

Дата публикации 17.06.2026

УДК 378.147:613.96

**Закирова И.Х. Диагностика уровней сформированности
здоровьесберегающей компетентности у выпускников педагогического
университета: проблемы и перспективы**

Закирова Инаят Хийирбеговна

магистрант, Сургутский государственный педагогический университет, г. Сургут,
Россия

e-mail: inayat.hiiirbegova@yandex.ru

**Diagnostics of the levels of health-saving competence formation among graduates
of a pedagogical university: problems and prospects**

Zakirova Inayat Khiyirbegovna

Master's student, Surgut State Pedagogical University, Surgut, Russia

Аннотация. В статье раскрыта диагностическая логика оценки уровней сформированности здоровьесберегающей компетентности выпускников педагогического университета. В отличие от работ, ориентированных на построение структурно-содержательной модели подготовки, предметом настоящего исследования выступает процедура выявления дефицитов и уровней компетентности на основе сопоставления объективных и субъективных данных. Эмпирическую базу составили результаты тестирования и анкетирования 144 выпускников, а также экспертный анализ 21 план-конспекта урока. Установлено, что высокая самооценка студентов не всегда подтверждается тестовыми и проектировочными результатами: наиболее выражены дефициты гигиенической грамотности, описания санитарно-гигиенических условий урока, проектирования физкультминуток и вовлечения родителей. Предложены направления коррекции подготовки: диагностический чек-лист, паспорт здоровьесберегающего урока, практико-ориентированные задания и рефлексивные карты педагогической практики.

Ключевые слова: здоровьесберегающая компетентность, выпускники педагогического университета, диагностика, уровни сформированности, критерии оценивания, план-конспект урока, педагогическая подготовка.

Annotation. The article presents a diagnostic approach to assessing the levels of health-saving competence among graduates of a pedagogical university. Unlike studies focused on developing a structural-content model of training, this paper examines the procedure for identifying deficits and competence levels by comparing objective and subjective data. The empirical basis includes testing and questionnaire results from 144 graduates and an expert analysis of 21 lesson plans. The study reveals that high self-assessment is not always confirmed by testing and lesson-design results: the most significant deficits concern hygienic literacy, description of sanitary and hygienic lesson conditions, planning of short physical activities and parental involvement. The article suggests directions for correction: a diagnostic checklist, a health-saving lesson passport, practice-oriented tasks and reflective maps for pedagogical practice.

Keywords: health-saving competence, pedagogical university graduates, diagnostics, levels of formation, assessment criteria, lesson plan, teacher training.

Введение

Современная образовательная организация несет ответственность не только за достижение предметных результатов, но и за создание условий, при которых обучение не ухудшает физическое и психическое состояние обучающихся. В российском нормативном поле это закреплено через требования к охране здоровья обучающихся, соблюдению санитарно-эпидемиологических правил и обеспечению безопасных условий образовательной деятельности [11; 12; 13]. Для педагогического университета это означает необходимость готовить выпускника, который способен не декларативно, а практически учитывать здоровье школьников при проектировании урока.

Федеральный государственный образовательный стандарт по направлению 44.03.05 «Педагогическое образование» задает рамку профессиональной подготовки будущего педагога, однако само наличие дисциплин медико-биологического или психолого-педагогического цикла еще не гарантирует сформированности здоровьесберегающей компетентности [14]. Выпускник может знать отдельные термины, но испытывать затруднения при выборе двигательной паузы, организации рабочего места, снижении зрительной нагрузки, описании психологически безопасной коммуникации и включении родителей в профилактическую работу.

Именно поэтому предметом данной статьи является не построение новой модели подготовки, а диагностика уровней сформированности здоровьесберегающей компетентности. Такой акцент позволяет отделить содержание настоящего исследования от статьи, посвященной структурно-содержательной модели формирования готовности будущих педагогов. Если модель отвечает на вопрос, как организовать подготовку, то диагностика отвечает

на вопрос, какие дефициты уже проявились у выпускников и какие показатели позволяют обоснованно отнести их к тому или иному уровню готовности.

Актуальность исследования определяется противоречием между высокой нормативной и социальной значимостью здоровьесбережения и недостаточной выраженностью практических умений у части выпускников педагогического университета. В научной литературе здоровьесберегающие технологии рассматриваются как совокупность педагогических способов организации обучения, направленных на предупреждение утомления, поддержание работоспособности и развитие культуры здоровья [1; 2; 3]. Однако для выпускника педагогического вуза важна не только осведомленность о таких технологиях, но и способность применить их в конкретной структуре урока.

Цель исследования - определить уровни сформированности здоровьесберегающей компетентности у выпускников педагогического университета, выявить типичные диагностические проблемы и обосновать направления коррекции подготовки будущих педагогов.

Задачи исследования: 1) уточнить теоретические основания диагностики здоровьесберегающей компетентности; 2) определить критерии и показатели оценки мотивационно-ценностного, когнитивного, деятельностно-операционального и рефлексивного компонентов; 3) сопоставить результаты тестирования, анкетирования и экспертного анализа план-конспектов уроков; 4) выделить уровни сформированности компетентности и предложить направления коррекции образовательной подготовки.

Теоретический анализ проблемы

Понятие здоровьесберегающей компетентности в педагогическом образовании целесообразно рассматривать как интегративную характеристику выпускника. Она объединяет ценностное отношение к здоровью, знание физиолого-гигиенических и психолого-педагогических основ обучения, владение

технологиями профилактики утомления и способность анализировать собственные педагогические решения. Такой подход согласуется с исследованиями, в которых готовность к здоровьесберегающей деятельности описывается через взаимосвязь мотивационного, когнитивного, операционального и рефлексивного компонентов [4; 5; 6; 7].

Теоретический анализ показывает, что в диагностике здоровьесберегающей компетентности можно выделить несколько взаимодополняющих подходов. Первый подход - нормативно-гигиенический. Он ориентирует оценивание на знание требований к освещению, проветриванию, посадке обучающихся, режиму работы с экраном, профилактике инфекционных заболеваний и предупреждению зрительного и статического утомления. Его достоинство состоит в измеримости критериев, а ограничение - в том, что знание норм не всегда означает способность применить их в педагогической ситуации [11; 12; 13].

Второй подход - компонентный. Он позволяет рассматривать компетентность как систему блоков: мотивационно-ценностного, когнитивного, деятельностно-операционального и рефлексивного. Преимущество данного подхода заключается в том, что он не сводит готовность выпускника к тестовым знаниям. Например, студент может демонстрировать высокий интерес к теме здоровья, но одновременно допускать ошибки при планировании физкультминутки или при описании безопасной коммуникации на уроке [4; 6; 7].

Третий подход - критериально-уровневый. Он переводит отдельные показатели в уровни сформированности: высокий, средний и низкий. В этом случае диагностика фиксирует не только факт ошибки, но и степень системности профессионального действия. Для педагогического университета такой подход особенно важен, потому что позволяет использовать результаты диагностики как основание для адресной коррекции образовательной подготовки [5; 7].

Четвертый подход - практико-ориентированный. Он предполагает анализ продуктов деятельности студента: план-конспекта урока, технологической карты,

фрагмента занятия, кейса, чек-листа или рефлексивного отчета. Именно в продуктах деятельности видно, переносит ли выпускник теоретические положения о здоровьесбережении в реальное проектирование урока. Этот подход особенно значим для оценки деятельностно-операционального компонента, поскольку позволяет выявить не только знания, но и педагогическое действие [2; 8; 9].

Отдельного внимания требует самооценочная диагностика. Анкетирование по шкале Лайкерта удобно для выявления отношения, уверенности и субъективной готовности студента [10]. Однако самооценка не может выступать единственным источником данных: выпускники нередко оценивают себя выше, чем это подтверждается тестированием и экспертным анализом план-конспектов. Следовательно, достоверная диагностика должна строиться по принципу триангуляции: сопоставления тестовых результатов, самооценки и анализа продуктов педагогической деятельности.

Таблица 1. Теоретические основания диагностики здоровьесберегающей компетентности

Подход	Что проверяет	Сильная сторона	Ограничение
Нормативно-гигиенический	Знание санитарных требований, условий безопасности, профилактики утомления	Позволяет опираться на конкретные нормы и измеримые требования	Не показывает, применяет ли студент нормы в структуре урока
Компонентный	Мотивацию, знания, практические умения и рефлексю	Дает целостное представление о готовности выпускника	Требует нескольких диагностических методов
Критериально-уровневый	Степень сформированности компетентности по уровням	Позволяет перейти от перечня ошибок к профилю подготовки	Нуждается в четких порогах и экспертной согласованности
Практико-ориентированный	Умение включать здоровьесберегающие элементы в план-конспект урока	Выявляет реальные проектировочные дефициты	Трудоемок и зависит от качества экспертного листа

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Сургутского государственного педагогического университета в 2025-2026 учебном году. В выборку вошли 144

студента выпускных курсов направления 44.03.05 «Педагогическое образование» с различными профилями подготовки: ОБЖ и физическая культура, биология и география, русский язык и литература, история и обществознание, дошкольное и начальное образование, математика и информатика, иностранные языки.

Диагностический инструментарий был выстроен с учетом четырех компонентов здоровьесберегающей компетентности. Мотивационно-ценностный компонент оценивался через отношение выпускника к здоровью обучающихся и признание здоровьесбережения профессиональной обязанностью педагога. Когнитивный компонент характеризовал знание анатомии, физиологии, гигиены, санитарных требований и здоровьесберегающих технологий. Деятельностно-операциональный компонент выявлялся через способность включать здоровьесберегающие элементы в план-конспект урока. Рефлексивный компонент определялся через способность выпускника видеть собственные трудности и намечать пути профессионального развития.

Использовались три группы методов. Первая группа - тестирование из 23 вопросов по 8 диагностическим блокам: знание основ анатомии и физиологии, понимание принципов здоровьесбережения, умение создавать безопасную образовательную среду, владение здоровьесберегающими технологиями, способность к мониторингу здоровья, компетентность в вопросах гигиены, умение работать с особыми категориями обучающихся, способность к междисциплинарному взаимодействию. Вторая группа - анкетирование по шкале Лайкерта, направленное на самооценку знаний, умений, мотивации и рефлексии [10]. Третья группа - экспертный анализ 21 план-конспекта урока по 7 критериям.

Для определения уровней сформированности использовалась интегральная интерпретация результатов. Высокий уровень устанавливался при сочетании устойчивых тестовых знаний, содержательного включения здоровьесберегающих элементов в конспект и адекватной рефлексии. Средний уровень фиксировался при наличии базовых знаний и частичной реализации требований в конспекте. Низкий

уровень определялся при выраженных ошибках в ключевых блоках тестирования и отсутствии основных здоровьесберегающих элементов в планировании урока.

Таблица 2. Диагностическая матрица исследования

Компонент	Метод диагностики	Показатели	Интерпретационное значение
Мотивационно-ценностный	Анкетирование, открытые вопросы	Признание значимости здоровья, личный пример, готовность применять профилактические меры	Показывает отношение студента к здоровьесбережению как к профессиональной ценности
Когнитивный	Тестирование	Знание возрастных особенностей, гигиены, санитарных требований, технологий профилактики утомления	Выявляет объективную теоретическую подготовку
Деятельностно-операциональный	Экспертный анализ план-конспектов	Физкультминутки, гимнастика для глаз, организация пространства, безопасная коммуникация	Показывает способность переносить знания в структуру урока
Рефлексивный	Открытые вопросы, самоанализ	Осознание дефицитов, готовность к корректировке, план профессионального развития	Позволяет оценить осмысленность профессиональной позиции

Результаты исследования и их обсуждение

Первый значимый результат связан с расхождением между самооценкой выпускников и объективными показателями их подготовки. Анкетирование выявило высокий уровень субъективной готовности: 66% выпускников полностью согласились с утверждением о знании санитарно-гигиенических требований к организации урока, 74% отметили понимание возрастных физиологических и психологических особенностей обучающихся, 60% заявили о способности спроектировать и провести урок с учетом здоровьесберегающих критериев, 77% полностью согласились с тем, что могут провести динамическую паузу адекватно возрасту и ситуации. На мотивационном уровне показатели также высокие: 86% респондентов признали влияние благоприятного психологического климата на качество обучения, 77% подчеркнули значимость личного примера учителя.

При этом результаты тестирования показали неоднородность подготовки. Наиболее проблемным оказался гигиенический блок: доля ошибочных ответов составила 42%. Выпускники чаще всего затруднялись в вопросах профилактики ОРВИ, физиологического обоснования физкультминуток и требований к рабочему месту для предупреждения зрительного утомления. По остальным блокам доля ошибок была ниже, однако наличие ошибок в безопасной среде, мониторинге здоровья и работе с особыми категориями обучающихся показывает, что отдельные знания не всегда складываются в устойчивый алгоритм педагогического действия.

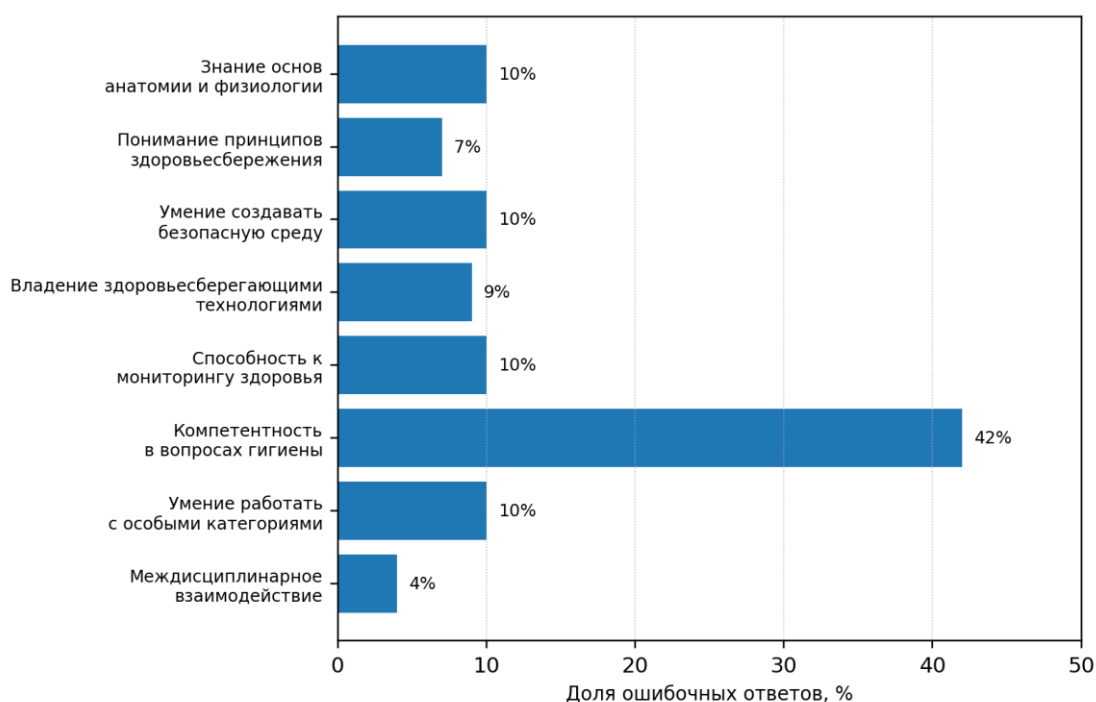


Рисунок 1. Доля ошибочных ответов по диагностическим блокам тестирования

Сопоставление данных позволяет уточнить характер выявленного дефицита. Проблема заключается не в отсутствии у выпускников интереса к теме здоровья, а в недостаточной связи между знанием, самооценкой и практическим действием. Если студент уверен, что владеет здоровьесберегающими технологиями, но в конспекте не предусматривает физкультминутку, не описывает режим зрительной нагрузки и не учитывает санитарно-гигиенические условия, то сформированность компетентности нельзя считать устойчивой.

Второй блок результатов связан с экспертным анализом 21 план-конспекта урока. В большинстве работ студенты корректно формулировали тему, цель, задачи и планируемые результаты, подбирали оборудование и формы работы. Однако здоровьесберегающая составляющая часто оставалась неявной: она не выделялась как самостоятельный элемент проектирования урока и не была связана с конкретными действиями педагога.

Таблица 3. Типичные дефициты план-конспектов уроков (N=21)

Критерий оценки	Доля конспектов с дефицитом	Типичные проявления
Санитарно-гигиенические условия: освещение, проветривание, посадка	90%	Обычно указано только оборудование; организация пространства, посадка и режим работы не раскрыты
Физкультминутки и гимнастика для глаз	88%	Отсутствуют даже при высокой зрительной нагрузке: презентации, карты, работа с текстом
Психологически безопасное обсуждение сложных тем	85%	Не прописаны правила доверительного общения при обсуждении ДТП, заболеваний, кибербуллинга, конфликтов
Обратная связь и вовлечение родителей	100%	Нет семейных заданий, рекомендаций родителям и совместных мини-проектов
Интеграция здоровья в содержание урока	80% для конспектов по географии	Связь содержания урока с образом жизни обучающегося обозначена косвенно или отсутствует

Даже в конспектах по ОБЖ, где содержание урока напрямую связано с безопасностью и здоровьем, не всегда отражались физкультминутки, организация учебного пространства и санитарно-гигиенические условия. Это показывает, что дефицит имеет не только предметный, но и методический характер. Студент может рассуждать о здоровье как о важной ценности, но не переводить эту ценность в конкретные элементы урока [2; 8].

На основе интеграции результатов тестирования, анкетирования и экспертного анализа план-конспектов были выделены три уровня сформированности здоровьесберегающей компетентности: высокий, средний и низкий. При определении уровней учитывались не только проценты правильных

ответов, но и согласованность трех диагностических источников: объективного знания, самооценки и качества продукта педагогической деятельности.

Таблица 4. Уровни сформированности здоровьесберегающей компетентности выпускников

Уровень	Доля выпускников	Диагностические признаки	Педагогическая интерпретация
Высокий (системно-деятельностный)	8%	Верные ответы не менее чем на 85% тестовых заданий; наличие большинства здоровьесберегающих элементов в конспекте; адекватная самооценка и содержательная рефлексия	Выпускник способен самостоятельно проектировать здоровьесберегающий урок и обосновывать выбранные решения
Средний (репродуктивно-ситуативный)	54%	Тестовые результаты в пределах 60-84%; конспект имеет правильную структуру, но здоровьесберегающие элементы представлены частично; самооценка чаще завышена	Выпускник знает основные требования, но применяет их эпизодически и нуждается в чек-листе или методической поддержке
Низкий (фрагментарно-пассивный)	38%	Ошибки в тестировании превышают 40% или затрагивают ключевые блоки; в конспекте отсутствуют физкультминутки, условия, безопасная коммуникация; рефлексия формальна	Готовность носит декларативный характер; необходима целевая коррекция знаний и практических умений

Преобладание среднего уровня показывает, что у большинства выпускников имеются базовые представления о здоровьесберегающей деятельности, но эти представления недостаточно переведены в устойчивые профессиональные действия. Низкий уровень у 38% выборки свидетельствует о риске формального освоения темы: студент может воспроизводить общие положения о здоровье, но не демонстрирует готовности проектировать урок с учетом реальной нагрузки обучающихся. Высокий уровень, выявленный у 8% выпускников, характеризуется согласованностью знаний, действий и рефлексии.

Следовательно, центральная диагностическая проблема состоит в разрыве между мотивационно-ценностным и деятельностно-операциональным

компонентами. Этот разрыв проявляется в трех формах: завышенная самооценка, слабое владение гигиеническим блоком и недостаточное умение включать здоровьесберегающие элементы в план-конспект урока. Именно поэтому коррекция подготовки должна быть направлена на практическое применение знаний и на стандартизацию критериев оценки.

Перспективы коррекции подготовки выпускников

Полученные результаты позволяют выделить несколько направлений коррекции. Первое направление - усиление гигиенического блока в дисциплинах, связанных с основами медицинских знаний, безопасностью жизнедеятельности и здоровьесберегающими технологиями. При этом важно не увеличивать объем теоретических сведений механически, а переводить их в ситуационные задания: определить ошибку в посадке обучающегося, выбрать оптимальную физкультминутку, описать режим работы с экраном, предложить меры профилактики утомления [2; 11; 12; 13].

Второе направление - введение единого чек-листа анализа план-конспекта урока. Такой чек-лист должен включать обязательные позиции: санитарно-гигиенические условия; смена видов деятельности; физкультминутка или гимнастика для глаз; психологически безопасная коммуникация; адаптация для обучающихся с особыми образовательными потребностями; взаимодействие с родителями; рефлексивная оценка эффективности здоровьесберегающих решений [5; 7; 8].

Третье направление - разработка паспорта здоровьесберегающего урока. В нем студент кратко фиксирует, какие риски для здоровья обучающихся возможны на данном занятии, какие профилактические решения используются и как педагог проверяет их результативность. Такой паспорт не заменяет план-конспект, а делает здоровьесберегающую составляющую видимой и проверяемой.

Четвертое направление - усиление практико-ориентированной аттестации. Выпускнику может быть предложено провести фрагмент урока с обязательной динамической паузой и объяснить ее физиологическую необходимость; разработать схему организации учебного пространства; адаптировать задание для обучающегося с повышенной утомляемостью; предложить форму взаимодействия с родителями по теме режима дня, профилактики цифровой перегрузки или безопасного поведения [2; 8; 9].

Пятое направление - развитие рефлексивного блока в дневниках практики. Студент должен не только описывать проведенный урок, но и отвечать на вопросы: какие здоровьесберегающие решения были использованы; какие риски для здоровья обучающихся были предупреждены; какие элементы не удалось реализовать и почему; что необходимо изменить в следующем занятии. Такой формат переводит здоровьесбережение из декларации в предмет профессионального самоанализа [4; 7].

Заключение

Проведенное исследование показало, что диагностика уровней сформированности здоровьесберегающей компетентности выпускников педагогического университета должна носить комплексный характер. Использование только анкетирования не позволяет получить объективную картину, так как самооценка выпускников часто оказывается выше их реальных знаний и проектировочных умений. Более достоверный результат дает сопоставление тестирования, анкетирования и экспертного анализа план-конспектов уроков [5; 7; 10].

Теоретический анализ позволил выделить нормативно-гигиенический, компонентный, критериально-уровневый и практико-ориентированный подходы к диагностике. Их сочетание обеспечивает более точную оценку, поскольку

позволяет учитывать не только знания, но и ценностное отношение, практическое действие и рефлексию выпускника [4; 5; 6; 7].

Наиболее выраженные дефициты выявлены в гигиенической грамотности, проектировании физкультурминут, описании санитарно-гигиенических условий и вовлечении родителей в вопросы здоровья и образования. По итогам диагностики высокий уровень сформированности компетентности показали 8% выпускников, средний - 54%, низкий - 38%. Эти результаты свидетельствуют о необходимости перехода от формального изучения здоровьесберегающих технологий к их обязательному практическому применению в педагогической подготовке.

Перспективы коррекции связаны с внедрением диагностических чек-листов, паспорта здоровьесберегающего урока, практико-ориентированных заданий, кейсов по типичным школьным ситуациям и обязательной рефлексии в дневниках практики [2; 7; 8]. Реализация этих мер позволит повысить объективность диагностики и приблизить подготовку будущих педагогов к реальным требованиям образовательной организации.

Список литературы

1. Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. Москва: АРКТИ, 2005. 320 с.
2. Лебедева К.С., Рыбина О.Е. Использование здоровьесберегающих технологий в процессе подготовки студентов в педагогическом вузе // Научно-педагогическое обозрение (Pedagogical Review). 2022. Вып. 5 (45). С. 120-127. DOI: 10.23951/2307-6127-2022-5-120-127.
3. Купцова С.А. Дисциплины здоровьесберегающей направленности как средство формирования культуры здорового образа жизни студентов в педагогическом университете // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Гуманитарные науки. 2021. № 1. С. 78-82. DOI: 10.37882/2223-2982.2021.01.16.
4. Жуков О.Ф. Структура, содержание, методика оценки профессиональной готовности учителя к здоровьесберегающей деятельности // Сибирский педагогический журнал. 2009. № 1. С. 296-306. EDN: NYDTIH.
5. Зеер Э.Ф., Югова Е.А. Критерии и показатели оценки здоровьесберегающей компетентности студентов // Педагогическое образование в России. 2014. № 10. С. 78-82.
6. Головинова А.А. Анализ совокупности компонентов здоровьесберегающей компетентности студентов // Вестник Алтайского государственного педагогического университета. 2023. № 3 (56). С. 7-13. DOI: 10.37386/2413-4481-2023-3-7-13.

7. Дейкова Т.Н., Мишина Е.Г. Исследование эффективности системы подготовки бакалавров педагогического образования в области здоровьесбережения // Психолого-педагогические исследования. 2023. Т. 15, № 4. С. 25-42. DOI: 10.17759/psyedu.2023150402.

8. Ибрагимова Э.Э., Кропотова Н.В., Анисимов Е.В., Архангельская Е.В., Свириденко И.А. Готовность к здоровьесберегающей деятельности как составляющая профессиональной компетентности педагога // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Социология. Педагогика. Психология. 2025. Т. 11 (77), № 3. С. 60-71.

9. Гулиянц С.Б., Гулиянц А.Б. Подготовка будущих учителей к применению здоровьесберегающих технологий в инклюзивном иноязычном образовании // Вестник МГПУ. Серия: Филология. Теория языка. Языковое образование. 2019. № 3 (35). С. 83-91. DOI: 10.25688/2076-913X.2019.35.3.09.

10. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes // Archives of Psychology. 1932. Vol. 22, № 140. P. 1-55.

Список источников

11. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Статья 41. Охрана здоровья обучающихся. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/48b9101fff215f3aeb122d86593a129a34d96d3c/ (дата обращения: 16.06.2026).

12. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.09.2020 № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи”». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_371594/ (дата обращения: 16.06.2026).

13. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 2 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 1.2.3685-21 “Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания”». URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_375839/ (дата обращения: 16.06.2026).

14. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - бакалавриат по направлению подготовки 44.03.05 «Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки)», утвержден приказом Минобрнауки России от 22.02.2018 № 125. URL: <https://fgos.ru/fgos/fgos-44-03-05-pedagogicheskoe-obrazovanie-s-dvumya-profiljami-podgotovki-125/> (дата обращения: 16.06.2026).