.0 и ниже	5.1-5.3	5.4-5.6	5.7-6.1	6.2 и выше
12,6-12,11	5.0 и ниже	5.1-5.3	5.4-5.6	5.7-6.1	6.2 и выше
13,0-13,5	5.0 и ниже	5.1-5.3	5.4-5.6	5.7-6.1	6.2 и выше
13,6-13,11	5.0 и ниже	5.1-5.3	5.4-5.6	5.7-6.0	6.1 и выше
14,0-14,5	4.9 и ниже	5.0-5.2	5.3-5.5	5.6-6.0	6.1 и выше
14,6-14,11	4.9 и ниже	5.0-5.2	5.3-5.5	5.6-6.0	6.1 и выше
15,0-15,5	4.9 и ниже	5.0-5.2	5.3-5.5	5.6-6.0	6.1 и выше
15,6-15,11	4.9 и ниже	5.0-5.2	5.3-5.5	5.6-6.0	6.1 и выше
16,0-16,5	4.8 и ниже	4.9-5.1	5.2-5.4	5.5-6.0	6.1 и выше
16,6-16,11	4.8 и ниже	4.9-5.1	5.2-5.4	5.5-6.0	6.1 и выше
17,0-17,5	4.8 и ниже	4.9-5.1	5.2-5.4	5.5-6.0	6.1 и выше
17,6-17,11	4.8 и ниже	4.9-5.1	5.2-5.4	5.5-6.0	6.1 и выше
18,0-18,5	4.7 и ниже	4.8-5.0	5.1-5.4	5.5-5.9	6.0 и выше
18,6-18,11	4.8 и ниже	4.9-5.1	5.2-5.4	5.5-6.0	6.1 и выше

Таблица 9.

Тест № 2. Бег на 1000 м, мин и сек

Возраст, лет и месяцев	**Уровень физической подготовленности**				
	высокий	**выше среднего**	**средний**	**ниже среднего**	**Низкий**
	100% и выше	**85-99%**	**70-84%**	**51-69%**	**50% и ниже**
	5 баллов	**4 балла**	**3 балла**	**2 балла**	**1 балл**
11,0-11,5	5,24 и ниже	5,25-5,57	5,58-6,30	6,31-7,14	7,15 и выше
11,6-11,11	5,17 и ниже	5,18-5,50	5,51-6,23	6,24-7,07	7,08 и выше
12,0-12,5	5,14 и ниже	5,15-5,47	5,48-6,20	6,21-7,04	7,05 и выше
12,6-12,11	5,08 и ниже	5,09-5,41	5,42-6,14	6,15-6,58	6,59 и выше
13,0-13,5	5,03 и ниже	5,04-5,36	5,37-6,09	6,08-6,53	6,54 и выше
13,6-13,11	4,56 и ниже	4,57-5,29	5,30-6,02	6,03-6,46	6,47 и выше
14,0-14,5	4,53 и ниже	4,54-5,26	5,27-5,59	6,00-6,43	6,44 и выше
14,6-14,11	4,45 и ниже	4,46-5,18	5,19-5,51	5,52-6,35	6,36 и выше
15,0-15,5	4,43 и ниже	4,44-5,15	5,16-5,48	5,49-6,32	6,33 и выше
15,6-15,11	4,37 и ниже	4,38-5,09	5,10-5,42	5,43-6,26	6,27 и выше
16,0-16,5	4,33 и ниже	4,34-5,05	5,04-5,38	5,39-6,22	6,23 и выше
16,6-16,11	4,26 и ниже	4,27-4,58	4,59-5,31	5,32-6,15	6,1 6 и выше
17,0-17,5	4,22 и ниже	4,23-4,54	4,55-5,27	5,28-6,11	6,12 и выше
17,6-17,11	4,18 и ниже	4,19-4,50	4,51-5,23	5,24-6,07	6,08 и выше
18,0-18,5	4,16 и ниже	4,17-4,48	4,49-5,21	5,22-6,05	6,06 и выше
18,6-18,11	4,14 и ниже	4,15-4,46	4,47-5,19	5,20-6,03	6,04 и выше

Таблица 10.

Тест № 3. Подъем туловища в сед, раз за 30 сек

Возраст, лет и месяцев	**Уровень физической подготовленности**				
	высокий	**выше среднего**	**средний**	**ниже среднего**	**Низкий**
	100% и выше	**85-99%**	**70-84%**	**51-69%**	**50% и ниже**
	5 баллов	**4 баллов**	**3 баллов**	**2 баллов**	**1 балла**
6,0 - 6,5	13 и выше	12	10-11	7-9	6 и ниже
6,6 - 6,11	14 и выше	12-13	10-11	7-9	6 и ниже
7,0 - 7,5	15 и выше	13-14	11-12	8-10	7 и ниже
7,6 - 7,11	15 и выше	14	12-13	9-11	8 и ниже

8,0 - 8,5	15 и выше	14	12-13	9-11	8 и ниже
8,6 - 8,11	16 и выше	14-15	12-13	10-11	9 и ниже
9,0 - 9,5	1 б и выше	15	13-14	10-12	9 и ниже
9,6 - 9,11	17 и выше	15-16	13-14	10-12	9 и ниже
10,0 - 10,5	18 и выше	16-17	14-15	11-13	10 и ниже
10,6 - 10,11	18 и выше	17	15-16	11-14	10 и ниже
11,0 - 11,5	19 и выше	17-18	15-16	11-14	10 и ниже
11,6 – 11,11	19 и выше	18	15-17	11-14	10 и ниже
12,0 - 12,5	20 и выше	18-19	16-17	12-15	11 и ниже
12,6 - 12,11	20 и выше	19	17-18	12-16	11 и ниже
13,0 - 13,5	21 и выше	19-20	17-18	13-16	12 и ниже
13,6 - 13,11	21 и выше	20	18-19	13-17	12 и ниже
14,0 - 14,5	22 и выше	20-21	18-19	13-17	12 и ниже
14,6 - 14,11	22 и выше	21	19-20	14-18	13 и ниже
15,0 - 15,5	23 и выше	21-22	19-20	14-18	13 и ниже
15,6 - 15,11	24 и выше	22-23	20-21	15-19	14 и ниже
16,0 - 16.5	24 и выше	23	20-22	15-19	14 и ниже
16,6 - 16,11	25 и выше	23-24	20-22	15-19	14 и ниже
17,0 - 17,5	25 и выше	24	20-23	15-19	14 и ниже
17,6 - 17,11	26 и выше	24-25	20-23-	15-19	14 и ниже
18,0 - 18,5	26 и выше	25	21-24	15-20	14 и ниже
18,6 - 18,11	26 и выше	25	21-24	15-20	14 и ниже

Таблица 11.

Тест № 4. Прыжок в длину с места, см

Возраст, лет и месяцев	**Уровень физической подготовленности**				
	высокий	**выше среднего**	**средний**	**ниже среднего**	**низкий**
	100% и выше	**85-99%.**	**70-84%**	**51-69%**	**50% и ниже**
	S баллов	**4 балла**	**3 балла**	**2 балла**	**1 балл**
6.0 - 6,5	110 и выше	99-109	88-98	74-87	73 и ниже
6,6 - 6,11	120 и выше	109-119	98-108	84-97	83 и ниже
7,0 - 7,5	123 и выше	111-122	99-110	85-98	84 и ниже
7,6 - 7,11	127 и выше	115-126	103-114	88-102	87 и ниже
8.0 - 8,5	132 и выше	119-131	106-118	90-105	89 и ниже
8,6 - 8,11	138 и выше	125-137	112-124	96-111	95 и ниже

9.0 - 9,5	140 и выше	127-139	114-126	98-113	97 и ниже
9.6 - 9,11	150 и выше	136-149	122-135	104-121	103 и ниже
10.0 - 10,5	157 и выше	142-156	127-141	108-126	107 и ниже
10,6 - 10,11	163 и выше	148-162	133-147	114-132	113 и ниже
11,0 - 11,5	164 и выше	150-163	136-149	119-135	118 и ниже
11,6 - 11,11	166 и выше	153-165	140-152	123-139	122 и ниже
12.0 - 12,5	168 и выше	155-167	142-154	126-141	125 и ниже
12,6 - 12,11	172 и выше	161-171	150-160	136-149	135 и ниже
13.0 - 13,5	176 и выше	165-175	154-164	139-153	138 и ниже
13,6 - 13,11	184 и выше	171-183	158-170	143-157	142 и ниже
14.0 - 14,5	188 и выше	174-187	160-173	144-159	143 и ниже
14,6 - 14,11	192 и выше	178-191	164-177	148-163	147 и ниже
15,0 - 15,5	194 и выше	180-193	166-179	150-165	149 и ниже
15,6 - 15,11	196 и выше	182-195	168-181	152-167	15 1 и ниже
16,0 - 16,5	198 и выше	186-197	174-185	160-173	159 и ниже
16,6 - 16,11	202 и выше	190-201	178-189	162-177	161 и ниже
17.0 - 17,5	204 и выше	191-203	178-190	162-177	161 и ниже
17,6 - 17,11	206 и выше	193-205	180-192	164-179	163 и ниже
18,0 - 18,5	208 и выше	194-207	180-193	164-179	163 и ниже
18,6 - 18,11	212 и выше	198-211	184-197	166-183	165 и ниже

Приложение 24

Комплексная оценка состояния здоровья (распределение учащихся на группы здоровья по результатам профилактических медицинских осмотров)

На основании оценки показателей заболеваемости, физического развития и состояния здоровья детей определяется группа здоровья ребенка. Всего групп здоровья пять. По каждому классу, школе, муниципальному образованию, субъекту федерации, участвующему в эксперименте, подсчитывается процент детей, относящихся к первой, второй, третьей, четвертой и пятой группам здоровья.

По результатам проведенного профилактического осмотра школьным врачом дается комплексная оценка состояния здоровья учащегося на момент обследования. При этом учитываются функциональное состояние организма, частота острых заболеваний и обострений хронической патологии, физическое и психическое развитие учащихся.

Функциональное состояние органов и систем выявляется клиническими методами, а также с использованием функциональных проб и тестов, проводимых как в процессе врачебного осмотра, так и на этапе доврачебного скрининга.

О степени сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям судят по количеству острых заболеваний или обострений хронических болезней за год, предшествующий настоящему осмотру.

Уровень достигнутого психического развития устанавливается при профилактическом осмотре детским неврологом с учетом мнения педагогов и психологов, основанного на результатах использования соответствующего набора тестов и анкет.

Комплексная оценка состояния здоровья каждого ребенка с формализацией результата в виде отнесения к одной из «групп здоровья» дается школьным врачом, или педиатром, прикрепленным к школе, с обязательным учетом всех перечисленных показателей.

Дети могут быть отнесены к следующим группам:

- к I группе здоровья относятся здоровые дети, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных отклонений;

- ко II группе здоровья относятся дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения, реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания; дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии, дети с дефицитом массы тела или избыточной массой тела, дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями;

- к III группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциональными возможностями, при отсутствии осложнений основного заболевания;

- к IV группе здоровья относятся дети, страдающие хроническими заболеваниями в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями; с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии, но с ограниченными функциональными возможностями; дети с высокой вероятностью осложнений основного заболевания; дети, у которых основное заболевание требует поддерживающей терапии;

- к V группе здоровья относятся дети, страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями, с редкими клиническими ремиссиями, с частыми обострениями, с наличием осложнений основного заболевания, требующими постоянной терапии; дети-инвалиды; дети с физическими недостатками, последствиями травм и операций с выраженным нарушением компенсации соответствующих функций и значительным ограничением возможности обучения.

Отнесение ребенка к I, II, III, IV или V группам здоровья проводится врачом с учетом приведенных критериев и признаков, приведенных в приказе Минздрава РФ № 621 от 30.12.2003г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

При наличии нескольких функциональных отклонений и заболеваний у одного ребенка окончательная оценка состояния здоровья производится по наиболее тяжелому из них.

Все учащиеся, отнесенные к III, IV и V группам здоровья должны состоять на диспансерном учете в детской поликлинике по месту жительства у педиатра и/или врачей-специалистов в зависимости от выявленной патологии.

Дети с хроническими заболеваниями проходят профилактические медицинские осмотры в соответствующие возрастные периоды, а также диспансерное обследование и наблюдение у врачей-специалистов по профилю патологии. Эти дети должны быть обследованы врачами-специалистами с применением соответствующих лабораторно-инструментальных методов неоднократно в зависимости от тяжести течения основного и сопутствующих заболеваний, но не реже двух раз в году.

Инструкция по оценке распределения детей на группы здоровья

На основании заключений, подготовленных врачом по результатам проведенного в текущем году профилактического осмотров и установленной врачом группы здоровья каждого ребенка, медицинская сестра составляет протокол распределения детей на группы здоровья (таблица).

По каждому наблюдаемому классу подсчитывается раздельно абсолютное количество детей с каждой группой здоровья: I, II, III, IV, V. Абсолютные данные заносятся в протокол (таблица).

Для того чтобы получить относительные показатели в процентах необходимо абсолютные показатели разделить на количество детей в классе, прошедших профилактический осмотр, и умножить на 100%.

Таблица

Протокол распределения учащихся на группы здоровья (%)

Школа №_____город/село, субъект РФ_____
Класс_____ Дата заполнения_____(год, месяц, день)
n =
(n -число детей, прошедших полностью обследование)

Группы здоровья	Абсолютные показатели	Относительные Показатели
Первая		
Вторая		
Третья		
Четвертая		
Пятая		

Увеличения относительного количества детей с I и II группами здоровья за счет сокращения численности учащихся, отнесенных к III- IV группам, свидетельствует о благоприятных тенденциях в состоянии здоровья учащихся.

Обратная картина свидетельствует о неблагоприятной динамике.

Увеличение численности учащихся, отнесенных к II группе здоровья при сокращении численности I группы, является, как правило, результатом нарушений питания, функционального перенапряжения и переутомления школьников.

Приложение 25

РЕЗОЛЮЦИЯ
Всероссийского съезда школ, содействующих укреплению здоровья
«Здоровое поколение – здоровая Россия»
18-19 ноября 2008 года, г. Москва

Всероссийский съезд школ, содействующих укреплению здоровья «Здоровое поколение – здоровая Россия» (далее − Съезд) посвящен актуальным вопросам сохранения и укрепления здоровья детей и подростков, формирования культуры здоровья на различных этапах обучения, создания в образовательных учреждениях здоровьесберегающей образовательной среды.

В работе Съезда приняли участие более 700 руководителей, педагогических и медицинских работников образовательных и медицинских учреждений, специалисты органов исполнительной власти, осуществляющих управление в сфере образования и здравоохранения из 78 субъектов Российской Федерации, депутаты Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, представители Правительства Российской Федерации, Минобрнауки России, Минздравсоцразвития России, Роспотребнадзора, ведущие ученые.

Участники Съезда отметили, что задачи сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения, его физического воспитания и развития должны стать важнейшими в деятельности образовательных учреждений Российской Федерации, поскольку их решение напрямую связано с сохранением здоровья нации и задачами улучшения демографической ситуации в стране.

По данным Росстата, дети школьного возраста от 7 до 18 лет составляют 19,6 млн. человек, из них 14,4 млн. обучаются в общеобразовательных учреждениях. 53 процента обучающихся имеют ослабленное здоровье, две трети детей в возрасте 14 лет имеют хронические заболевания, лишь 10% выпускников общеобразовательных учреждений могут быть отнесены к категории здоровых.

К факторам риска для здоровья детей, помимо ухудшения экологии, качества питания

и материально-технического оснащения образовательных учреждений, можно отнести снижение их физической активности, интенсивность образовательного процесса, несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям детей.

«Школьное образование, - подчеркнул Президент Российской Федерации Д.А. Медведев в своем Послании Федеральному собранию, - представляет собой один из определяющих и самых длительных этапов жизни каждого человека. Является решающим как для индивидуального успеха, так и для долгосрочного развития всей страны». «Российская школа не имеет права быть «ветхой» - и в прямом, и в переносном смысле этого слова. Необходимы не только новые образовательные стандарты, но и новые нормы проектирования школьных зданий и кабинетов, оснащения медпунктов, столовых и спортивных залов. Находиться в школе ребенку должно быть комфортно – и психологически, и физически».

В настоящее время в рамках реализации приоритетных национальных проектов «Здоровье» и «Образование» большое внимание уделяется созданию комфортных условий получения образования, формирования здорового образа граждан Российской Федерации.

В связи с этим, увеличение количества школ, внедряющих здоровьесберегающие технологии и инновационные программы спортивно-оздоровительной направленности, другие программы, формирующие здоровый образ жизни детей является чрезвычайно актуальной социальной задачей общества и государства.

В рамках пленарного и секционных заседаний участники Съезда познакомились с опытом работы образовательных учреждений - победителей Всероссийского конкурса «Школа – территория здоровья» по созданию региональных моделей «школы здоровья», в том числе модели сельской «школы здоровья», внедрению государственно-общественного управления в здоровьесберегающую деятельность школ, развитию физической культуры, культуры безопасного поведения на дорогах и др.

В ходе Съезда было отмечено, что за последние годы во многих регионах активизировалась работа по совершенствованию организации медицинской помощи, внедрению в систему питания современных технологий и индустриальных подходов.

В 48 субъектах Российской Федерации приняты целевые региональные программы по совершенствованию организации медицинского обеспечения учащихся в общеобразовательных учреждениях.

В рамках приоритетного национального проекта «Образование» в 14 субъектах Российской Федерации (Республика Татарстан, Тамбовская область, г. Санкт-Петербург, Калужская область, Ставропольский край, Оренбургская область, Алтайский край, Кемеровская область, Краснодарский край, Липецкая область, Ростовская область, Калининградская область, Красноярский край и Пензенская область) реализуются экспериментальные проекты по совершенствованию организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях.

Участники и гости Съезда подчеркивали, что школы, содействующие укреплению здоровья, призваны обеспечить здоровый образ жизни для всего школьного коллектива путем создания окружающей среды благоприятной для укрепления здоровья. Такие школы, с одной стороны, повышают возможности учащихся и педагогов в плане обеспечения безопасной и благоприятной для здоровья социальной и физической среды, а с другой стороны, требуют от них приверженности проводимой в этом направлении работе. Школа, содействующая сохранению и укреплению здоровья учащихся: создает условия для сохранения и укрепления здоровья учащихся; стремится повысить академическую успеваемость учащихся; придерживается концепции социальной справедливости и социального равенства; создает безопасную и предрасполагающую к обучению школьную обстановку; вовлекает школьников в активную деятельность по укреплению здоровья, делая их полноправными партнерами в деле реализации программ школьного здравоохранения; рассматривает проблемы здоровья и образования как взаимосвязанные, обеспечивая целостный подход к их решению; заботится о здоровье и благополучии всех сотрудников школы; налаживает активное сотрудничество с родителями и местным сообществом; делает мероприятия по укреплению здоровья неотъемле-

мым компонентом школьной жизни, добавляет элементы санитарного просвещения в школьную программу и включает показатели здоровья в перечень показателей эффективности своей работы; ставит достижимые цели, исходя из точной оценки потребностей и достоверных научных данных; непрерывно повышает качество своей работы с помощью текущего контроля и оценки результатов.

Создание и укрепление мотивации к ведению здорового образа жизни путем повышения уровня осведомленности и формирования необходимых когнитивных, поведенческих навыков и навыков социального взаимодействия также является важной задачей современной школы.

Школы, реализующие политику укрепления здоровья обучающихся, повышают возможности детей и взрослых в плане обеспечения безопасной и благоприятной для здоровья социальной, физической и психологической среды, способствуют формированию у учащихся сознательного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих.

Однако в работе школ, содействующих укреплению здоровья, есть и проблемы, требующие решения. Школы, содействующие укреплению здоровья, еще не стали в Российской Федерации заметным явлением в деле укрепления здоровья подрастающего поколения Россиян. В регионах и на федеральном уровне не налажен четкий учет и взаимодействие всех школ, работающих в рамках Европейской сети школ здоровья. Не достаточно обобщается и распространяется передовой опыт школ. Отсутствует орган, координирующий работу министерств здравоохранения и образования, и других ведомств Российской Федерации по вопросам развития сети школ, содействующих укреплению здоровья обучающихся, воспитанников. Слаба научно-методическая база (книги, руководства, брошюры и т.п.), способствующая развитию сети школ, содействующих укреплению здоровья.

Заслушав и обсудив доклады и выступления, **участники Съезда приняли следующее решение:**

1. Признать приоритетность вопросов сохранения и укрепления здоровья обучающихся, воспитанников, их физического развития, организации здорового питания в деятельности органов исполнительной власти всех уровней, образовательных учреждений всех типов и видов, других заинтересованных структур.
2. Одобрить и распространить инновационный опыт работы образовательных учреждений Российской Федерации – участников и победителей Всероссийского конкурса «Школа – территория здоровья».
3. Рекомендовать Минобрнауки России:
   - 3.1. предусмотреть в рамках разработки федеральных государственных образовательных стандартов (нового поколения) требования к условиям реализации основных образовательных программ, обеспечивающие сохранение и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников;
   - 3.2. проработать вопрос о необходимости учета деятельности по охране здоровья обучающихся, воспитанников при проведении государственной аккредитации образовательных учреждений.
   - 3.3. включить в мероприятия по реализации приоритетного национального проекта «Образование» формирование здорового образа детей в образовательных учреждениях, поддержку школ, содействующих укреплению здоровья.
4. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющим управление в сфере образования:
   - 4.1. принять дополнительные меры по разработке и реализации региональных и муниципальных программ, направленных на формирование здорового образа жизни, совершенствование организации питания, оказание медицинской и психолого - педагогической помощи обучающимся, развитие физкультуры и спорта в образовательных учреждениях, профилактику асоциального поведения несовершеннолетних;
   - 4.2. осуществлять контроль за соблюдением установленных норм и правил для образовательных учреждений в части обеспечения охраны здоровья;

4.3. обеспечить повышение квалификации руководителей образовательных учреждений, педагогических работников по вопросам охраны здоровья и формирования здорового образа жизни;

4.4. принять меры по развитию сети школ, содействующих укреплению здоровья.

5. Для дальнейшего развития Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья (РСШ СУЗ) необходимо:

5.1. сформировать межведомственный комитет по содействию развития Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья;

5.2. создать веб-сайт РСШ СУЗ;

5.3. организовать взаимодействие РСШ СУЗ с Российским обществом школьной и университетской медицины и здоровья и профессиональными ассоциациями учителей, психологов, социальных работников;

5.4. регулярно проводить Фестивали (конкурсы) ШСУЗ, приурочив их к международному дню здоровья (7 апреля);

5.5. организовать и провести в 2009 году рабочий семинар для региональных координаторов РСШ СУЗ;

5.6. содействовать участию региональных координаторов РСШ СУЗ в международных конгрессах и семинарах Европейской сети школ здоровья.

Участники Всероссийского съезда школ,
содействующих укреплению здоровья
«Здоровое поколение – здоровая Россия»
(19 ноября 2008 года, г. Москва

Приложение 26

Р Е З О Л Ю Ц И Я
межведомственного семинара-совещания
региональных координаторов Российской сети школ,
содействующих укреплению здоровья, и специалистов по гигиене детей
и подростков (школьной медицине) субъектов Российской Федерации
«Школа здоровья: комплексный подход
в организации здоровьесберегающей деятельности»
Москва, 22-23 мая 2009 года

Межведомственный семинар-совещание (далее Семинар) региональных координаторов Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья, и специалистов по гигиене детей и подростков (школьной медицине) субъектов Российской Федерации «Школа здоровья: комплексный подход в организации здоровьесберегающей деятельности» нацелен на работу с региональными координаторами Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья, и главными специалистами по гигиене детей и подростков (школьной медицине) субъектов Российской Федерации для сотрудничества по развитию Сети.

Организаторы конференции: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Министерство образования и науки РФ.

В работе Семинара приняли участие руководители, педагогические и медицинские работники образовательных и медицинских учреждений, специалисты органов исполнительной власти, осуществляющих управление в сфере образования и здравоохранения, представители научно-исследовательских институтов и ВУЗов медицинского и педагогического профиля из 35 субъектов Российской Федерации 7 федеральных округов (Северо-Западный ФО, Центральный ФО, Приволжский ФО, Южный ФО, Уральский ФО, Северный ФО, Дальневосточного ФО). Всего 124 человека.

В рамках пленарных и групповых заседаний участники Семинара познакомились со стратегическим планом и текущими задачами Сети «Школы здоровья в Европе», текущей ситуация в Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья, и обсудили: стратегический план Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья, Концепцию и критерии школ, содействующих укреплению здоровья, взаимодействие региональных координаторов Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья, с главными специалистами по гигиене детей и подростков (школьной медицине) субъектов Российской Федерации, региональными отделениями Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья, другими общественными организациями

Участники и гости Семинара подчеркивали, что школы, содействующие укреплению здоровья, призваны обеспечить здоровый образ жизни для всего школьного коллектива путем создания окружающей среды благоприятной для укрепления здоровья. Такие школы, с одной стороны, повышают возможности учащихся и педагогов в плане обеспечения безопасной и благоприятной для здоровья социальной и физической среды, а с другой стороны, требуют от них приверженности проводимой в этом направлении работе. Школа, содействующая сохранению и укреплению здоровья учащихся: создает условия для сохранения и укрепления здоровья учащихся; стремится повысить академическую успеваемость учащихся; придерживается концепции социальной справедливости и социального равенства; создает безопасную и предрасполагающую к обучению школьную обстановку; вовлекает школьников в активную деятельность по укреплению здоровья, делая их полноправными партнерами в деле реализации программ школьного здравоохранения; рассматривает проблемы здоровья и образования как взаимосвязанные, обеспечивая целостный подход к их решению; заботится о здоровье и благополучии всех сотрудников школы; налаживает активное сотрудничество с родителями и местным сообществом; делает мероприятия по укреплению здоровья неотъемлемым компонентом школьной жизни, добавляет элементы санитарного просвещения в школьную программу и включает показатели здоровья в перечень показателей эффективности своей работы; ставит достижимые цели, исходя из точной оценки потребностей и достоверных научных данных; непрерывно повышает качество своей работы с помощью текущего контроля и оценки результатов.

Создание и укрепление мотивации к ведению здорового образа жизни путем повышения уровня осведомленности и формирования необходимых когнитивных, поведенческих навыков и навыков социального взаимодействия также является важной задачей современной школы.

Школы, реализующие политику укрепления здоровья обучающихся, повышают возможности детей и взрослых в плане обеспечения безопасной и благоприятной для здоровья социальной, физической и психологической среды, способствуют формированию у учащихся сознательного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих.

Однако в работе школ, содействующих укреплению здоровья, есть и проблемы, требующие решения. Школы, содействующие укреплению здоровья, еще не стали в Российской Федерации заметным явлением в деле укрепления здоровья подрастающего поколения Россиян. В регионах и на федеральном уровне не налажен четкий учет и взаимодействие всех школ, работающих в рамках Европейской сети школ здоровья. Не достаточно обобщается и распространяется передовой опыт школ. Отсутствует орган, координирующий работу министерств здравоохранения и образования, и других ведомств Российской Федерации по вопросам развития сети школ, содействующих укреплению здоровья обучающихся, воспитанников. Слаба научно-методическая база (книги, руководства, брошюры и т.п.), способствующая развитию сети школ, содействующих укреплению здоровья.

Решение Семинара:

1. **Расширять Российскую сеть школ, содействующих укреплению здоровья, в направлении к сообществу школ, содействующих здоровью:**

   1.1. определить координаторов РС ШСУЗ в субъектах Российской Федерации;

1.2. определить роли и функций координаторов Сети в субъектах Российской Федерации, членов исследовательской группы и других, заинтересованных в членстве в РСШ СУЗ.
1.3. создать научную группу РС ШСУЗ с целью установления контактов с Европейским научным обществом и Российскими НИИ;
1.4. организовать взаимодействие РСШ СУЗ с Российским обществом школьной и университетской медицины и здоровья, с научно-исследовательскими институтами, ВУЗами медицинского и педагогического профиля, организациями учителей, школьных врачей, родителей, школьных лидеров;
1.5. участвовать в организации и проведении конгрессов, конференций, семинаров и других мероприятий, посвященных проблемам сохранения и укрепления здоровья школьников, на региональном, федеральном и международном уровнях.

2. Поддерживать развитие, работу и исследования в области укрепления и сохранения здоровья школьников

2.1. дальнейшая разработка подходов, методик, программ, способствующих сохранению и укреплению здоровья школьников;
2.2. создание условий для обмена опытом и реализации соответствующих методик в школах содействующих укреплению здоровья;
2.3. поощрять проведение исследований в области оценки состояния здоровья и результатов обучения в школе.

3. Обеспечить активное сотрудничество между секторами здравоохранения образования и другими соответствующими секторами на региональном уровне

3.1. укрепить связи с сектором образования и сектором здравоохранения на национальном, региональном и муниципальном уровне и другими секторами (охраны молодежи, социальной сферы, экологии) на национальном, региональном и муниципальном уровне;
3.2. устанавливать официальные отношения с организациями учителей, школьных врачей, родителей, школьных администраторов и др.

4. Повышать наглядность Сети Школ здоровья в России:

4.1. создать, модернизировать и расширять веб-сайт Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья, который станет центральным пунктом информации о школах здоровья в России;
4.2. обеспечить современной информацией относительно укрепления и сохранения здоровья учащихся посредством информационных бюллетеней и о практике работы школ здоровья в Европе через Журнал «Школы здоровья»;
4.3. создать справочный стол школ здоровья в России;
4.4. предусмотреть презентацию критериев школ здоровья в России для членов Сети;
4.5. подготовить Положение и регулярно проводить Фестивали (конкурсы) школ здоровья, приурочив их к международному дню здоровья (7 апреля).

5. Рекомендовать Минздравсоцразвития, Минобрнауки России, Российской академии медицинских наук:

Рассмотреть вопрос о создании на базе НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦЗД РАМН Центральной научно-методической лаборатории совершенствования технологий работы школ, содействующих укреплению здоровья.

6. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих управление в сфере образования и здравоохранения:

1.1. содействовать объединению школ, содействующих укреплению здоровья;
1.2. определить и назначить координаторов РС ШСУЗ в субъектах Российской Федерации;

Участники межведомственный семинар-совещание
региональных координаторов Российской сети
школ, содействующих укреплению здоровья,
и специалистов по гигиене детей и подростков
субъектов Российской Федерации
«Школа здоровья: комплексный подход
в организации здоровьесберегающей деятельности»
(г. Москва 22-23 мая 2009 года)

Приложение 27

Вильнюсская резолюция: улучшение школ через сохранение и укрепление здоровья обучающихся

17 июня 2009

Введение

Интересы сферы образования и здравоохранение разделены. Объединение этих интересов позволяет школам стать лучшим местом для обучения, преподавания и работы. Школа, содействующая укреплению здоровья (ШСУЗ) - это школа, реализующая структурный и систематический план по обеспечению здоровья, благополучия и развития социального потенциала всех учащихся, а также учителей и школьного персонала. ШСУЗ показали очевидное улучшение состояния здоровья и благополучия среди школьного сообщества.

Школа является частью общества, и одним из ее назначений является преодоление различий в состоянии здоровья.

Имеет существенное значение сотрудничество и с другими сферами, тесно связанными со школой, например, молодежными, социальными и экологическими.

Заявление молодежи

Мы, молодые люди, принимающие участие в конференции, заявляем, что существуют проблемы, с которыми мы сталкиваемся и в решении которых нам необходима помощь взрослых. Мы подчеркиваем, что настоящее здоровье включает духовное и физическое здоровье, чистую окружающую среду, тесное сотрудничество со всеми людьми, нормальный отдых, сбалансированное питание.

Нам бы хотелось, чтобы руководители школ, учителя и сами учащиеся старались создать более здоровое и совершенное общество, которое будет думать о настоящем и будущем. Мы хотели бы иметь больше зелени вокруг наших школ. Нам бы хотелось сотрудничать с учащимися из других стран, больше обсуждать с учеными и политиками наши проблемы, иметь больше опыта и практики по укреплению и сохранению здоровья, получать консультации экспертов в стрессовых ситуациях.

Мы считаем, что если будем следовать этому целостному подходу, то будем здоровы, преодолеем нарушения в питании, недостатке отдыха, сделаем наше общество или даже страну сильнее.

Мы полагаем, что если будем вести активный образ жизни, помогать бедным, верить в то, что мы делаем, сотрудничать с учителями для того, чтобы сделать среду обучения лучше и теплее, и тогда сможем иметь более здоровую и счастливую жизнь.

Мы можем и должны вести сами здоровый образ жизни, показывая тем самым как это прекрасно быть здоровыми, активными и позитивными. Кроме того, мы должны убедить и наших родителей быть активными в сфере сохранения и укрепления здоровья.

Международный, национальный и региональный уровень

В результате дискуссии на конференции, мы, участники конференции призываем правительственные, неправительственные и другие организации на международном, национальном и региональном уровне:

1. Принять и расширить подход ШСУЗ как неотъемлемую часть школьного развития.
2. Гарантировать долговременную поддержку посредством международных, национальных и региональных политических действий и стратегий.
3. Признать, что планирование, мониторинг, оценка и привлечение детей и подростков являются необходимыми в процессе осуществления всесторонней программы ШСУЗ.
4. Способствовать непрерывному профессиональному развитию персонала школы (учителей, школьных врачей и других).
5. Развивать и поддерживать инфраструктуру для международного, национального и регионального координирования и поддержке школ, содействующих укреплению здоровья.
6. Торжественно отмечать и разделять вехи и успехи.

Школьный уровень

Мы убеждаем школьную общественность (учащихся, родителей, учителей и школьный персонал, управленческий штат, советы школ):

1. Поддерживать и в дальнейшем развить подход ШСУЗ в стабильное школьное развитие.
2. Привлечь всю школьную общественность и партнерские организации.
3. Находить достаточно полномочий, ресурсов и средств.
4. Способствовать непрерывному профессиональному развитию штата.
5. Гарантировать, что все дети активно вовлечены в принятие решений на всех этапах программы.
6. Торжественно отмечать и разделять вехи и успехи.

Начало

На первой Европейской конференции ШСУЗ (Греция 1997) были разработаны основные принципы. Каждый ребенок и молодой человек имеет полное право на образование, здоровье и безопасность. Кроме того, каждый ребенок и молодой человек имеет право получать образование в ШСУЗ.

На второй Европейской конференции в Эгмонд-ан-Зии, Нидерланды (2002) подчеркивалось значение сотрудничества между секторами образования и здоровья. Эгмондская программа является тем политическим инструментом, который способствует развитию ШСУЗ в Европе.

Третья Европейская конференция ШСУЗ: «Улучшение школ через здоровье» в Вильнюсе, Литва, 15-17 июня 2009 имеет своей целью сделать следующий шаг в сфере сохранения и укрепления здоровья в школах Европы посредством совместных действий секторов здоровья и образования и за их границами. В конференции принимали активное участие учащиеся.

Школы, содействующие укреплению здоровья, в Европе

Школы здоровья в Европейской сети – сеть SHE - имеют крепкую основу в лице своего предшественника – Европейской Сети Школ, содействующих укреплению здоровья (ENHPS) – основанной в 1991 ВОЗ, Советом Европы и Европейским Союзом, с большим опытом развития и поддержки ШСУЗ. В настоящее время Европейский регион насчитывает 43 страны-участницы SHE. Сеть SHE использует позитивную концепцию здоровья и благополучия, а также признает Конвенцию ООН о правах ребенка и Европейскую Конвенцию по правам ребенка. Основу подхода ШСУЗ в Европе, составляют пять главных достоинств и пять основных принципов.

Достоинства Школы здоровья в Европе

- *Равенство.* Школы, содействующие укреплению здоровья, гарантируют равноправный для всех доступ к широкому диапазону образовательных и оздоровительных возможностей. Это в долгосрочной перспективе существенно снижает различия в здоровье и улучшает качество и готовность к обучению на долгие годы.
- *Стабильность.* В школах, содействующих укреплению здоровью, тесно взаимосвязаны здоровье, образование и развитие детей. Школы – центры академического образования и поддержки для развития у учащегося ответственного и положительного представления о своей роли в будущем обществе. Школы, содействующие укреплению здоровья, работают успешно только в том случае, если их усилия систематичны и осуществляются на протяжении 5-7 лет. Результаты (и в здоровье, и в обучении) главным образом проявляются в средне- и долгосрочном периодах.
- *Привлечение.* Школы, содействующие укреплению здоровья, отличаются многообразием и гарантируют, что школа является образовательным сообществом, в котором все ощущают уважение, доверие. Нормальные взаимоотношения между учащимися и работниками школ и между школой, родителями и школьной общественностью играют большую роль.
- *Полномочия и компетентные действия.* Школы, содействующие укреплению здоровья, предоставляют возможность детям и молодежи, а также всем членам школьного сообщества, которые будут вовлечены в решение задач, связанных со здоровьем, действовать на уровне школы и муниципалитета по достижению этих целей.
- *Демократия.* Школы, содействующие укреплению здоровья, базируется на демократических принципах, личного и социального развития и занимаются осуществлением прав и взятых обязанностей.

Основные принципы Школы здоровья в Европе

Целостный подход к решению проблем здоровья

Существует определенная согласованность между школьными стратегиями и практикой в сферах, признаваемых и осознаваемых всем школьным сообществом:

- сотрудничество и обучение, ориентируемые на действия детей по вопросам здоровья, в рамках учебных программ;
- принятие собственного взгляда учащегося о здоровье;
- развитие стратегии здоровой школы;
- развитие среды жизнедеятельности детей в школе;
- развитие жизненных компетенций;
- эффективная связь с семьей и общественностью;
- создание эффективной и действующей медицинской службы.

Участие в работе

Ощущение значимости учащегося, персонала и родителей через активное участие, что является предпосылкой для эффективной работы в области укрепления и сохранения здоровья в школах.

Качество школы

Школы, содействующие укреплению здоровья, способствуют улучшению процессов преподавания и обучения. Здоровые дети учатся лучше, а здоровые учителя и здоровый коллектив школы получают большее удовлетворение от своей работы. Главная задача школы – максимальные результаты обучения. Школы, содействующие укреплению здоровья, поддерживают достижения академических и социальных задач школ.

Обоснованность действий

Школы здоровья в Европе обеспечиваются информацией о существующих и новых исследованиях и доказательствах, сосредоточенных на эффективных подходах и практике в области укрепления и сохранения здоровья учащихся как, например, психическое здоровье, питание, так и на общеобразовательных подходах.

Школы и общественность.

Школы, содействующие укреплению здоровья, являются частью окружающего нас общества. Они осуществляют активное сотрудничество с местным сообществом и являются активной действующей силой в улучшении и сохранении здоровья, а также и в осведомленности о проблемах здоровья.

Литература:

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Руководство по врачебному профессиональному консультированию подростков. М.: Издательский Дом «Династия», 2004. – 200 с.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности: Руководство для врачей. М.; ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Звездина И.В. Табакокурение детей и подростков: гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения. – М.: Литтерра, 2007. – 216 с.:ил.
4. Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2008. – 216 с.
5. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 437 с.: ил.
6. Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А., Величковский Б.Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России. Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных заболеваний детей и подростков на 2005-2009 гг.». Издание второе, исправленное и дополненное. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 176 с.
7. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании. Вестник Российской академии медицинских наук.–2009.–№5.–С.6-11.
8. Звездина И.В. Школьная программа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Материалы I Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья. Москва, 2008. – С. 71.
9. Звездина И.В., Агапова Л.А., Жигарева Н.С. и др. Функциональные возможности младших школьников в динамике обучения. Сб. материалов XII Конгресса педиатров «Актуальные проблемы педиатрии». М., 2008.
10. Ильин А.Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 2005.
11. Конова С.Р. Состояние здоровья детей и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук М., 2007.
12. Кучма В.Р. Медико-профилактические основы обучения и воспитания детей: руководство для медицинских и педагогических работников образовательных и лечебно-профилактических учреждений, санитарно-эпидемиологической службы. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 528 с.: ил.
13. Кучма В.Р, Сухарева Л.М., Степанова М.И. Физиолого-гигиеническое обеспечение модернизации структуры и содержания общего образования в России. Здоровье, обучение и воспитание детей: история и современность (1904-1959-2004). Под ред. А.А.Баранова, В.Р.Кучмы, Л.М.Сухаревой. М.; Издательский Дом «Династия», 2006. – С. 21-27.
14. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К. Изменение показателей заболеваемости школьников в процессе завершения общего образования. Материалы I Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья. Москва, 2008. – С. 94-95.
15. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И. Гигиенические проблемы школьных инноваций. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. – 240 с.: ил.
16. Медико-социальные показатели деятельности службы охраны здоровья семьи, материнства и детства в 2004 году. М.; МЗиСР РФ, 2005.
17. Надеждин Д.С. Иващенко Е.В., Турчинский В.Н. и др. Связь социометрического статуса младших школьников с успешностью учебной деятельности. Материалы Всероссий-

ской научно-практической конференции «Актуальные вопросы психогигиены и охраны психического здоровья детей и подростков». М., 2007. – С. 160-162.
18. Онищенко Г.Г., Баранов А.А., Кучма В.Р. Безопасное будущее детей России. Научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей. М.: Издательство ГУ НЦЗД РАМН. – 2004. 154 с.
19. Рапопорт И.К., Бирюкова Е.Г. Особенности заболеваемости школьников и учащихся профессиональных училищ в процессе завершения общего и профессионального образования. Гигиена и санитария. – 2007. – № 1. – С. 67-70.
20. Рапопорт И.К., Храмцов П.И., Звездина И.В. и др. Состояние здоровья воспитанников детских дошкольных учреждений Москвы. Российский педиатрический журнал.-2009.-№ 2.-С. 49-52.
21. Сухарева Л.М, Намазова Л.С., Рапопорт И.К. и др. Изменение заболеваемости учащихся в динамике обучения в младших классах. Сб. материалов XII Конгресса педиатров «Актуальные проблемы педиатрии». М., 2008. – С. 324.
22. Сухарева Л.М., Рапопорт ИК., Бережков Л.Ф. и др. Особенности заболеваемости московских школьников за последние пятьдесят лет.Гигиена и санитария.-2009.-№ 2.- С.21
23. Сухарева Л.М., Куинджи Н.Н., Ямпольская Ю.А. Вестник Российской академии медицинских наук.–2009.–№5.–С.11-15.
24. Ямпольская Ю.А.Физическое развитие и функциональные возможности подростков 15-17 лет, обучающихся в школе и профессиональном училище. Педиатрия. – 2007. – № 5. – С. 69-72.
25. Ямпольская Ю.А. Физическое развитие школьников Москвы в последние годы (2005-2007). Сб. материалов XII Конгресса педиатров «Актуальные проблемы педиатрии». М., 2008. – С. 402.
26. Inequalities in young people`s health / Health behavior in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey. Scotland, 2008. – 207 p.
27. Рекомендации по сохранению и укреплению здоровья учащихся. – IUHPE, 2008. – 4 с.