

**ФУНКЦИИ НАУЧНОГО РУКОВОДИТЕЛЯ
ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ,
РЕАЛИЗУЮЩЕГО НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ
«ОБРАЗОВАНИЕ» И «ЗДОРОВЬЕ»**

Здоровье людей должно служить главной «визитной карточкой» социально-экономической зрелости, культуры и преуспевания государства» (И. И. Брехман, 1990), поскольку жизнеспособность и безопасность государства во многом определяются уровнем здоровья работающего населения, базис которого закладывается в детском возрасте.

Современные исследователи (Р. И. Айзман, В. Ф. Базарный, М. М. Безруких, В. М. Чимаров и др.) состояние здоровья подрастающего поколения обозначают как кризисное, катастрофическое. А. Баранов, директор Научного центра здоровья детей РАМН, утверждает, что сегодня в стране только 3% здоровых детей. На диспансерном учете состоит 68% детей, из них в лечении в стационаре нуждаются 10%, в поликлинических услугах — 49%, в санаторно-курортном лечении — 15%.

По данным Н. В. Седых (2006), уже в дошкольном возрасте 15–20% детей имеют хронические заболевания затяжного характера. Снизилось количество детей 1-й группы здоровья с 23,2% до 15,1% и увеличилось число детей, имеющих различные отклонения в состоянии здоровья (2-я группа — с 60,9% до 67,6%) и хронические заболевания (3-я группа — с 15,9% до 17,3%). За последние 20 лет отмечается рост количества функциональных отклонений: в 4-летнем возрасте

преобладающее количество детей имеет 1–3 отклонения со стороны различных функциональных систем (сердечно-сосудистой, нервной, желудочно-кишечного тракта и др.). К 6 годам их число почти у 50% возрастает до 4–5.

В данном случае уровень здоровья детей предопределен не только наследственностью, качеством которой (за счет увеличения генетических отклонений у российских граждан) с каждым годом имеет тенденцию к ухудшению, но и низким уровнем состоянием здоровья родителей, обусловленным как отсутствием у них культуры здоровья, ведением нездорового образа жизни (алкоголизацией, табакокурением, гиподинамией, неправильным питанием и др.), так и неблагоприятными социально-бытовыми условиями проживания семьи.

В результате среди детей, поступающих в первый класс, у 70–80% отмечаются различные отклонения в состоянии здоровья. Практически у каждого ребенка в 7-летнем возрасте диагностируется по 3–4 отклонения в соматическом здоровье, сочетающихся с вегето-сосудистой дистонией. (М. М. Хегай, 2001). 70–75% от общего количества детей относятся к группе часто и длительно болеющих (Кожевникова Л. А., Дручина Л. И., 2002).

Следовательно, для этих учащихся школьные факторы, связанные с учебно-воспитательным процессом (психические и эмоциональные нагрузки, гиподинамия, нарушение режима дня и питания и др.), становятся крайне опасными. Таким образом, еще только приходящие в школу дети уже требуют особого внимания и заботы со стороны учителя в вопросах выстраивания валеолого-психолого-педагогического сопровождения учебно-воспитательного процесса.

Сегодня же все чаще и чаще поднимается вопрос о том, что современная школа стала «школой болезней». Следуя за техническим прогрессом, она продолжает наращивать объем и интенсивность информации, игнорируя проблемы самочувствия, физической и психической переносимости детьми непомерно высоких учебных перегрузок. Данные школьной медицинской статистики свидетельствуют о неуклонном снижении уровня всех компонентов здоровья учащихся от года к году таким образом, что к моменту окончания средней школы абсолютно **здоровые дети практически отсутствуют**. По окончании школы большинство учащихся (60–70%) имеют 3–4 морфофункциональных отклонения, только 10–20% детей — 1–2 отклонения.

Специалисты считают, что, кроме социальных проблем, экологического неблагополучия страны, генетической отягощенности, негативное влияние на здоровье учащихся оказывают школьные факторы (20–40%), среди которых доминирующее положение занимают некомфортные условия процесса обучения, создаваемые педагогами [Безруких М. М. 1999], приводящие к нарушениям в психоэмоциональной сфере ребенка, которые проявляются в виде дидактогений и дидактоневрозов, психосоматических заболеваний. Последние составляют более 70% вновь поставленных диагнозов (Е. Н. Дзятковская, 2002). Это мигрени, «ростовые боли», нарушение сна, обмороки, ВСД, бронхиальная астма, нервная анорексия, булимия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Поскольку педагогическая деятельность как непосредственно, так и опосредованно влияет на телесное, душевное и духовное здоровье учащихся, в этой связи профессиональная деятельность учителя должна быть прежде всего здоровьесберегающей.

Особенности педагогической деятельности еще и в том, что она сама неизбежно воздействует на состояние здоровья собственного субъекта. Поскольку на педагога воздействует комплекс условий, а не отдельный фактор, это затрудняет возможность выявления причин и предотвращения негативных состояний у сотрудников педагогических коллективов. И все же наиболее значимыми в развитии заболеваний являются характеристики личности педагога. К ним прежде всего относятся следующие: искажение смыслового поля личности, экстернальный локус контроля, недостаточный уровень личностной выносливости, пассивная тактика сопротивления стрессогенным факторам, что в психологическом плане влечет за собой развитие у педагогов профессиональных деформаций и невротических расстройств, которые в свою очередь негативно влияют на процесс педагогического общения.

Важность индивидуального здоровья педагога как представителя общественно значимой профессии, роль педагогической деятельности в сохранении здоровья учащихся, значимость действий педагога по формированию бережного и ответственного отношения к здоровью у школьников актуализируют проблему формирования культуры здоровья педагога не только как составной части общей культуры, но и профессиональной культуры педагога.

В рамках заявленных национальных проектов «Образование» и «Здоровье» педагогические коллективы всех учебно-воспитательных учреждений поставлены перед проблемой — сохранения и развития здоровья обучающихся.

По мнению большинства исследователей (Н. М. Амосов, В. Ф. Базарный, М. М. Безруких, Г. К. Зайцев, В. П. Казначеев, В. М. Чимаров и др.), воспроизводство здоровья как телесного, душевного, духовного благополучия человека — функция главным образом *воспитания*, а не лечения. Общеизвестно, что даже соматический компонент здоровья зависит от состояния медицины и здравоохранения лишь на 10–15%.

Поэтому в школе необходимо не только сохранять здоровье учащихся, но и воспитывать у детей бережное и ответственное отношение к здоровью как мировоззренческой составляющей. Учитель, как носитель программ будущего дня, способен дать новые идеи о ценностном и ответственном отношении к здоровью, предложить здоровьесохраняющие образцы и нормы поведения, программировать здоровьесберегающую деятельность учащихся.

Поскольку формирование научных основ мировоззрения школьников зависит от педагога, в условиях отсутствия учителей культуры здоровья ***любой педагог независимо от преподаваемого предмета*** поставлен перед жизненно важной необходимостью — формирование культуры здоровья учащихся, но для этого он сам должен владеть основами культуры здоровья.

Культуру здоровья педагога в качестве субъекта профессиональной деятельности мы рассматриваем как системно-интегративное образование, включающее культуру здоровья личности и культуру здоровья педагога как профессионала, служащее комплексному решению проблем сохранения, развития, созидания здоровья не только учащихся, но и самого педагога.

Анализ эмпирических данных позволил нам выделить в качестве *условий* процесса формирования культуры здоровья педагога, следующие составляющие:

- организацию здоровьесозидающей воспитательной системы, которая включает совокупность следующих взаимосвязанных компонентов: воспитательных целей, на-

правленных на здоровьесбережение учащихся, формирование культуры здоровья как мировоззренческого конструкта; «возращание» валеологически компетентного педагогического коллектива, реализующего вышеуказанные цели в процессе целенаправленной здоровьесберегающей деятельности; развитие психологически комфортных отношений, возникающих между субъектами учебно-воспитательного процесса; активизации взаимодействия педагогического коллектива с микросоциальной средой по вопросам воспитания здорового ребенка; создание в управленческой деятельности административных структур доминаты, направленной на обеспечение жизнеспособности всей здоровьесформирующей системы;

- создание здоровьесберегающей профессиональной среды;
- активизацию личностных ресурсов педагогов.

Многолетний опыт работы с педагогическими коллективами, ориентированными на здоровьесбережение и здоровьесформирование в профессиональной деятельности, свидетельствует, что организация эффективной здоровьесозидающей воспитательной системы нуждается в руководстве со стороны ученых, глубоко и всесторонне занимающихся данными проблемами.

По сути, научному руководителю при работе с педагогами приходится выполнять прежде всего функции андрагога, описанные И. А. Колесниковой с соавторами [1; с. 167–169], поскольку миссия «ведения взрослого» предполагает освоение соответствующих основ деятельности, у истоков которой находится понимание сущности идеи непрерывного образования как учения человека на протяжении всей жизни. И в данном процессе научный руководитель играет сопутствующую роль. Педагог как взрослый человек, выступая активным субъектом образовательного процесса, сам определяет меру своей включенности в него и степень потребности во взаимодействии с научным руководителем. Игнорирование этого принципиального положения может привести к негативным эффектам.

Практика просвещения взрослых имеет столь же древние исторические корни, как и детское обучение и воспитание. Впервые обозначение сферы деятельности, связанной с обучением взрослых, словом «андрагогика» встречается в книге немецкого историка эпохи Просвещения Александра Каппа о педагогических взглядах Платона, Пифагора, Платона, Сократа, Аристотеля, Иисуса Христа, пророки и проповедники, великие философы, политические деятели, литераторы, ученые всех веков и народов, вносящие свой вклад в просвещение и духовное развитие огромных масс, увлекающие их силой своего ума, духа, эмоций, занимались не чем иным, как андрагогикой. Для своих непосредственных учеников, соратников, последователей они являлись подлинными Учителями.

Именно эта исторически оформленная **просветительская, проповедническая** функция по отношению к другим людям является одной из ведущих при выполнении научного руководства здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельностью педагогического коллектива. Но для этого руководителю необходимо обладать безусловным социальным и нравственным авторитетом, быть носителем инновационных идей, способных собрать вокруг себя массы последователей, то есть иметь то, что принято называть харизмой. Основными механизмами, обеспечивающими возникновение системы необходимых для взаимодействия научного руководителя и педагогов продуктивных отношений, становятся убеждение и вера, объединяющие людей в единый коллектив, вдохновляемые лидером, целью которого яв-

ляется организация здоровьесозидающей воспитательной системы. Одной из ведущих для научного руководителя является позиция **мастера**, человека, достигшего в своей деятельности высот совершенствования. Любой поступок и факт его жизни в этом случае становится поучительным для окружающих.

Вместе с тем научный руководитель должен быть не только специалистом, признанным в своей области, но и достигшим методического уровня осмысления проблематики, способным как оказывать помощь в истолковании имеющихся у педагогов информации или опыта, и быть готовым ответить на возникающие у педагогов вопросы (функция **интерпретатора**), но и стимулировать педагогов на поиски смысла здоровьесозидающей профессиональной деятельности.

В сфере просвещения научный руководитель может выступать в качестве **популяризатора, транслятора знаний** и опыта, созданных другими людьми. Его задача — перевести просветительскую информацию по здоровьесбережению на более доступный язык, сделать ее понятной не только педагогам, но и родителям учащихся, сохранив при этом первоначальный смысл.

Несомненно, задача научного руководителя сводится к четкой передаче необходимого объема знаний по здоровьесбережению, установлению обратной связи, оценке и коррекции промежуточных и конечного результатов. В этом случае педагогам приходится подчиниться авторитету научного руководителя, основой которого является его безусловный профессиональный опыт в вопросах здоровьесбережения и здоровьесформирования, быть готовыми к рутинному повторению предлагаемых операций.

В данной ситуации научный руководитель выполняет следующие функции: **монитора** (от лат. *monitor* — тот, кто предупреждает, надсмотрщик); **тьютора** (от лат. *Tutor* — защитник, покровитель, опекун); **тренера, инструктора**. Все они являются носителями нормативного эталонного комплекса знаний, умений, навыков в локальной образовательной области. Характер содержания, которое они транслируют, предполагает его передачу с помощью инструктирования, алгоритмизации, программированного освоения определенных нормированных действий и поведения, направленных на овладение педагогами здоровьесберегающей деятельностью. В этом случае речь идет об усвоении содержания, требующего безусловного предъявления внешнего, предметного результата и, как правило, в лимитированные сроки.

Но педагоги, как свидетельствуют наши многолетние наблюдения, имея собственный опыт жизнедеятельности, многолетний опыт педагогической деятельности, чрезвычайно трудно подчиняются инструкции или алгоритму.

Чаше всего при работе с сотрудниками педагогических коллективов научный руководитель выступает в позициях **аниматора** (от лат. *anima* — душа), **медиатора** (от лат. *mediator* — посредник), **фасилитатора** (от лат. *facile* — простой). Эта группа функций позиционно объединена общим смыслом, ориентированным на облегчение образовательного процесса.

Аниматор выступает в качестве стимула, внося воодушевление, становясь своеобразным индуктором, т. е. «пусковым» механизмом воплощения просветительских или образовательных идей и замыслов. **Медиатор** становится посредником между педагогом и образовательным содержанием здоровьесберегающей деятельности, он организует встречу с источником необходимой информации. **Фасилитатор** вы-

полняет в первую очередь функцию психологической поддержки педагогов в их усилиях по здоровьесбережению и здоровьесформированию. Он предупреждает, смягчает, облегчает трудности и противоречия, которые те встречают на этом пути.

В определенных ситуациях научный руководитель принимает на себя роль **ментора, советника, наставника, консультанта**. Для этого он должен обладать значительным опытом не только в области здоровьесбережения, но и вообще в сфере жизнедеятельности, то есть занимать значительно более высокую ступень в иерархии опыта, нежели его взрослые подопечные. При этом научный руководитель осуществляет своеобразное сопровождение педагогического коллектива на этапе формирования его валеологической компетентности и отступает на второй план, как только будет накоплен необходимый опыт и уровень компетентности в вопросах здоровьесбережения и здоровьесформирования.

Поэтому, если в педагогическом коллективе появляется достаточное количество людей с высоким уровнем валеологической и методической компетентности, научный руководитель начинает занимать позицию **координатора**. Его основной задачей становится объединение, интеграция образовательных усилий и опыта педагогов по организации здоровьесберегающей и здоровьесформирующей деятельности.

Еще одна из возможных позиций научного руководителя — **проблематизатор** — «интеллектуальный провокатор, дразнящий собеседника» (вспомним Сократа с его системой проблемных вопросов, выводивших собеседника на границу его незнания). То есть в процессе взаимодействия с педагогическим коллективом проблематизатор обеспечивает рождение собственных информационных запросов, формирует «ученое незнание», помогает педагогам в формулировке познавательных проблем и вопросов в направлении здоровьесбережения и здоровьесотворчества.

Таким образом, на наш взгляд, вышеперечисленные функции должны быть присущи любому научному руководителю инновационной деятельности образовательного учреждения, экспериментальной площадки, независимо от характера и темы курируемой им инновационной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Основы андрагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. А. Колесникова, А. Е. Марон, Е. П. Тонконогая и др. / Под ред. И. А. Колесниковой. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 240 с.