

Министерство образования и науки РФ
ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический
университет»

Факультет подготовки учителей начальных классов
Кафедра математики, естествознания и методики обучения математике и
естествознанию

Специальность «Педагогическое образование»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Магистерская диссертация

**Психолого-педагогическое сопровождение профессиональной
деятельности учителя общеобразовательной школы как фактор
реализации компетенции здоровьесбережения**

Выполнил:

Магистрант _____ группы

Барышникова Юлия Александровна

Научный руководитель:

докт. биол. наук, доцент кафедры

МЕиМОМиЕа

Белоусова Наталья Анатольевна

Челябинск 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ УЧИТЕЛЕЙ	11
1.1. Общее понятие здоровья и компонентов его образующих	11
1.2. Характеристика здоровьесберегающей образовательной среды ..	20
1.3. Особенности состояния здоровья учителей как ведущего элемента здоровьеформирующей образовательной системы	29
Выводы по первой главе.....	34
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	35
2.1. Характеристика обследованного контингента и общая характеристика здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения учителей.....	35
2.2. Методы исследования.....	41
2.2.1. Методы исследования морфологического статуса обследуемого контингента учителей	41
2.2.2. Методы изучения функциональных показателей сердечнососудистой и нервной систем.....	43
2.2.4. Методы определения психоэмоционального состояния и личностного отношения к здоровью	45
2.2.3. Математико-статистические методы обработки результатов исследования.....	48
ГЛАВА III. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	49
3.1. Особенности ценностного отношения к здоровью и эмоционального выгорания у учителей на начальном этапе исследования	49
3.2. Морфофункциональные показатели состояния здоровья учителей на начальном этапе эксперимента	59
3.2.1. Особенности физического развития учителей разных возрастных групп	59
3.2.2. Функциональное состояние сердечнососудистой системы	

учителей разных возрастных групп	62
3.2.3. Функциональное состояние центральной нервной системы учителей разных возрастных групп	67
3.3. Оценка изменения интегральных компонентов здоровья учителей по итогам применения здоровьесберегающей модели сопровождения	70
3.3.1. Особенности изменения ценностного отношения к здоровью учителей разного возраста.....	71
3.3.2. Особенности динамики морфологического статуса учителей разного возраста	73
3.3.3. Изменение функциональных показателей сердечнососудистой и центральной нервной систем учителей разных возрастных групп.....	75
ВЫВОДЫ:	81
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	83
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	93

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье людей считается одной из важнейших социальных задач общества любого государства мира. В связи, с чем на современном этапе развития общества проблема здоровья человека выступает в качестве глобальной мировой проблемы [2]. Многочисленные научные данные [6; 16; 19; 50] свидетельствуют о стойком ухудшении состояния здоровья населения за последнее время, в то время как общество и государство нуждаются в активных, здоровых, творческих, гармонично развитых личностях, успешно реализовывающих свои способности в профессиональной деятельности.

В 21-ом столетии в развивающемся демократическом обществе России формируется потребность в новом типе личности, ориентированной на приоритет собственного здоровья [83]. Здоровье современного индивида формируется под влиянием биологических и социальных факторов. От нормального физического развития, функционирования органов и систем человека зависит способность их организма сохранять устойчивость к экзогенным факторам, адаптироваться к меняющимся условиям внешней среды. Здоровье имеет и экономическую составляющую, особенно актуальную в период экономической нестабильности [75; 82]. Поэтому проблема укрепления здоровья носит стратегический характер для государства и общества в целом.

Так как именно от учителя в значительной степени зависит здоровье подрастающего поколения [9; 10; 29; 47; 78], то специфика образования на современном этапе предъявляет особые требования не только к содержанию образования, организации образовательного процесса, качеству и уровню профессиональной подготовки специалистов образования, но и состоянию физического и психологического здоровья, уровню работоспособности участников образовательного процесса,

здоровьесберегающей образовательной деятельности школы в целом [21; 27; 53; 61].

В сложившейся ситуации глубокий анализ и осмысление современных тенденций здоровья педагогов, поведенческих характеристик социально-гигиенических факторов и факторов профессиональной деятельности, влияющих на здоровье, является одним из важнейших путей совершенствования образовательной среды в рамках здоровьесбережения [21].

Учитель общеобразовательной школы по своей профессиональной и социальной роли является ключевой фигурой учебно-воспитательного процесса, носителем специальных знаний, а также образцом поведения и отношения к здоровью [4]. При этом успешность и результативность образовательной деятельности учителя определяется не только его профессиональной компетентностью, но и во многом зависит от его психофизиологического и физического благополучия, адекватного отношения к своему здоровью и здоровью учащихся [9]. Таким образом, профессиональное здоровье учителя с одной стороны является основой эффективной работы современной школы и, в то же время, выступает в качестве стратегической проблемы современного образования [68; 71; 77].

Вместе с тем многочисленные исследования последних лет [4; 18; 24; 35; 37; 39; 40; 44; 49; 74] указывают на крайне низкие показатели физического и психического здоровья учителей как профессиональной группы, которые снижаются по мере увеличения педагогического стажа работы [78]. На здоровье учителей [5; 7; 24; 47; 57; 58] по мнению большинства исследователей отрицательно влияет обилие субъективных и объективных факторов. В современной образовательной среде деятельность учителей школ насыщена множеством стрессогенных факторов (высокой постоянной ответственности за жизнь и здоровье подопечных учеников, ненормированной продолжительности рабочего времени, высокой плотности межличностных контактов, длительной

модернизацией и реформированием системы образования и др.), которые приводят к истощению нервно-психического состояния педагогов и появлению так называемого синдрома «эмоционального выгорания» (состоянию выраженного эмоционального и умственного истощения) [6; 62; 65]. С увеличением педагогического стажа у учителя происходит нарастание дезадаптационных процессов и психопатологических состояний невротического или психопатического характера [77]. В тоже же время стрессогенная профессиональная среда приводит к появлению ряда профессиональных заболеваний хронической патологии интегративных систем жизнеобеспечения организма: нервной, сердечнососудистой, иммунной, пищеварительной систем, органов дыхания и др. [4, 9, 18].

Не маловажным аспектом в вопросе проблемы здоровья педагогов является низкое мотивационно-ценностное отношение к своему здоровью, низкий уровень культуры здоровья и здорового образа жизни, низкой осведомленностью о факторах риска и способах профилактики профессиональных заболеваний [7, 74].

Исходя из выше сказанного, проблема здоровьесбережения учителей и формирования осознанной мотивации на охрану и формирование личного здоровья педагогов является актуальной.

Однако, несмотря на систематически проводимые исследования в области здоровья участников образования в теоретическом и практическом аспектах [14; 25; 54; 56; 61; 63; 67], в современных педагогических исследованиях недостаточное внимание уделяется освещению вопросов здоровьесбережения педагогов в образовательных учреждениях, способствующей достижению паритета компетентности и сохранения здоровья учителей [45; 79].

Проблема исследования определяется необходимостью разрешения противоречий практической и теоретической направленности. Прежде всего состоящих в требованиях социального заказа, потребностях рынка в

здоровой высоко трудоспособной компетентной личности и недостаточной разработанностью и реализацией в практике образовательных учреждений педагогических подходов к здоровьесбережению таких участников образовательной деятельности как учителей.

Цель исследования: оценить эффективность здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителя общеобразовательной школы.

Объект исследования: процесс совершенствования компетенции здоровьесбережения учителей общеобразовательной школы в ходе психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности.

Предмет исследования: ценностные отношения к здоровью, психофизиологическое и морфофункциональное состояние здоровья учителей разного возраста, как показатель эффективности здоровьесберегающего сопровождения

Гипотеза исследования. Применение здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителя будет способствовать корректровке ценностного отношения к здоровью, укреплению и повышению уровня психофизиологического и морфофункционального здоровья педагогов общеобразовательной школы.

Для достижения цели и доказательства гипотезы исследования определены следующие **задачи:**

1. Изучить состояние разработанности проблемы здоровья и здоровьесбережения в педагогической теории и практике.
2. Теоретически обосновать и спроектировать здоровьесберегающую модель психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителя.
3. Экспериментально подтвердить эффективность разработанной модели в условиях общеобразовательного учреждения.

Теоретико-методологической основой исследования выступили труды ученых и исследователей (И.Ю. Абросимова, А.Г. Асмолов, М.М. Безруких, Э.Н. Вайнер, Г.К. Зайцев, Г.К. Крыжановский, В.Р. Кучма, С.Г. Сериков, Н.В. Третьякова, А.Г. Щедрина и др.), которые занимаются вопросами сохранения, укрепления и развития здоровья, здоровьесберегающих педагогических технологий в образовательных организациях.

Теоретическая значимость результатов исследования состоит в следующем:

Обоснованные в работе подходы к проектированию здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителя на основе данных о состоянии мотивационно-ценностного отношения к здоровью, морфофункционального и психофизиологического уровня здоровья учителей общеобразовательной школы дополняют и конкретизируют существующие теоретические положения, раскрывающие сущность здоровьесбережения ключевых участников образовательной системы.

Апробированная в диссертации здоровьесберегающая модель психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителя вносит вклад в развитие теоретических исследований, посвященных проектированию здоровьесберегающих технологий в образовании.

Практическая значимость результатов исследования: обусловлена возможностью применения целостной модели психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителя общеобразовательной организаций, осуществляющих здоровьесберегающую деятельность, а также в качестве основы для проектирования авторских технологий, направленных на совершенствование здоровьесберегающего образовательного процесса в практике общеобразовательных учреждений.

Исследование проведено в период с 2014 по 2016 гг. на базе МОУ СОШ № 48 г. Копейска Челябинской области. В исследовании приняли участие 58 учителей женского пола среднего возрастного периода, дифференцированных на две группы по критерию возрастной периодизации: первую группу (I гр.) составили женщины первого этапа возрастного периода (средний возраст $28,6 \pm 1,3$ лет), вторую группу (II гр.) – женщины второго этапа среднего возраста (средний возраст $48,7 \pm 1,0$ лет).

Этапы исследования:

1. На основе научно-методических психолого-педагогических разработок осуществлено проектирование и внедрение в деятельность образовательной организации здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителя.

2. Организация и проведение констатирующего эксперимента по оценке мотивационно-ценностного, психофизиологического и морфофункционального состояния здоровья учителей разных возрастных групп, с последующей математико-статистической обработкой и интерпретацией полученных результатов.

3. Экспериментальное подтверждение эффективности разработанной модели в условиях общеобразовательного учреждения: организовать и провести формирующий эксперимент, оценивающий мотивационно-ценностный, психофизиологический и морфофункциональный компоненты здоровья учителей разных возрастных групп, с последующей математико-статистической обработкой и интерпретацией полученных результатов.

Для решения поставленных задач использовался комплекс теоретических и эмпирических методов: анализ литературы и нормативно-правовых документов, программ, учебно-методической документации, регулирующих вопросы здоровьесбережения, моделирование службы сопровождения; методы анкетирования, психодиагностики, аппаратурной

диагностики функционального состояния сердечнососудистой и нервной систем организма, объективные методы оценки физического развития, математико-статистический анализ, обобщение и интерпретация полученных результатов.

Объем и структура диссертации. Магистерская диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников и литературы, приложений. Общий объем работы составляет 97 страниц. Диссертация содержит 10 таблиц, иллюстрирована 15 рисунками, библиографический список литературы включает 85 источников.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ УЧИТЕЛЕЙ

1.1. Общее понятие здоровья и компонентов его образующих

Сложные условия социально-экономического развития нашей страны проявились в высоких показателях заболеваемости и смертности, низких уровнях рождаемости, социальной дифференциации населения [16].

Результаты текущего изучения состояния здоровья населения [2; 8; 16; 26; 31; 39; 50] свидетельствуют о значительном ухудшении последнего, что выражается в его соматической ослабленности, наличии ограниченной симптоматики, тенденции к большей, чем раньше, распространенности сочетанных отклонений. Мониторинг и контроль основных показателей состояния здоровья населения, осуществляемый госструктурами позволяет получать всестороннюю информацию для эффективного и экономически обоснованного влияния на динамику этих процессов, для принятия управленческих решений [51; 64].

Согласно результатам государственной статистической отчетности о состоянии здоровья населения России, отмечается неуклонный рост числа заболеваемости [32]. Темп прироста заболеваемости с 2003 по 2013 гг. в целом по Российской Федерации составил 15,0%. В частности в структуре общей заболеваемости всего населения в 2013 году на первом месте стоят болезни органов дыхания (24,2%), на втором – болезни системы кровообращения (14,2%), на третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,3%).

В связи с вышеизложенным, необходимость принятия специальных мер по сохранению и укреплению здоровья различных групп населения является важной и актуальной задачей государства и общества в целом.

Как отмечает Г.Н. Крыжановский [50], первоочередной задачей в рассмотрении вопроса о здоровье является понимание сущности понятия

«здоровья» и критериев его оценки.

На современном этапе развития научного знания предлагается множество трактовок дефиниции здоровья, в виду его комплексности, разноуровневости и многоаспектности, являющееся одновременно категориальной единицей изучения нескольких наук [81].

Согласно Н.В. Третьяковой [72] категория «Здоровье» рассматривается на нескольких уровнях от общего к частному:

Первый уровень – это общественное здоровье, т.е. здоровье населения целого государства, региона, области или города, которое определяется совокупностью индивидуальных характеристик, выраженных в статистических и демографических показателях;

Второй уровень – это групповое здоровье, т.е. усредненные показатели здоровья малых групп: социальных, этнических, классовых, школьных коллективов и т.д.;

Третий уровень – индивидуальное здоровье, это здоровье отдельно взятого индивида, характеризующееся гармоничной совокупностью структурно-функциональных показателей организма, адекватных требованиям окружающей среде и обеспечивающих его оптимальную жизнедеятельность.

Более подробно следует остановиться на индивидуальном здоровье как базисной составляющей общественного и группового здоровья. По мнению [16] структурной основой индивидуального здоровья является пятиуровневая система:

1-й уровень – интегральное здоровье;

2-й уровень – статусы физического, психического и социального здоровья;

3-й уровень – компоненты статусов здоровья;

4-й уровень – составляющие компонентов здоровья;

5-й уровень – отдельные показатели составляющих здоровья.

Каждый уровень, в свою очередь, содержит различное количество

информационных моделей, отражающих его текущее состояние.

Согласно терминологической классификации Большого психологического словаря Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко [15] под определением «здоровье» отражено сразу несколько трактовок: 1) индивидуальное здоровье – естественное состояние организма на фоне отсутствия патологических сдвигов, оптимальной связи со средой, согласованности всех функций (Г.З. Демчинкова, Н.Л. Полонский); 2) здоровье представляет собой гармоническую совокупность структурно-функциональных данных организма, адекватных окружающей среде и обеспечивающих организму оптимальную жизнедеятельность, а также полноценную трудовую жизнедеятельность; 3) индивидуальное здоровье – это гармоническое единство всевозможных обменных процессов в организме, что создает условия для оптимальной жизнедеятельности всех систем и подсистем организма (А.Д. Адо); 4) здоровье – это процесс сохранения и развития биологических, физиологических, психологических функций, трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни (В.П. Казначеев). В широком смысле, здоровье определяется возможностью организма адаптироваться к новым условиям с минимальными затратами ресурсов и времени.

Э. Гусинский [28], Г.К. Зайцев [36] в своих работах пытаются вовлечь в сферу исследований психологической науки нравственный и социальный аспекты понятия здоровья, и предлагает разделять психическое и психологическое здоровье. Она отмечает, что термин «психическое здоровье» имеет отношение, прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, а термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа, как особого эмоционально-нравственного состояния личности, определенного сознания человека, ориентированного на идеализированные ценности – Истину, Красоту,

Добро.

В общебиологическом плане здоровье можно определить как гармоническое единство всевозможных обменных процессов между организмом и окружающей средой [72]. Результатом согласованного течения разнообразных обменных процессов внутри целостного организма является оптимальная жизнедеятельность органов и систем [2].

Так, В.И. Дубровский [33], характеризуя понятие здоровье, сугубо с функциональной и физиологической позиции, описывает его как особое состояние организма, отражающее биологическую полноценность, трудоспособность, уравновешенность функции его составляющих структур и систем, при отсутствии болезненных проявлений. Основным признаком здоровья, согласно позиции автора, является уровень адаптации организма к условиям внешней среды, физическим и психоэмоциональным нагрузкам.

Интегральный подход к пониманию сущности понятия «здоровье» и критериев его оценки отражен в работах А.Г. Щедриной [82; 83].

Согласно структуре (рис. 1), предложенной автором [82] концептуальным основанием, базисным признаком определения понятия «здоровье» является динамическая многомерная целостность организма, позволяющая человеку поддерживать тот или иной уровень жизнедеятельности, в различной степени реализовывать биологические и социальные функции. Признаки, характеризующие здоровье, сами по себе являются целостностями, интегрально отражающими различные стороны здоровья; они могут быть выражены количественно, соподчинены и логически связаны друг с другом.



Рис. 1. Структура индивидуального здоровья человека по А.Г. Щедриной [82].

Характеризуя структуру индивидуального здоровья, автор указывает на то, что разнообразие комбинаций элементов системы «здоровье», свойственных конкретному человеку, определяет уровень его здоровья, жизнеспособности. То есть, здоровье человека характеризуется индивидуальными проявлениями, которые могут быть сгруппированы в определенную типологию. Например, по результатам диспансеризации может быть выделена группа лиц с негармоничным физическим развитием за счет избыточной массы тела, с низким уровнем неспецифической резистентности и иммунной защиты, с низкими резервами сердечнососудистой системы, различными сочетаниями этих или других отклонений, что позволит целенаправленно осуществлять профилактику, коррекцию, реабилитацию [83].

Обобщая вышеизложенные авторские позиции можно заключить, что ядром понятия здоровья является способность человека сохранять свой гомеостаз через совершенную адаптацию к меняющимся условиям среды,

т.е. активно сопротивляясь таким изменениям с целью сохранения и продления жизни [2; 8; 75; 81; 83].

Особенности теорий адаптивного реагирования заключаются в следующем: 1) здоровье обеспечивается механизмами адаптации, т.е. приспособления к изменениям внешней и внутренней среды; 2) механизмы адаптации действуют благодаря наличию функциональных резервов в каждой из систем организма, взаимодействующих между собой на основе принципа неустойчивого равновесия (при воздействии на организм внешних и внутренних факторов происходят перестройки во взаимодействии его систем, в самих системах и в организме в целом – реализуется механизм адаптации); 3) сумма резервов всех систем организма создает запас «прочности», который называют потенциалом здоровья или уровнем здоровья; 4) потенциал здоровья может увеличиваться под воздействием специальных тренировок и при правильном образе жизни, а также может снижаться при неблагоприятных воздействиях и невозполнимых утратах резервов систем организма; 5) увеличение потенциала здоровья достижимо только собственными усилиями человека [2].

В зависимости от величины резервов адаптации, т.е. потенциала здоровья, выделяют четыре состояния организма человека:

1. Состояние с достаточными резервами адаптации - здоровье;
2. Состояния, при которых функции организма реализуются повышенным напряжением адаптационных механизмов;
3. Состояния со снижением резервов адаптации - предболезнь;
4. Состояние срыва адаптации – болезнь.

Большинство современных исследований [13; 19; 46; 70; 81; 83] указывает на триединство составляющих здоровья человека.

Так, в частности, Д.З. Шибкова [81] выделяет три вида здоровья: физическое, психическое и социальное. Социальное здоровье трактуется автором как система ценностей, установок и мотивов поведения личности

в социальной сфере и профессиональной деятельности.

Аналогичную идею трёхкомпонентной структуры здоровья развивает в своей работе К. С. Хруцкий [76], который при описании понятия здоровье и его составляющих, базируется на анализе организации человеческого бытия согласно теории потребностей П. В. Симонова. Автор рассматривает психофизиологическую организацию существования человека в окружающем мире через призму биологического (физиологического, вегетативного, физического), душевного (чувственного) и духовного (идеального) уровня организации человека. Его позиция такова, что здоровый человек всегда предстает перед нами в гармоничной целостности всех трех порядков своего бытия: физического (биологической жизни), душевного (социальной адаптированности) и духовного (личностной удовлетворенности).

На триединство составляющих здоровья человека указывается и в уставе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ): здоровье есть состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Таким образом, на сегодняшний день основными составляющими (видами) здоровья человека являются: соматическое (телесное) здоровье – текущее состояние органов и систем органов человека; физическое здоровье – уровень развития и функциональных возможностей органов и систем организма; психическое здоровье – состояние психической сферы человека; нравственное здоровье – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека.

Основу соматического здоровья составляет биологическая программа индивидуального развития человека, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими у него на различных этапах развития.

Основу физического здоровья создают морфологические и функциональные резервы клеток, тканей, органов и систем органов,

которые обеспечивают приспособление организма к воздействию факторов окружающей среды.

Основу психического здоровья составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающего адекватную регуляцию поведения. Это состояние обуславливается потребностями и биологического, и социального характера, а также возможностями их удовлетворения. Правильное формирование и удовлетворение базовых потребностей составляет основу психического здоровья.

Основу нравственного компонента здоровья человека определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде.

Рассматривая здоровье человека в качестве системного объекта В. Н. Ростовцев [66] выделяет три ключевых аспекта в изучении здоровья населения: 1) аспект сущности здоровья, включающий генетический, физический и психосоциальный блоки; 2) аспекты оценки здоровья, которое может отражать как состояние в конкретный момент времени, в определенный онтогенетический период развития или в популяционной динамике; 3) аспект нормы, отражающий структурный и статистический критерии.

В то же время, И.И. Брехман [17] вопрос о норме здоровья считает абстрактным, означающим состояние, предшествующее заболеванию/ Данное состояние может быть неодинаковым у разных людей, следовательно, не существует однозначного понятия нормы, применимого везде и всюду. Под нормальным состоянием целесообразно понимать не столько нахождение определенных показателей в заданных диапазонах значений, соответствующих среднестатистической норме, сколько сохранение способности так регулировать свои параметры, чтобы обеспечивать уравнивание со средой в различных ситуациях, в соответствии с эволюционно сложившимися адаптационными резервами [8, 75].

С позиции нормы представлены трактовки физического, психического и социального здоровья в исследованиях В. Белова, В. Гриценко, А. Котовой [12]. Так, физическое здоровье есть состояние, при котором интегральные показатели основных физиологических систем организма лежат в границах физиологической нормы и адекватно меняются при взаимодействии человека со средой, выполняя системную функцию. Психическое здоровье представлено состоянием мозга, при котором его высшие отделы обеспечивают нормальное адекватное для данного общества интеллектуальное, эмоциональное и сознательно-волевое взаимодействие с социальным окружением, с функцией внутрисистемного информационного гомеостаза мозга. Социальное здоровье трактуется как состояние высших отделов мозга, структура информационных моделей которых обеспечивает адекватные для общества морально-этические проявления личности, выполняя функцию системно-средового информационного гомеостаза.

Интегрировав вышеизложенные положения понятия здоровья В. В. Колбанов [48], предложил следующую трактовку здоровья: – это континуум естественных состояний жизнедеятельности, характеризующихся способностью организма к совершенной саморегуляции, поддержанию гомеостаза, самосохранению и самосовершенствованию соматического и психического статуса при оптимальном взаимодействии органов и систем, адекватном приспособлении к изменяющейся окружающей среде (физической, биологической, социальной), использовании резервных и компенсаторных механизмов в соответствии с фенотипическими потребностями и возможностями выполнения биологических и социальных функций. Отсутствие какого-либо из перечисленных признаков означает частичную или полную утрату здоровья. Полная утрата здоровья несовместима с жизнью.

Таким образом, существует множество подходов к определению

понятия здоровья. Обеспечение жизнедеятельности человека происходит на биологическом (физиологическом), психологическом и социальном уровнях посредством двух основополагающих механизмов: сохранения здоровья и повышения его резервов.

1.2. Характеристика здоровьесберегающей образовательной среды

Актуальность проблемы здоровьесбережения участников образования, совершенствование методов и моделей управления здоровьесбережением обосновывается большинством современных исследований в области возрастной физиологии, гигиены, психологии, социологии и медицинских областях знания [1; 3; 11; 20; 22]. Междисциплинарным исследованиям по проблеме здоровьесбережения посвящены работы Э. Н. Вайнера [19], В.А. Вишневого [21], Н.Л. Селивановой [27], Э.Н. Ильясовой [41]. Созданы авторские здоровьесберегающие программы и методики [1; 22; 34; 38; 55; 70; 80; 84].

Однако ключевым вопросом изучения остается понимание сущности здоровьесберегающей среды, ее специфики и структуры.

Как известно Г.К. Зайцев [36] здоровье детей и подростков в процессе их развития, созревания и взросления не только способно сохраняться или наращиваться, но определенным образом строиться и перестраиваться, в связи, с чем актуальной становится задача формирования ценностного отношения к собственному здоровью. Исходя из данного положения, здоровье, его сохранение и укрепление выступают в качестве педагогических категорий. Соблюдение принципа формирования здоровья должно обеспечить формирование основных компонентов здоровья детей и подростков на протяжении всей их образовательной деятельности [23].

В аспекте данного вопроса ключевую позицию занимает проблема

здоровья педагога [4; 47; 49], так как от состояния здоровья учителя в большой степени зависит продуктивность учебно-воспитательного процесса.

Установка на здоровый образ жизни и здоровье не появляется сама по себе, она формируется в процессе семейного и педагогического воздействия, а его соблюдение должно обеспечить человеку совершенствование механизмов сохранения и повышения адаптационных резервов организма путем целенаправленного оздоровления собственного образа жизни [72]. Как утверждает И.И. Брехман, сущность педагогического компонента в здоровьесберегающем обеспечении жизнедеятельности состоит в обучении здоровью с раннего возраста [17]. При этом, по мнению И.С. Синицина [69], в современных условиях модернизации образования, обусловившей консолидацию культурологического и компетентностного подходов, важно формировать у участников образования не столько ценностное отношение к здоровью, но прежде всего компетентности здоровьесбережения. Компетентность здоровьесбережения с позиции автора, обусловлена не только с усвоением знаний и способов деятельности по сохранению и укреплению собственного здоровья, но и присвоением ценностных ориентаций о значимости здоровья и здорового образа жизни, норм и правил гигиены.

С позиции Р. А. Березовской, Л. В. Куликова [52] отношение к здоровью, представляет собой систему определенных взаимоотношений личности с разнообразными явлениями окружающей среды, способствующих или препятствующих здоровью индивидов, а также определенную оценку личностью своего физического и психического состояния. Остановившись на психическом отношении индивида к собственному здоровью, следует охарактеризовать три главных его компонента: когнитивный, эмоциональный, мотивационно-поведенческий. Когнитивная составляющая отношения к здоровью во многом зависит от психологической компетентности личности, характеризует знания

человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих как негативное, так и позитивное влияние на здоровье человека. Эмоциональный компонент отношения к здоровью отражает чувства и переживания человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности его эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия человека.

По мнению Л.В. Куликова [52], отношение к здоровью, то есть предрасположенность к сохранению или растрачиванию здоровья рассматривается как личностное качество. Причем данное свойство является противоречивым. С одной стороны, ценность здоровья в бытовом и научном познании достаточно велика. Однако в установке на сохранение здоровья выраженность действенного, поведенческого компонента зачастую несоизмеримо мала по сравнению с объемом знаний о здоровье, или силе эмоциональных реакций на его ослабление.

Наиболее перспективным, по нашему мнению, является ориентация образовательной организации на сохранение здоровья обучающихся путем организации здоровьесберегающего и здоровьесформирующего образования [11; 68; 71; 81].

Гармонизация системы «образование» – «здоровье», безусловно, является перспективным направлением в повышении качества образования [21]. Современная система лично ориентированного развивающего обучения, базируясь на здоровьесформирующих технологиях, становится инструментом высокоэффективного воспитательно-образовательного процесса при обязательном условии повышения уровня здоровья обучающихся. Понимая главную цель обучения, как развитие личности, школа, формируя общекультурные компетенции и универсальные учебные действия, расширяет способности обучающихся к самостоятельному присвоению знаний и творческому решению любой теоретической или практической задачи, в том числе и в области формирования культуры

здоровья и безопасного образа жизни [82].

Здоровьеформирующая деятельность школы имеет своей целью мотивировать у участников образовательного процесса потребность в саморазвитии, самопознании, самосовершенствовании, что означает формировать духовное, психическое и соматическое здоровье собственными силами [56].

Биологические и социальные потребности, мотивационные установки и жизненные ценности, а не только интеллектуальные способности определяют направление развития и самоопределения личности [61]. Одной из сложнейших задач современной школы является формирование культуры здоровья и безопасного образа жизни как основной биологической и социальной потребности каждого человека. Из всех жизненных ценностей именно здоровье должно стать доминантой на всех этапах роста, развития и социализации личности.

Как отмечает большинство исследователей [61; 70; 78; 82] ценностные ориентации на здоровый образ жизни, устойчивые потребности в сохранении и совершенствовании здоровья, использование эффективных средств организации рационального режима обучения и активного отдыха, занятия физкультурой и спортом формируются при обеспечении соответствующих педагогических условий, направленных на организацию здоровьесберегающего образования.

Исходя из вышеизложенного, ключевым условием реализации системной модели здоровьесбережения является создание управления здоровьесберегающей деятельности образовательной организации. Согласно исследованиям О.С. Гладышевой [23] в основе системной модели образовательной организации, содействующей здоровью, лежит трехуровневая система управления, представленная на рисунке 2.

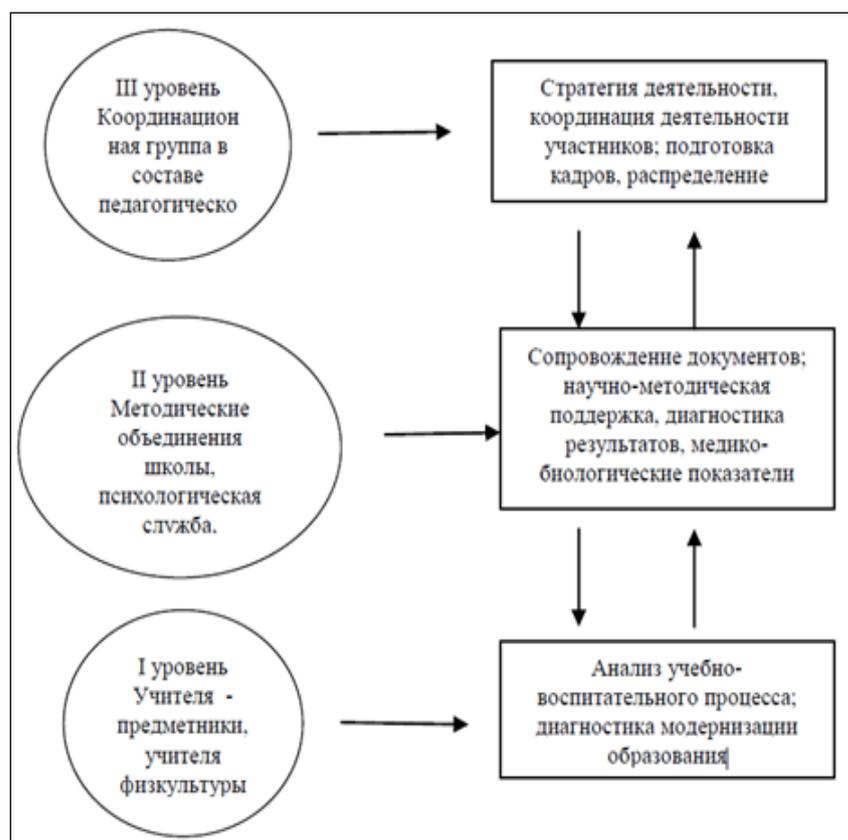


Рис. 2. Системная модель управления здоровьесберегающей деятельностью образовательной организации (О.С. Гладышева [23]).

Данная модель здоровьесберегающего образования включает в себя деятельность всего педагогического состава и служб школы: психологическую, социальную, медицинскую. Каждый уровень системной модели имеет свои обязанности и, используя диагностический инструментарий, координирует деятельность, направленную на сохранение и укрепление здоровья всех членов образовательного процесса.

Важным элементом системной модели является организация коммуникативной среды образовательной организации. Так как все взаимоотношения в педагогической системе построены на человеческом общении, то этот элемент в значительной степени определяет не только эффективность этого взаимодействия, но и его характер, качество.

Рассматривая опыт региональной разработки модели управления здоровьесберегающего образования следует остановиться на разработке

творческого коллектива ЧГПУ и МОУ гимназии №10 под руководством д.б.н., профессора Шибковой Д.З. [70; 81]. Согласно разработанной модели системообразующим элементом в управлении здоровьесформирующей образовательной средой школы является единая внутришкольная служба сопровождения развития учащихся, которая является системной технологией оказания комплексной квалифицированной поддержки на разных этапах обучения ребенка, которая включает психологический, медико-биологический, социальный, физический, педагогический компоненты [70]. При этом единая внутришкольная служба сопровождения рассматривается авторами как эффективная форма интеграции и взаимодействия всех субъектов образовательного процесса (обучающихся, администрации школы, классных руководителей, учителей-предметников, социальных педагогов, педагогов-психологов, медицинского персонала, педагогов дополнительного образования, педагогов-организаторов) для достижения высокого качества образования при условии сохранения здоровья обучающихся. Такая трактовка теоретических и практических аспектов сопровождения учащихся в образовательном процессе находится в полном соответствии с представлениями о расширении целей образования, в число которых, согласно Концепции модернизации российского образования, включены цели развития, воспитания, обеспечения физического, психического, психологического, нравственного и социального здоровья детей.

Согласно разработанной модели мониторинга здоровья [81], деятельность образовательных учреждений описывается структурой управления процессом формирования культуры здорового и безопасного образа жизни (КЗиБОЖ) предложенной на рисунке 3.



Рис. 3. Структура управления деятельностью образовательного учреждения по формированию культуры здорового и безопасного образа жизни (Д.З. Шибкова, [81]).

Таким образом, рассматривая школу с точки зрения предоставляемых ею образовательных возможностей, то интегративным критерием качества образовательной среды являются ее способность обеспечить всем субъектам образовательного процесса систему возможностей для эффективного личностного саморазвития. Именно это и есть основной критерий здоровьесберегающей среды обучения в образовательном учреждении.

По мнению И.М. Улановской [73] здоровьесберегающая образовательная среда школы складывается из трех основных блоков.

Первый блок – результативный. Главным результатом воздействия образовательной среды на школьников является тот эффект, который они получают в своем развитии. При этом речь идет не только о развитии интеллектуальных способностей детей, но и о влиянии образовательной среды на особенности социального и индивидуально-личностного развития учащихся.

Второй блок – процессуальный. Он определяет средства, которыми школа достигает своего развивающего эффекта. Эти средства могут быть

самыми разнообразными, они охватывают все стороны внутренней жизни школы: организацию учебного процесса и способы взаимодействия в системе «учитель – ученики», социально-психологическая структура классов и критерии формирования межличностных отношений между учащимися.

Третий блок – целевой, который характеризует школу с точки зрения тех внутренних задач, на решение которых реально направлены ее усилия, время и средства.

Согласно Д.З. Шибковой [81], процесс здоровьесбережения должен интегрировать три основных направления сохранения и укрепления здоровья обучающихся: физическое, психическое и социальное.

Физический блок здоровьесберегающего образования отражает сохранение гармоничного физического развития учащихся, соблюдение медицинских и санитарно-гигиенических требований к образовательному процессу в школе. Благодаря чему поддерживается или восстанавливается работа жизнеобеспечивающих интегральных систем организма (сердечнососудистой, дыхательной и т.п.), уровень физических качеств (сила, выносливость, гибкость и т.п.), определяющих работоспособность организма человека. Для этой составляющей основными факторами оздоровления учащихся являются двигательная активность, личная и общественная гигиена, экология предметно-пространственной среды.

Психическая составляющая здоровьесберегающего образования связана с обеспечением полноценного функционирования познавательных и эмоционально-волевых психических процессов, систем самоорганизации и самоуправления личности. Главными факторами оздоровления выступают организация учебно-познавательной деятельности учащихся, самопознание, овладение приемами саморегуляции и саморазвития.

Социальный компонент здоровьесберегающего образования направлен на развитие и гармонизацию отношений с окружающим социумом, принятие себя, идентификация в окружающем мире. Ведущими

факторами оздоровления является мировоззрение учащихся как система знаний, взглядов, убеждений и идеалов, определяющих отношение и поведение человека во всех сферах его жизнедеятельности.

Степень интегрированности физической, психологической и социальной составляющих определяют уровни развития здоровьесберегающего образования общеобразовательного учреждения. При этом выделяются два уровня развития здоровьесберегающего образования – интеграция и дезинтеграция составляющих образования. В результате достижения гармоничного уровня происходит сохранение и укрепление здоровья учащихся. Если образование находится на дисгармоничном уровне развития, то происходит снижение уровня здоровья учащихся вплоть до состояния болезни [81].

Рассматривая структурную организацию модели здоровьесберегающего образования интересную позицию, отражающую современные требования стандартов качества, обосновывает в своей работе Н.В. Третьякова [72]. Согласно авторским заключениям процесс здоровьесбережения в образовании понимается как устойчивая и целенаправленная совокупность взаимосвязанных видов деятельности по охране и укреплению здоровья обучающихся, которая по определенной технологии преобразует входы в выходы, представляющие ценность для потребителей от государства и общества с одной стороны до обучающихся и их родителей - с другой.

Качество здоровьесбережения с позиции структурного моделирования должно характеризоваться совокупность элементов, обеспечивающих успешную реализацию здоровьесбережения. Его пространство включает цели и содержание образовательного процесса (валеологические программы), субъектов здоровьесбережения (обучающихся и их родителей, педагогических и социальных работников, психологов и т. п.) и способы образовательных процессов (здоровьесберегающие методы и технологии).

В содержании представленных процессов интегрированы все аспекты работы образовательного учреждения в области сохранения и укрепления здоровья с учетом межведомственного социального партнерства. Более того, предложенная структура службы здоровья позволяет развести сферы компетентности специалистов различных областей (образования, физической культуры, здравоохранения и др.), не предполагая при этом разобщенности их усилий, обеспечивая сохранение стратегически единого вектора, центрированного на достижении цели – формирование здоровтворческой личностной позиции обучающихся.

Таким образом, для достижения цели здоровьесбережения в образовательной организации необходимо осуществление специальных мер всеми участниками образования, направленных на сохранение и повышение уровня здоровья, при сохранении качества образования.

1.3. Особенности состояния здоровья учителей как ведущего элемента здоровьесформирующей образовательной системы

Здоровье каждого человека определяется соотношением внешних и внутренних факторов, влияющих на его организм и возможностями самого организма противостоять нежелательным воздействиям. Степень успешности этой деятельности определяет направления усилий по сохранению и укреплению здоровья [83]. В связи с этим представляется важным рассмотреть факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на организм человека, в аспекте охраны здоровья участников образовательного процесса - учителей.

Немаловажными аспектами в данном вопросе являются причины, прямо или косвенно обуславливающие эффективность деятельности педагога. Основными факторами, согласно авторским исследованиям [6; 35], являются группа информационных факторов: временной фактор, отражающий временные параметры деятельности учителя (дефицит

времени при решении задачи, высокий темп предъявления информации); организационный – определяющий условия деятельности в конкретном их формате (методы и формы организации); семантический, выраженный в субъективной сложности задачи, неопределенности момента и/или формата предъявления информации, дефицит и противоречивость информации. Также результативность и характер образовательной деятельности обуславливаются индивидуальными (личностными, психологическими, физиологическими) особенностями человека и уровнем его здоровья [85].

Особым фактором, влияющим на функциональное состояние и уровень здоровья, а следовательно, и адаптационные возможности личности современных учителей, является неблагоприятная экологическая обстановка среды обитания [2]. Особо актуален данный вопрос для педагогов, проживающих в крупных промышленных мегаполисах и территориях подвергшихся значительному антропогенному загрязнению [4].

Как известно [19; 82], заболевания определяются биологическими факторами на 20 % и на 50 % - образом жизни, и прежде всего: распространенностью вредных привычек, степенью рациональности питания, уровнем двигательной активности, культуры здоровья, сформированностью мотиваций на заботу о своем здоровье, проведением закалывающих мероприятий и др.

Согласно исследованиям [4; 19] категория здоровье у современного человека в системе ценностно-мотивационных ориентаций является не самостоятельной жизненной ценностью, а особым актуальным ресурсом инструментального характера для достижения жизненных целей.

Успешность профессиональной деятельности учителя характеризуется тесной взаимосвязью с функциональным состоянием организма, уровнем физической подготовленности, ухудшение которых отражается на показателях здоровья, ведет к снижению работоспособности

и повышению утомляемости [85].

В этой связи важно определить, что такое профессиональное здоровье учителя и охарактеризовать ключевые факторы его определяющие.

Ряд авторов [4; 6; 7; 35; 58] в определении профессионального здоровья учителя делают акцент на свойствах личности, позволяющих оптимизировать работоспособность при реализации профессиональной деятельности. Так, в частности, О.В. Кисель [45], профессиональное здоровье учителя трактует как комплексное физическое, психическое, духовное, социальное состояние педагога, обеспечивающее активное, продуктивное выполнение профессиональных функций, сопротивление негативным факторам стрессогенной профессионально-образовательной среды.

Л.М. Митина [58] выдвигает первоочередно способность организма сохранять и активизировать компенсаторные, защитные, регуляторные механизмы, которые обеспечивают работоспособность, эффективность и развитие личности учителя в его профессиональной деятельности.

А.А. Чирков [79] под здоровьем учителя понимает совокупность физических, психических и личностных качеств, обуславливающих оптимальную профессиональную деятельность и способствующих сохранению профессионального долголетия.

В тоже время, проведенные исследования анализа состояния здоровья педагогов общеобразовательного звена обучения [9; 35; 37; 40; 47], указывают на крайне низкие показатели соматического, психического здоровья последних.

Деятельность учителя связана с периодическим, относительно длительным воздействием социальных, экологических, информационных, гигиенических факторов, которое сопровождается негативными эмоциями, перенапряжением физиологических и психических функций, а, следовательно, нарушением эффективности и качества профессиональной

деятельности [7; 35].

Так в исследовании О.Ф. Жукова [35], направленного на оценку состояния здоровья учителей одного из лицеев г. Ульяновска, установлено, что порядка 70% респондентов констатировали отклонения в состоянии здоровья. Ведущими нозологиями у обследованных учителей по данным автора, являлись патология органов зрения – 68%; сердечно-сосудистые заболевания – 48%; заболевания опорно-двигательного аппарата – 44%. Также отмечена высокая частота встречаемости сочетанных заболеваний. Анализ факторов заболеваемости у учителей выявил превалирование (более 90% ответов респондентов) в структуре причин специфику профессиональной деятельности, связанную с перенапряжением, перегрузками, психотравмирующими факторами и т.д. На втором месте (порядка 70% опрошенных) расположился фактор, связанный с низкой двигательной активностью педагогов. Третью группу факторов занимают социальные причины (отсутствие достойной системы социальной поддержки, низкая заработная плата) – около 60%. Важно отметить, что около трети учителей (32%) отмечают у себя отсутствие специальных знаний по профилактике профессиональных заболеваний. Анализ весоростовых показателей свидетельствует, что нормальный вес характерен четверти обследованных, превалирующему большинству свойственен высоки индекс массы тела, с признаками ожирения выявлено более 30% обследованных [35].

Подобные результаты, свидетельствующие о низком уровне физического здоровья, были получены в исследованиях И.Г Ильченко [40], В.В. Бутяевой [18]. Так, в первом исследовании [40] установлено, что низкий уровень физического здоровья свойственен 86% обследованных учителей, ниже среднего выявлен у 12%; в другом, при анкетировании учителей средних школ г. Ростова-на-Дону, констатированы различные отклонения в состоянии здоровья у 70% респондентов [18].

В исследованиях В.В. Звягиной [37] указывается на низкие

показатели физического и психологического здоровья учителей, а также то, что показатели физического и психического здоровья снижаются по мере увеличения стажа работы в школе.

В своей работе Багнетова Е.А. [7] попыталась обобщить профессиональные риски педагогической среды. Среди ведущих факторов риска, влияющих на здоровье педагогов, авторами обозначены следующие: высокое психоэмоциональное напряжение; повышенные требования к вниманию, памяти; постоянную нагрузку на речевой аппарат; гиподинамию; ортостатические нагрузки; неудовлетворенность своей трудовой деятельностью; низкий уровень психологической и навыков самоорганизации у некоторых педагогов.

Вышеобозначенные факторы нервно-психического напряжения профессиональной деятельности, обуславливают высокий процент случаев у педагогов хронических патологий нервной (в том числе и сенсорных органов, в частности нарушения зрения), сердечнососудистой, иммунной и пищеварительной систем, органов дыхания и нарушения голосообразования др.[9; 24]. Среди наиболее часто встречаемых нозологий авторы [9; 24; 44] отмечают астеноневротические состояния, выраженные в смещение ценностных ориентации на органические и бытовые аспекты, эмоциональном выгорании; выраженные признаки тревожности и нервов; гипертонические проявления, вегетососудистой дистонии, стенокардии, заболевания верхних дыхательных путей, нарушения зрения, остеохондроз, варикозное расширение вен нижних конечностей и др.

Выводы по первой главе.

Здоровье с позиции научной литературы рассматривается как сложный, системный, комплексный феномен, являющийся необходимым элементом активной и нормальной жизнедеятельности современного человека. Согласно современным концепциям здоровье индивида имеет комплексную специфику, характеризуемую физическим, психологическим и социальным компонентами.

Анализ научных исследований свидетельствует, что стрессогенная профессиональная среда учителя общеобразовательной школы приводит к нервно-психическому напряжению и появлению ряда профессиональных заболеваний откладывающих отпечаток на функциональном состоянии интегративных систем жизнеобеспечения организма.

В образовательной организации для достижения цели здоровьесбережения педагогов как профессиональной категории необходимо осуществление специальных мер, направленных на сохранение и повышение уровня здоровья, совершенствование компетентности здоровьесбережения.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика обследованного контингента и общая характеристика здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения учителей

Исследование проводилось в период с 2014 по 2016 гг. на базе МОУ СОШ № 48 г. Копейска Челябинской области.

В исследовании приняли участие 58 учителей женского пола среднего возрастного периода. Согласно возрастной периодизации онтогенеза человека (Москва, 1965), средний возраст женщин приходится на период 21-55 лет. И дифференцируется на два этапа первый – 21 - 35 лет, второй 36 - 55 лет. В связи с чем, общая выборка учителей была дифференцирована на две группы по критерию возрастной периодизации: первую группу (I гр.) составили женщины первого этапа возрастного периода (средний возраст $28,6 \pm 1,3$ лет), вторую группу (II гр.) – женщины второго этапа среднего возраста (средний возраст $48,7 \pm 1,0$ лет).

В данном образовательном учреждении особое внимание уделяется вопросам здоровьесбережения образовательной среды школы. На базе школы была разработана и апробирована на практике модель психолого-педагогического сопровождения здоровьесбережения педагогов.

Основываясь на научные достижения специалистов в области психолого-педагогического сопровождения участников образовательной системы (Т.В. Анохина, Б.В. Бедерханова, К. Валстром, О.С. Газман, С.Д. Поляков, А.С. Якиманская и др.) психолого-педагогическое сопровождение здоровьесбережения педагогов можно сформулировать, как систему педагогической деятельности, направленной на раскрытие личностного потенциала субъекта взаимодействия, преодоление психологических и социальных трудностей с целью применения знаний, умений, ценностных ориентаций в здоровьесберегающей деятельности, готовности и способности заботиться о собственном здоровье и здоровье

окружающих.

Согласно ряду исследований [21; 42; 44; 59; 81] обеспечение педагогической поддержки и практическая реализация функции сохранения и укрепления здоровья педагогического состава общеобразовательной школы определяет необходимость создания управленческой системы - комплексной службы сопровождения, включающий различные блоки: психолого- педагогической, медико-биологической и социальной.

Методологической основой модели психолого-педагогического сопровождения здоровьесбережения учителей выступили следующие подходы:

- аксиологический подход, предполагающий изменения мировоззренческих установок, формирование культуры здорового и безопасного образа жизни у педагогов общеобразовательной школы, как в личностной, так и профессиональной сферах, в соответствии с которыми «здоровье» и «здоровый образ жизни» рассматриваются как базовые ценности жизнедеятельности каждого индивида;

- личностно-ориентированный подход, определяет приоритетность потребностно-мотивационной сферы и ценностной основы развития личности педагога, учет его индивидуальных психофизиологических особенностей. Подход предполагает опору на процесс профессионального саморазвития учителя, учет намерений и склонностей при организации здоровьесберегающей профессиональной среды;

- компетентностный подход предполагает организацию здоровьесберегающей образовательной деятельности, нацеленную на формирование ряда профильных здравотворческих и здоровьесберегающих компетенций;

- деятельностный подход, позволяющий выстроить необходимую практическую деятельность службы сопровождения и учителя через активные формы межличностного взаимодействия и обучения,

направленных на реализацию здоровьесберегающего педагогического процесса и совершенствование компетенции здоровьесбережения учителей;

- системный подход, который рассматривает школу как управляемую систему и позволяет организовать необходимые, задаваемые целеполаганием изменения в образовательном процессе для реализации здоровьесберегающей деятельности через создание соответствующих педагогических условий, включая оптимальное и адаптивное управление элементами системы на основе мониторинга получаемых результатов, позволяющих оценить эффективность поставленной цели.

Психолого-педагогическая модель сопровождения профессиональной деятельности учителей должна нести ответственность за формирование и сбережение здоровья каждого участника проекта в течение всего периода реализации.

Модель организации службы сопровождения здоровьесбережения учителей общеобразовательной школы представлена на рисунке 4.

Формирование компетентности здоровьесбережения у учителей образовательной организации предполагает изменения в организации образовательной среды школы: во-первых, первоочередной является деятельность, связанная с внедрением многоуровневой модели системы управления образовательной организации; во-вторых - изменения в организации педагогического процесса на основе здоровьесберегающей и здоровьеформирующей деятельности; в-третьих - создание в образовательной организации системы комплексного медико-психологического мониторинга.



Рис. 4. Схема модели психолого-педагогического сопровождения здоровьесбережения педагогов школы.

Целеполагающим компонентом системы является сохранение и укрепление физического, психологического и нравственного здоровья как критерия благополучия жизнедеятельности человека, закрепленное в базовых нормативных государственных актах.

Образовательное учреждение как социальный институт, обуславливает передачу цели государства в области здоровьесбережения всех участников образовательной системы. Учитель как ключевой элемент образовательной системы должен не только формировать культуру здоровья и здорового образа жизни, мировоззрения, основанного на осознании ценности здоровья, своего собственного, окружающих, но и

формировать и совершенствовать компетенцию здоровьесбережения как значимого элемента жизнедеятельности и важной ценности жизни.

Цель психолого-педагогического сопровождения здоровьесбережения педагогов: создание организационно-педагогических условий, направленных на формирования культуры здорового и безопасного образа жизни учителей общеобразовательной школы.

Психолого-педагогическое сопровождение процесса здоровьесбережения педагогов в условиях их профессиональной деятельности должно осуществляться комплексно, с привлечением всех участников образовательного процесса. Важно отметить, что деятельность каждого участника процесса не выходит за рамки их профессиональных компетенций и должностных функций.

Задачи службы сопровождения:

1. Изменение принципов управления образовательной организации.
2. Изменение организации педагогического процесса на основе здоровьесбережения.
3. Создание в образовательной организации системы многоуровневого мониторинга.
4. Психолого-педагогическая коррекция и реабилитация состояния здоровья на основе индивидуальных консультаций и групповых занятий.

Организационно-методические основы деятельности службы сопровождения:

Создание здоровьесберегающей среды в школе. Разработка процедур и методов оценки деятельности школы в области развития здоровьесбережения учителей.

Просветительская работа: информирование о здоровьесбережении, пропаганда и агитация здорового образа жизни. Проведение психологических тренингов, воспитательных мероприятий, проектов.

Консультации с медицинскими работниками и психологом по вопросам здоровьесбережения. Проведение лекционно-практических

занятий, индивидуальных и групповых консультаций по регуляции психоэмоционального состояния, профилактике и поддержке здоровья и здорового образа жизни. Введение здоровьесберегающих технологий в профессиональную и досуговую деятельность учителей. Проведение курсов повышения квалификации для педагогов. Организация занятий лечебной физкультуры и работы в спортивных секциях. Организация диспансеризации педагогов.

Достижение поставленных целей психолого-педагогического сопровождения здоровьесбережения педагогов возможно при проведении многоуровневого мониторинга, включающего диагностику психологического, медицинского, социального, физического развития учителя. Результаты мониторинга выступают в качестве информационной основы для принятия управленческих решений и проектирования профессионального компонента здоровья педагогов.

Результаты диагностических методик позволяют формировать индивидуальные заключения о функциональном состоянии организма, включающий соматический и психологический компоненты, и давать рекомендации по коррекции выявленных нарушений.

Ключевая позиция в модели отводится коррекции негативных индивидуальных особенностей, образа жизни, режима профессиональной деятельности, отношения к собственному здоровью и межличностных отношений, с последующей реабилитацией. Реабилитационная деятельность школы осуществляется с педагогических позиций, рассматриваемая как процесс восстановления частично утраченных или ослабленных свойств и функций организма, отдельных сторон личности в целях максимально полного развития его индивидуальных возможностей и адаптации к окружающему миру. А.В. Гордеева.

Результативный компонент модели включает два блока критериев: 1) блок оценки уровня системной организации сопровождения сохранения здоровья педагогов, 2) блок оценки уровня сформированности

компетенции педагогов сохранения своего здоровья.

В исследовании нами использовались методики, имеющие большую информативность, объективно оценивающие функциональное состояние организма, психологический статус обследованных учителей.

Проведено комплексное исследование морфофункциональных и психологических особенностей учителей включающее:

- измерение основных антропометрических параметров тела, расчет основных индексов физического развития,
- исследование функционального состояния сердечнососудистой и нервной систем организма;
- исследование отношения к собственному здоровью, оценка эмоционального выгорания;
- сравнительный анализ между исследуемыми группами; математико-статистическую обработку, интерпретацию полученных результатов.

Диагностика проводилась согласно календарным планам, утвержденным администрацией МОУ гимназии № 10.

2.2. Методы исследования

2.2.1. Методы исследования морфологического статуса обследуемого контингента учителей

Антропометрические измерения проводились стандартным набором на база медицинского кабинета. Антропометрическое оборудование и инструментарий, а также аппараты для измерения артериального давления проходили регулярную метрологическую проверку. Результаты обследования фиксировались в однотипных протоколах научных исследований.

Оценку основных антропометрических показателей физического развития (длина и масса тела) проводили по унифицированной методике В.В. Бунака (1940) широко используемой при скрининговых осмотрах.

Измерение длины тела проводили с помощью ростомера. Точность измерения составляла 0,5 см.

Измерение массы тела проводили с помощью медицинских весов с точностью до 0,05 кг.

Для оценки физического развития использовали **метод индексов**, позволивших провести оценку гармоничности и пропорциональности физического развития учителей.

Весоростовой индекс Кетле II рассчитывали по формуле:

$$\text{ИК} = m/h^2, \text{ где}$$

ИК – индекс Кетле, усл. ед; m – масса тела в килограммах, h – длина тела в метрах; измеряется в $\text{кг}/\text{м}^2$.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, соответствие массы тела человека и его роста, для женщин, должно означать следующее:

Индекс массы тела (ИК) для женщин составляет

16 и менее – выраженный дефицит массы тела;

16-18 – недостаточная масса тела;

18-25 – нормальный индекс массы тела;

25-30 – избыточная масса тела;

30-35 – ожирение первой степени;

35-40 – ожирение второй степени;

40 и более – индекс массы тела для женщин с ожирением третьей степени.

Для определения гармоничности физического развития использовали **индекс Ливи (ИЛ)**:

$$\text{ИЛ} = \sqrt[3]{MT} / DT \text{ (см)}, \text{ где}$$

МТ – масса тела в килограммах, ДТ – длина тела в метрах; измеряется в усл. ед.

У взрослых индекс Ливи в норме составляет 23,0-24,0. Слабое физическое развитие характеризуется индексом меньше 23,0, а сильное - больше 24,0.

2.2.2. Методы изучения функциональных показателей сердечнососудистой и нервной систем

Частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) определяли пальпаторным методом по частоте пульса, при прощупывании лучевой артерии в области запястья. Подсчитывалось количество ударов за 60 секунд, измерения проводились дважды, рассчитывалось усредненное значение пульса.

Измерение *систолического* (САД, мм рт. ст.) и *диастолического артериального давления* (ДАД, мм рт. ст.) у обследованных учителей проводилось в положении сидя при помощи стандартного тонометра методом Н.С. Короткова. Для снижения эмоционального прессорного фактора измерения проводились в спокойной обстановке, после адаптации обследуемого к условиям кабинета, время пребывания в положении сидя составляло не менее 5 мин. С учетом изменчивости АД измерения проводились несколько раз, фиксировались средние значения АД по результатам двух последних близких измерений.

индекс Робинсона («двойное произведение», ДП) дает объективное отражение регуляторных процессов в сердце, оценивается в у. е. и определяется в состоянии физиологического покоя по формуле:

$$\text{ДП} = \text{ЧСС} \times \text{САД} / 100,$$

где: ЧСС – частота сердечных сокращений в 1 мин; САД – систолическое артериальное давление.

Индекс: низкий – более 111, ниже среднего – 110-95, средний – 94-85, выше среднего – 84-70, высокий – менее 70.

Для оценки функционального состояния и резервных возможностей организма вычисляли **адаптационный потенциал системы кровообращения** по заданному набору показателей. Вычисление индекса адаптационного потенциала (АП) сердечнососудистой системы Р.М. Баевского (1987) обеспечивает высокую точность распознавания донозологических состояний

$$\text{АП} = 0,0011(\text{ЧСС}) + 0,014(\text{САД}) + 0,008(\text{ДАД}) + 0,009(\text{МТ}) - 0,009(\text{Р}) + 0,014(\text{В}) - 0,27;$$

где АП – адаптационный потенциал системы кровообращения в баллах, ЧСС – частота сердечных сокращений (уд./мин.); САД и ДАД – систолическое и диастолическое артериальное давление (мм рт.ст.); Р – рост (см); МТ – масса тела (кг); В – возраст (лет).

Адаптационный потенциал системы кровообращения оценивали по следующей шкале значений:

АП (в усл. баллах)	Функциональное состояние	Группа здоровья	Врачебные рекомендации
Ниже 2,60	Удовлетворительная адаптация	I	Общие оздоровительные мероприятия
2,60-3,09	Напряжение механизмов адаптации	II	Оздоровительно-профилактические мероприятия
3,10-3,49	Неудовлетворительная адаптация	III	Профилактические и лечебные мероприятия
3,50 и выше	Срыв адаптации	IV	Лечебные мероприятия

Исследование функционального состояния ЦНС и прогнозирование ее работоспособности производили с помощью компьютеризированной методики "Экспресс-диагностика работоспособности и функционального

состояния человека", разработанной фирмой "ИМАТОН" г. Санкт-Петербург (Мороз М.П., [60]). Применяемая методика позволяет оценить интегральные характеристики ЦНС обследованного. При ее реализации задействованы две наиболее значимые сенсорные системы индивида – кинестетическая и зрительная, позволяющие реализовывать сложные моторно-опознавательные действия. Данная методика вариационной хронорефлексометрии является объективным методом оценки функционального состояния ЦНС и работоспособности индивида, основанным на статистическом анализе латентных периодов простой зрительно-моторной реакции (ПЗМР), отражающей вероятностно-статистический принцип работы мозга. Методика проста в применении, полностью автоматизирована, не вызывает эффекта привыкания.

В ходе исследования оценивались три основных показателя функционального состояния ЦНС: функциональный уровень нервной системы (ФУС), устойчивость нервной реакции (УР), уровень функциональных возможностей сформированной функциональной системы (УФВ).

2.2.4. Методы определения психоэмоционального состояния и личностного отношения к здоровью

Психодиагностика, позволяющая, определить исходный уровень и особенности существующего у человека отношения к своему здоровью проведена по психологическому тесту *«Индекс отношения к здоровью»* (С.Дерябо-В.Ясвин). Данный тест диагностирует такой важнейший параметр отношения к здоровью, здоровому образу жизни, как интенсивность. Параметр интенсивности показывает, в какой степени и в каких сферах проявляется субъективное отношение.

Тест состоит из четырех шкал:

Эмоциональная шкала - измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в эмоциональной сфере.

Познавательная шкала - измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в познавательной сфере.

Практическая шкала - измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в практической сфере.

Поступочная шкала - измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в сфере совершаемых им поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с его отношением.

Общая шкала - диагностирует, насколько в целом сформировано отношение к здоровью у данного человека, насколько сильно оно проявляется.

Высокие баллы по тесту в целом говорят о том, что у него существует высокосформированное, «хорошее» отношение к здоровью и здоровому образу жизни.

Низкие баллы говорят о том, что отношение к здоровью у испытуемого сформировано плохо, он находится в «зоне риска»: в этом случае высока вероятность того, что он не будет вести здоровый образ жизни, а это рано или поздно приводит к заболеваниям.

Опросник *«Отношение к здоровью»* (автор Р. А. Березовская) состоит из 10 вопросов, которые могут быть распределены по четырем шкалам:

когнитивной; эмоциональной; поведенческой; ценностно-мотивационной.

При анализе отношения к здоровью могут быть выделены противоположные типы отношений – адекватное и неадекватное.

Эмпирически фиксируемыми критериями степени адекватности-неадекватности отношения человека к своему здоровью служат:

на когнитивном уровне: степень осведомленности или компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и анти риска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни;

на поведенческом уровне: степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни;

на эмоциональном уровне: оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему;

на ценностно-мотивационном уровне: высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных), степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

Методика диагностики *уровня эмоционального выгорания*, предложенная В. Бойко, позволяет диагностировать механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Методика характеризует ведущие симптомы «эмоционального выгорания» и определяет, к какой фазе развития стресса они относятся: **«напряжение»** - переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворенность собой, «загнанность в клетку», тревога; **«резистенция»** - неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей; **«истощение»** - эмоциональный дефицит, эмоциональная отстраненность, личностная отстраненность (деперсонализация), психосоматические и психовегетативные нарушения.

2.2.3. Математико-статистические методы обработки результатов исследования

Результаты исследования обработаны на компьютере с использованием современных пакетов статистических программ Microsoft Excel 7.0., Statistica v. 8.0. Анализ материала проводился на основе математических расчетов с вычислением среднего арифметического (M), ошибки средней арифметической (m). Оценка достоверности различий средних значений показателей сравниваемых групп осуществлялась с использованием F-критерия Фишера, реализованного в однофакторном дисперсионном анализе Factorial ANOVA. Дисперсионный анализ сравнения средних более эффективен и для малых выборок более информативен, чем попарное сравнение выборок при разных уровнях факторов при помощи t-критерия Стьюдента. Для проверки гипотезы о различиях между двумя зависимыми группами осуществлено сравнение среднегрупповых показателей в динамике обследования при помощи t-критерия Стьюдента для зависимых выборок.

Оценку статистической значимости различий двух или нескольких относительных показателей (частот) проводили при помощи непараметрического критерия χ^2 Пирсона.

Статистически значимыми считали результаты при $p < 0,05$.

ГЛАВА III. СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1. Особенности ценностного отношения к здоровью и эмоционального выгорания у учителей на начальном этапе исследования

Как отмечают специалисты [1, 69], сохранение и укрепление здоровья начинается с корректировки собственного отношения к своему здоровью, а именно оно должно стать ценностным.

Результаты проведенного анкетного опроса о состоянии собственного здоровья учителей выявил следующее распределение: не более 35% учителей (34% для первой и 32% для второй группы соответственно) субъективно оценивают положительно свое состояние здоровья. Большинство опрошенных (66% в первой группе и 68% во второй группе учителей) отмечают различные отклонения в состоянии собственного здоровья.

В таблице 1 представлены результаты анкетирования по структуре заболеваемости учителей.

Таблица 1

Частота встречаемости различных нозологий у обследованных учителей.

№ п/п	Нозология	Частота встречаемости, %
1	Сердечнососудистые заболевания	60
2	Заболевания органов пищеварения	23
3	Заболевания органов дыхания	16
4	Заболевания мочеполовой системы	17
5	Эндокринные нарушения, в том числе избыток массы тела	55
6	Заболевания нервной системы	28
	Заболевания аппарата глаза	63
7	Заболевания опорно-двигательного аппарата	32
8	Прочие заболевания	16

Доминирующими нозологиями в структуре общей заболеваемости педагогов общеобразовательной школы являются: патология зрительного аппарата – 63%; сердечнососудистые заболевания – 60% и эндокринные нарушения (избыток массы тела) – 55%. Большинство респондентов отмечают сочетанные заболевания, включающие 2-3 или более нозологий различных систем организма.

Среди основных причин в отклонении состояния здоровья большинство учителей (78%) считают экзогенные факторы профессиональной деятельности: высокое психоэмоциональное напряжение, умственные и психологические перегрузками (в том числе за счет продолжительной работы с компьютером), психотравмирующие социальные стрессоры.

Не менее значимое влияние оказывают не рациональное и несвоевременное питание (около 68% опрошенных), а также гиподинамия, сопровождающаяся длительной ортостатической нагрузкой – констатированное у 73% учителей.

Полученные нами результаты согласуются с данными исследований Жукова О.Ф. [35] и Битяевой В.В. [19], которые, по результатам анкетного опроса учителей женского пола школ г. Ульяновска и г. Ростова-на-Дону соответственно, констатировали схожие отклонения в частоте встречаемости нарушений в состоянии здоровья. Было установлено, что лишь одна треть учителей считает себя здоровыми. При этом в структуре заболеваемости также как в нашем исследовании для учителей характерны преимущественно болезни глаза и сердечнососудистой системы. Однако при этом в нашем исследовании немаловажным отклонением в состоянии здоровья учителя отметили эндокринные отклонения, в то время как в исследовании Жукова О.Ф. отмечены нарушения опорно-двигательного аппарата.

Оценочные результаты ценностного отношения к здоровью учителей разных возрастных групп, диагностированного по методике С.Д. Дерябо,

В.А. Ясвина «Индекс отношения к здоровью», обобщены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели ценностного отношения к здоровью учителей разных возрастных групп, ($M \pm m$)

Шкала	I группа (n=23)	II группа (n=35)	p-уровень
Эмоциональная	5,3±0,2	7,2±0,2*	<0,001
Когнитивная	6,5±0,2	6,9±0,2	-
Практическая	7,3±0,2	5,0±0,2*	<0,001
Поступочная	5,4±0,2	6,3±0,2*	0,003
Итоговая	6,1±0,1	6,4±0,1	-

Примечание: *p-уровень - достоверные различия среднегрупповых показателей между исследуемыми группами (при $p \leq 0,05$).*

Анализ табличных данных свидетельствует, что для обследованной популяции учителей обеих возрастных групп свойственно адекватно сформированное положительное отношение к здоровью и здоровому образу жизни, что находит свое отражение в средних и выше средних показателях отдельных шкал и итоговой шкалы теста. При этом полученные результаты на доэкспериментальном этапе исследования выявили особенности ценностного отношения к здоровью учителей разных возрастных групп. Показатели когнитивной шкалы свидетельствуют об адекватно выраженном интересе к проблеме здоровья и здорового образа жизни обследованных групп учителей. Выявлены высокодостоверные межгрупповые различия в среднегрупповых показателях эмоционального, практического и поступочного компонентов отношения к здоровью. Высокие показатели по эмоциональной шкале учителей второй группы свидетельствуют о большей сензитивности педагогов старшего возраста к витальным, жизненным проявлениям своего здоровья, способности

большого эстетического удовольствия от здорового организма. В то время как в первой группе учителей забота о здоровье в эмоциональной сфере служит в большей степени основой рационального рассудочного проявления необходимости сохранения своего здоровья, менее выражен эстетический аспект здоровья. Преобладание средних значений поступочной шкалы педагогов второй группы свидетельствует о преобладании стремления изменить свое окружение в соответствии с собственным представлением о здоровье, старается в большей степени повлиять на отношение к здоровью у близкого окружения, пропагандирует здоровый образ жизни. В то время как у учителей первой возрастной группы более выражено отношение к здоровью как личному делу, с умеренным выражением стремления изменить ближайшее окружение. Однако доминирование среднегруппового показателя практической шкалы первой группы учителей отражает активное их включение в практическую деятельность (занятие спортом, формирование умений и навыков здорового образа жизни и т.д.) по заботе о своем здоровье, в то время как учителя старшего возраста лишь отчасти включаются в практическую деятельность о заботе своего здоровья, как правило, организованную другими людьми.

По результатам опросника «Отношение к здоровью Р.А. Березовской» в группах учителей в целом получены адекватные результаты системы избирательных связей личности с окружающей действительностью, способствующих сохранению здоровью. При этом выявлен ряд особенностей отношения к собственному здоровью у учителей разных возрастных групп.

На когнитивном уровне компетентностная осведомленность в сфере здоровья и здорового образа жизни у учителей обеих групп в основном обусловлено поведенческими характеристиками, такими как отсутствие вредных привычек, минимизация стрессоров личной и профессиональной жизнедеятельности, рациональное питание, минимизация неблагоприятной

экологической среды обитания. Помимо этих критериев респонденты первой группы учителей также отметили занятия спортом, активный отдых. На осведомленность в области здоровья педагогов первой группы в большей степени оказывают влияние специалисты медико-биологической сферы и научно-популярные книги о здоровье. В то время как информацию в области здоровья учителя второй группы получают не только от врачей, но от референтной группы знакомых, СМИ.

На поведенческом уровне для поддержания своего здоровья респонденты первой группы в основном стараются избегать вредных привычек, придерживаться диеты, заниматься умеренными физическими нагрузками. Учителя второй группы предпринимают следующие усилия по поддержанию своего здоровья: соблюдение режима сна и бодрствования, контроль веса, нивелирование вредных привычек. При недомогании педагоги обеих групп в большинстве случаев стараются, как самостоятельно принимать меры, исходя из своего прошлого опыта, так и обращаясь к врачам.

На эмоциональном уровне в случае удовлетворительного состояния здоровья учителям вне зависимости от возрастной принадлежности свойственны положительные эмоции: спокойствие, счастье, а также уверенность в себе. При ухудшении здоровья учителя обеих групп сильно нервничают и испытывают расстройство и озабоченность. Для респондентов первой группы высоковстречаемым ответом также было чувство подавленности, что во второй группе не встречалось ни у одного из учителей.

На ценностно-мотивационном уровне для обеих групп обследования здоровье находится в списке важных жизненных сфер. При этом для респондентов первой группы важен материальный достаток, семья и независимость. Среди инструментальных ценностей большинство указали хорошее образование и способности. Для опрошенных второй группы важной ценностью является семья, друзья и интересная работа. Средства

достижения жизненных целей для данной группы учителей в основном являются здоровье, способности и упорство-трудолюбие.

Таким образом, можно заключить, что при общей тенденции ценности и значимости здоровья, высокой мотивации на сохранение и укрепления здоровья в разных возрастных группах учителей выявлены различия в эмоциональном реагировании по отношению к здоровью (с увеличением возраста отмечено превалирование сензитивности по отношению к здоровью, увеличения удовлетворенности от здоровья), а также в поведенческом плане (у учителей первой возрастной группы в большей мере выражены практические действия и поступки по поддержанию здорового образа жизни).

Результаты исследования Корниловой Д.С. соавторами [49], проведенного по методике Р.А. Березовской в смешанной по полу группе учителей Приморья (г. Владивосток) второго периода среднего возраста (35-64 лет), диагностировали схожую с нашими результатами исследования картину выраженности ценностного отношения к собственному здоровью. Отношение городских учителей к собственному здоровью по данным автора осознанное и позитивное в эмоциональном плане, на когнитивном уровне здоровье ассоциировано с физическим благополучием, при этом педагоги стремятся активно влиять на свое окружение в вопросе отношения к здоровью.

По мнению В.В. Бойко, эмоциональное выгорание является личностным механизмом психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия. Эмоциональное выгорание представляет собой стереотип эмоционального, чаще всего профессионального проведения.

Результаты проведенного тестирования эмоционального выгорания учителей разных возрастных групп обобщены в таблице 3.

Интерпретируя данные таблицы, следует отметить разную выраженность симптомов эмоционального выгорания у учителей старшей

возрастной группы по сравнению с педагогами первого периода среднего возраста, что находит свое отражение в достоверно меньших среднегрупповых показателях симптомов и фаз эмоционального выгорания.

Таблица 3

Показатели эмоционального выгорания учителей разных возрастных групп, ($M \pm m$)

Фаза / Симптомы эмоционального выгорания	I группа (n=23)	II группа (n=35)	p-уровень
Напряжение	62,2±3,2	74,6±5,6	0,004
- Переживание психотравмирующих обстоятельств	11,8±0,8	16,2±0,7	<0,001
- Неудовлетворенность собой	16,8±0,8	19,2±0,7	0,03
- «Загнанность в клетку»	17,8±0,7	21,2±0,8	0,002
- Тревога и депрессия:	15,8±0,8	18,2±0,6	0,03
Резистенция	61,2±3,2	79,6±5,6	<0,001
- Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	13,8±0,9	19,2±0,9	<0,001
- Эмоционально-нравственная дезориентация	16,8±0,8	18,2±0,8	-
- Расширение сферы экономии эмоции	17,8±0,6	20,2±0,7	0,03
- Редукция профессиональных обязанностей	12,8±0,8	22,2±0,6	<0,001
Истощение	50,2±3,3	78,6±5,7	<0,001
- Эмоциональный дефицит	11,8±0,8	20,2±0,7	<0,001
- Эмоциональная отстраненность	10,8±0,7	21,2±0,8	<0,001
- Личностная отстраненность (деперсонализация)	14,8±0,8	19,2±0,6	<0,001
- Психосоматические и психовегетативные нарушения	12,8±0,9	18,2±0,8	<0,001

Примечание: p-уровень - достоверные различия среднегрупповых показателей между исследуемыми группами (при $p \leq 0,05$).

Согласно данным таблицы основные симптомы эмоционального выгорания у респондентов первой группы относят к фазам напряжения и резистентности эмоционального выгорания, при этом большинство симптомов по среднегрупповому показателю соответствует стадии формирования (укладывается в диапазон 10-15 баллов). Ведущие симптомы «выгорания» являются «Загнанность в клетку» и «Расширение сферы экономии эмоции», но при этом не превышают барьера 20 баллов – ярко выраженного свойства. Остановившись на выраженности фаз эмоционального выгорания обследованных первой группы, следует отметить, что фазы соответствуют пограничным значениям сформированности, среднегрупповые показатели фазы истощения соответствуют стадии формирования. У обследованных второй возрастной группы все диагностированные симптомы и фазы эмоционального выгорания соответствуют сложившемуся уровню. Ведущие симптомы, превышающие порог 20 баллов являются «Загнанность в клетку», «Расширение сферы экономии эмоции», «Редукция профессиональных обязанностей», «Эмоциональный дефицит» и «Эмоциональная отстраненность».

Анализ процентного распределения учительской популяции разных возрастных групп по уровню сформированности фаз эмоционального выгорания представлен на рисунках 5-7.

Рисуночные данные также отражают различия в реакциях на внешние и внутренние факторы, приемах психологической защиты, при обеспечении психологического явления эмоционального выгорания личности учителей разных возрастных групп.

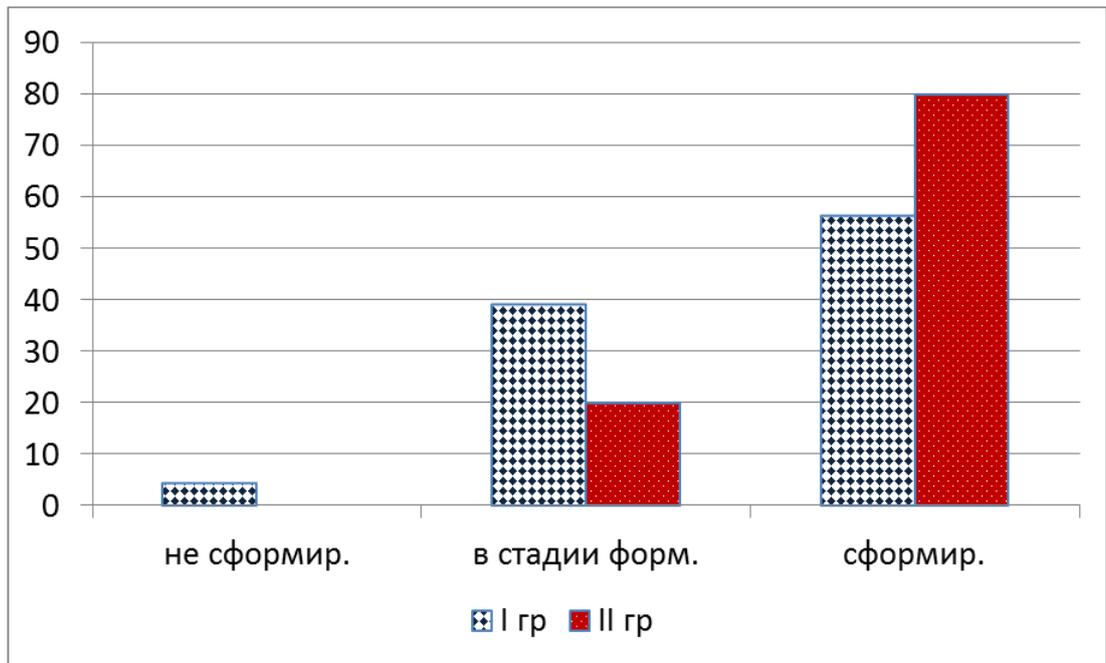


Рис. 5. Распределение учителей разных возрастных групп по сформированности фазы «напряжения» эмоционального выгорания, %.

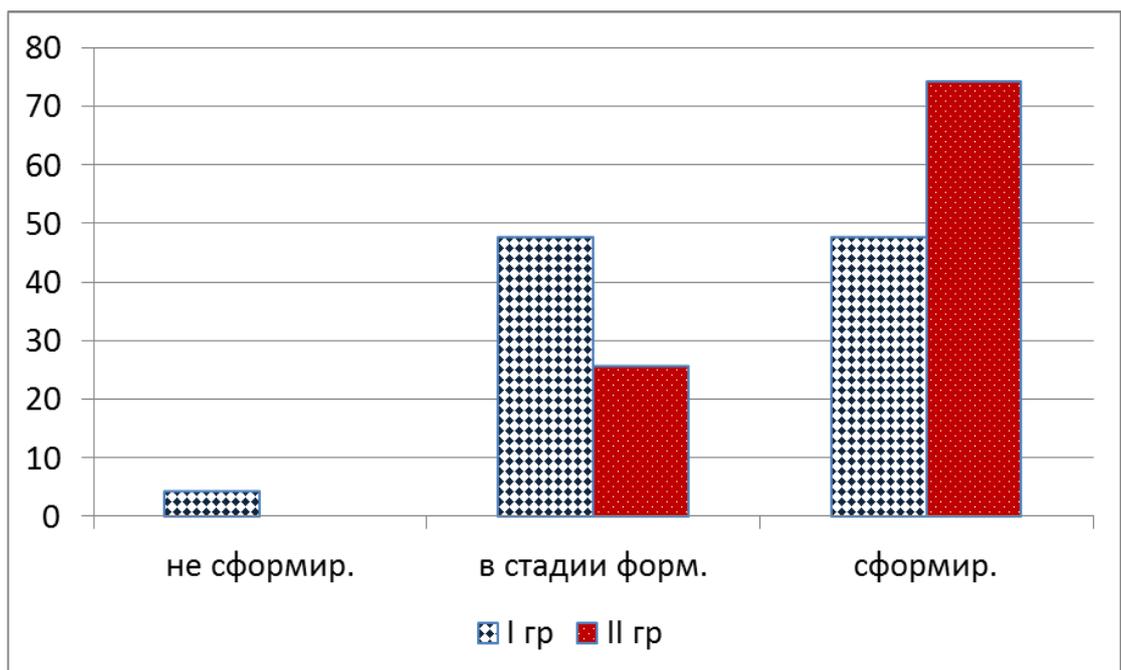


Рис. 6. Распределение учителей разных возрастных групп по сформированности фазы «резистенция» эмоционального выгорания, %.

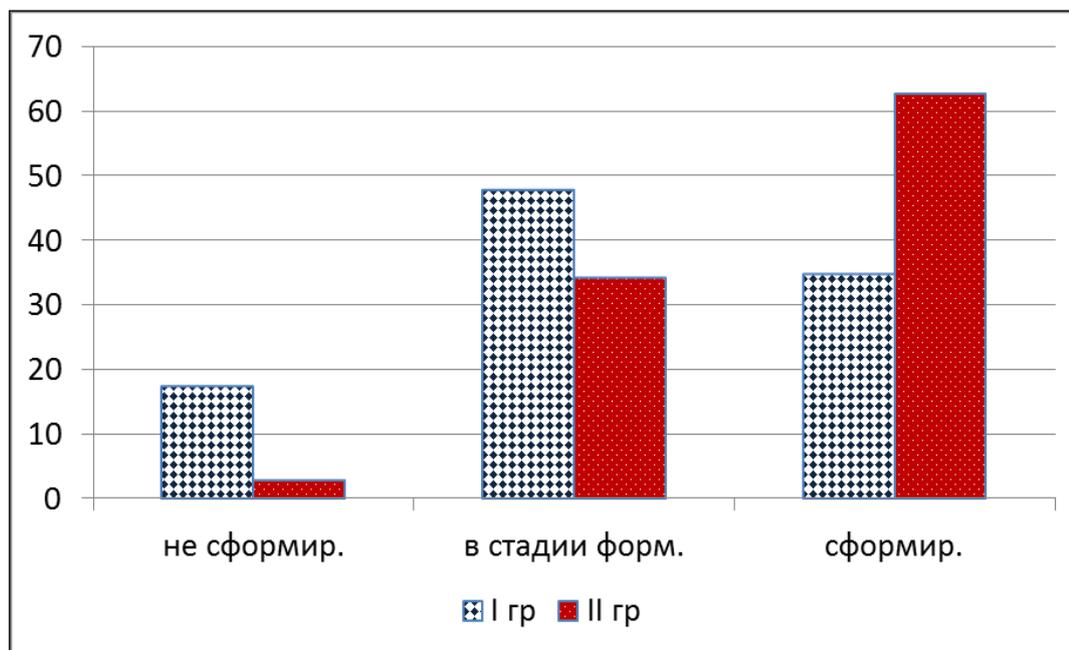


Рис. 7. Распределение учителей разных возрастных групп по сформированности фазы «истощения» эмоционального выгорания, %.

Фазы напряжения и резистентности сформированы в среднем у половины обследованных учителей первой возрастной группы, остальным учителям данной группы свойственна стадия формирования обозначенных фаз эмоционального выгорания. Для обследованных второй группы учителей свойственна сформированность изучаемых фаз эмоционального выгорания, которая присуща 60-80% педагогов.

Проведенный статистический анализ выявил достоверные различия в выражении частот обследованных групп учителей по фазам резистентности и истощения ($\chi^2=7,12$; $p=0,03$ и $\chi^2=14,12$; $p<0,001$ соответственно).

Сопоставление полученных нами результатов в целом согласуются с литературными данными [79], свидетельствующие о превалировании числа учителей с признаками эмоционального выгорания с увеличением стажа работы в школе. При этом как отмечают авторы [5; 6; 44; 62] к возрасту 40 лет у большинства учителей (вплоть до 100%) отмечается эмоциональное выгорание.

3.2. Морфофункциональные показатели состояния здоровья учителей на начальном этапе эксперимента

3.2.1. Особенности физического развития учителей разных возрастных групп

С целью изучения особенностей физического развития обследуемого контингента было проведено антропометрическое исследование учителей двух возрастных групп, результаты которого обобщены в таблице 4. Полученные нами результаты оценки антропометрических показателей физического развития женщин среднего возраста показали, что у учителей первой группы тотальные антропометрические показатели соответствуют возрастным нормам, в то время как у учителей второй группы констатировано превышение должных показателей массы тела.

Таблица 4

Показатели физического развития учителей разных возрастных групп, (M±m)

Показатель	I группа (n=23)	II группа (n=35)	p-уровень
Длина тела, см	168,0±1,3	166,3±1,0	-
Масса тела, кг	72,2±3,0	81,2±2,4	0,02
Индекс Кетле, у.е.	25,6±1,1	29,5±0,9	0,01
Индекс Ливи (весо-ростовой), у.е.	24,7±0,4	26,0±0,3	0,01

Примечание: p-уровень - достоверные различия среднегрупповых показателей между исследуемыми группами (при $p \leq 0,05$).

Из данных, представленных в таблице 4, видно, что абсолютные значения среднегрупповых показателей массы тела обследуемых учителей второй группы достоверно выше ($p=0,02$) показателей учителей первой группы. Показатели длины тела обследуемых групп не имеют достоверно выраженных различий.

Для дополнительной оценки физического развития нами были использованы расчетные весо-ростовые индексы. Проанализировав относительные антропометрические характеристики учителей разных возрастных групп, установлено, что среднегрупповые показатели количественных антропометрических признаков (показатели индекса Кетле и Ливи) обследуемых учителей первой группы достоверно ниже значений второй группы ($p=0,01$) и соответствуют верхней границе нормативного диапазона. У представительниц второй группы отмечено превышение нормативного значения, свидетельствующее о преобладании лиц с избытком массы тела в группе учителей второго возрастного периода среднего возраста. Аналогичные результаты получены при сопоставлении среднегрупповых данных исследуемых групп по индексу Ливи.

Дальнейший анализ качественной оценки уровня физического развития был направлен на оценку частоты встречаемости признаков с отклонением в показателях весо-ростовых индексов. На рисунке 8 обобщено процентное распределение учителей обеих групп по индексу Кетле, отражающего особенности пищевого статуса и являющегося предварительной диагностикой ожирения.

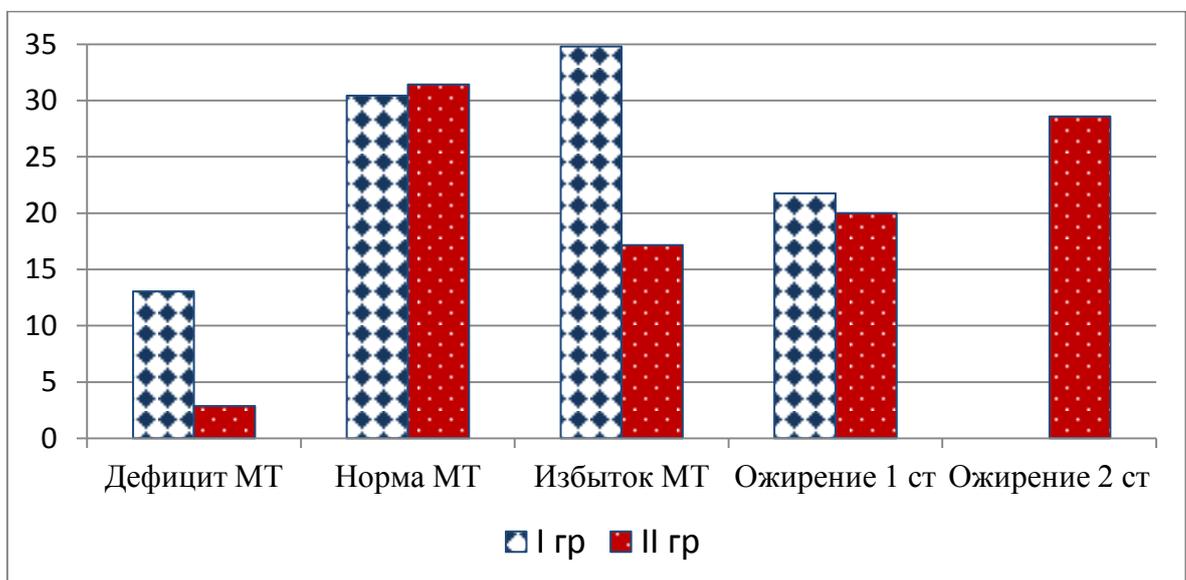


Рис. 8. Распределение учителей по показателю индекса Кетле, %.

Согласно данным рисунка 8 видно, что распределение учителей по весо-ростовому показателю в двух возрастных группах неоднородно. Проведенный статистический анализ выявил достоверные различия в выражении частот обследованных групп учителей ($\chi^2=10,47$; $p=0,03$). Частота встречаемости случаев с нормальным выражением признака в обеих группах схоже и соответствует $1/3$ выборки. Число случаев с дефицитом массы тела в первой группе не превышает 15% порога, но при этом в 3 раза превосходит количество учителей с аналогичными показателями второй группы. У лиц первой возрастной группы преобладающим признаком превышающих значений массы тела являются показатели избытка данного показателя (около 35%), в то время как у учителей второй группы отмечено преобладающее число лиц с признаками ожирения второй степени (более 25%). В тоже время можно отметить что в обеих группах число учителей с признаками ожирения первой степени соответствуют порядка $1/6$ всей выборки.

Таким образом, несмотря на достоверно лучшие среднегрупповые показатели массы тела обследованных учителей первой группы по сравнению с учителями второй группы, можно констатировать, что более половины (около 70%) обследованных имеют отклонения в показателях массы тела.

Преобладание весо-ростовых значений индекса Кетле в учительской популяции отмечено и в исследовании Жукова О.Ф. [35], в частности, автор отмечает, что нормативные значения массы тела в обследованной группе учителей свойственно лишь четверти обследованных (26,9%). Избыточный вес констатирован в 35% случаев, что также соответствует нашим результатам. В тоже время в нашем исследовании получены данные с признаками ожирения 2-ой степени, которые в три раза превосходят показатели сравниваемого исследования.

Распределение учительской популяции обеих групп при оценке физического развития по индексу Ливи (рисунок 9), отражает

вышеописанную тенденция превалирования поперечных размеров тела над продольными - брахиморфного типа конституционального сложения тела обследованных.

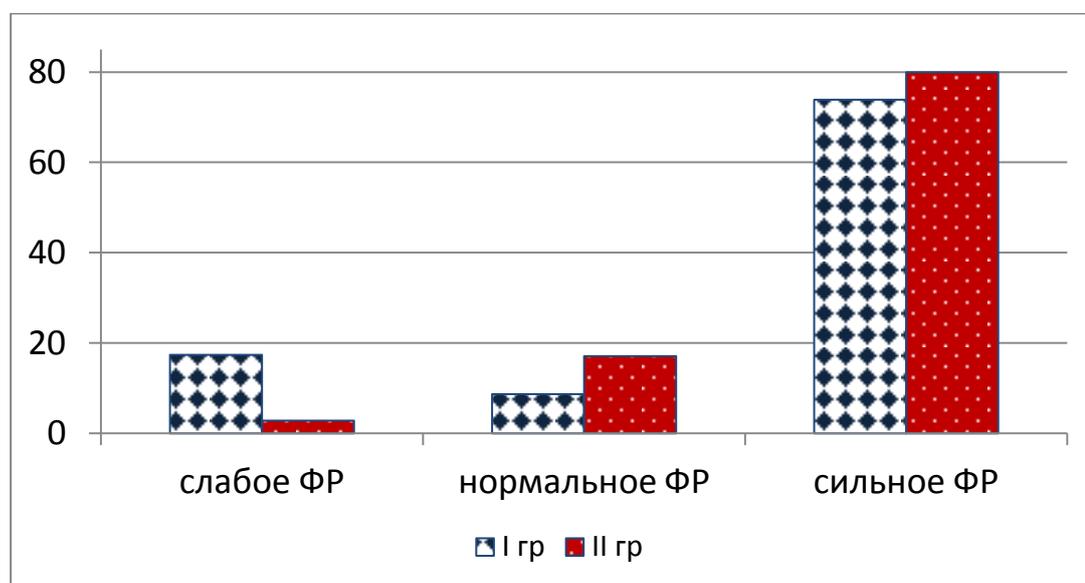


Рис. 9. Распределение учителей по показателю индекса Ливи, %.

Согласно данным рисунка около 80% обследованных учителей свойственно сильное физическое развитие, нормальное физическое развитие характерно для 9% (первая группа), 17% (группа). Достоверных различий в частотном распределении изучаемого признака индекса Ливи в обследованных группах не обнаружено ($\chi^2=4,19$; $p=0,12$). Достоверно меньшие среднегруппового показатели индекса Ливи в группе учителей первого этапа среднего возраста, вероятно обусловлено большим числом лиц со слабым физическим развитием.

3.2.2. Функциональное состояние сердечнососудистой системы учителей разных возрастных групп

Сердечнососудистой системе принадлежит особое место в адаптации организма к различным условиям среды. При этом данная интегральная система организма обеспечивает адекватную и тонкую индикацию

адаптационных возможностей организма к профессиональной деятельности [2].

Анализируя некоторые гемодинамические показатели, нами были получены следующие результаты (см. таблицу 5).

Таблица 5

Показатели функционального состояния сердечнососудистой системы учителей разных возрастных групп, (M±m)

Показатель	I группа (n=23)	II группа (n=35)	p-уровень
ЧСС, уд/мин	79,2±2,6	68,9±2,1*	0,04
Систолическое АД, мм.рт.ст	121,8±3,7	130,9±3,0	0,07
Диастолическое АД, мм.рт.ст	74,2±2,1	78,4±1,7	-
Индекс Робинсона, у.е.	96,9±5,1	91,4±4,1	-
Адаптационный потенциал, у.е.	2,44±0,09	2,86±0,07*	<0,001

Примечание: p-уровень - достоверные различия среднегрупповых показателей между исследуемыми группами (при $p \leq 0,05$).

Показатели частоты сердечных сокращений в исследуемой популяции учителей соответствует возрастным нормативным значениям. При этом в первой группе значения соответствуют верхней границе нормы, у второй группы отмечен нижний нормативный диапазон среднегруппового показателя. Различия между группами достоверны ($p=0,04$). Выявленное возрастное понижение значений ЧСС отражает общебиологическую тенденцию повышения тонической активности центров парасимпатического отдела вегетативной нервной системы при сопряженном снижении тонуса симпатической иннервации, что и обуславливает возрастное снижение ЧСС (И.А. Аршавский, 1982).

Артериальное давление учителей первой группы соответствует возрастным стандартам, среднегрупповые показатели систолического артериального давления учителей второй группы соответствуют верхней

границе нормативного диапазона. Межгрупповые различия выявлены на уровне тенденции ($p=0,07$)

На момент обследования порядка 15% обследованных учителей обеих групп свойственна умеренная брадикардия, для 6% обследованных второй группы свойственна выраженная брадикардия, у более чем 50% обследованных первой группы и 15% второй группы констатирована умеренная тахикардия, выраженная тахикардия в обследованной популяции учителей не наблюдалась.

Показатели артериального давления у подавляющего большинства (около 70%) учителей первой группы соответствовали возрастным нормам, признаки отклонения от нормы по гипертоническому типу констатированы у 30% учителей первого этапа среднего возраста. Во второй группе. Гипертонические проявления артериального давления свойственны 57% обследованных учителей. Признаков гипотонии в обследованной популяции не выявлено.

Анализируя среднегрупповые значения индекса Робинсона, отражающего уровень гемодинамической нагрузки на сердечнососудистую систему и характеризующий работу сердечной мышцы, между исследуемыми группами не выявлено достоверных различий. Обращает на себя внимание факт относительного превышения среднегруппового показателя в первой группе учителей по сравнению со второй, который соответствует уровню ниже среднего. Среднегрупповой показатель индекса Робинсона второй группы учителей соответствует среднему выражению признака. Выявленная особенность обусловлена большим числом обследованных первой группы с признаками тахикардии.

Проведённый анализ частотного распределения учителей обследованных групп по степени выраженности индекса Робинсона (см. рисунок 10) нами также не выявлено статистических различий при дифференциации групп по степени выраженности признака ($\chi^2=6,12$; $p=0,19$).

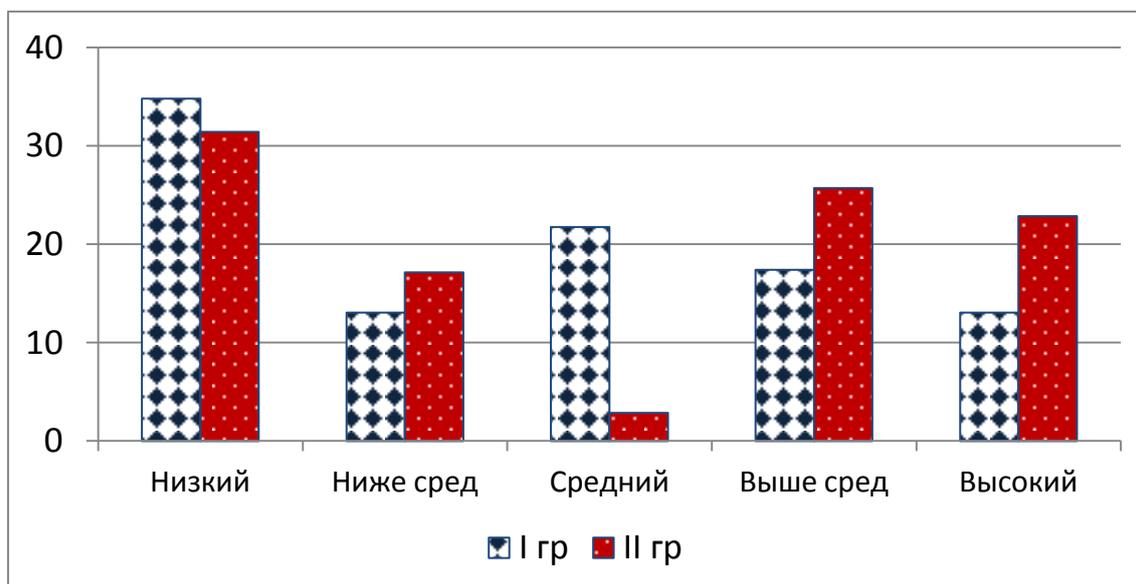


Рис. 10. Распределение учителей обследованных групп по уровню выраженности индекса Робинсона, %.

Важно отметить, что процентное распределение учительской популяции по степени выраженности исследуемого признака свидетельствует, что порядка 1/3 обследованных вне зависимости от групповой принадлежности свойственен низкий уровень показателя системы кровообращения. Общее количество обследованных с признаками низкого и ниже среднего уровня по индексу Робинсона составляет порядка половины всей выборки (48% в каждой группе обследования). Средний уровень в первой группе учителей превышает 20% порог, в то время как процент учителей со средним уровнем индекса Робинсона во второй группе в семь раз меньше (не превышает 3%). Количество обследованных второй группы с признаками выше среднего и высоким по индексу Робинсона превышает в среднем на 10% обследованных первой группы с аналогичными показателями.

Оценка компенсаторно-приспособительных механизмов, лежащих в основе сохранения оптимального уровня гемодинамики, проведена при помощи расчетного критерия адаптационного потенциала (АП) системы кровообращения (Р.М. Баевский, 1990). Среднегрупповые показатели АП

обследуемых групп учителей выявил высоко достоверные различия ($p < 0,001$). Показатели первой группы учителей отражают удовлетворительную адаптацию системы кровообращения, в то время как среднегрупповой показатель второй группы свидетельствует о напряжении механизмов адаптации.

Полученные результаты процентного распределения учителей двух групп представлены на рисунке 11.

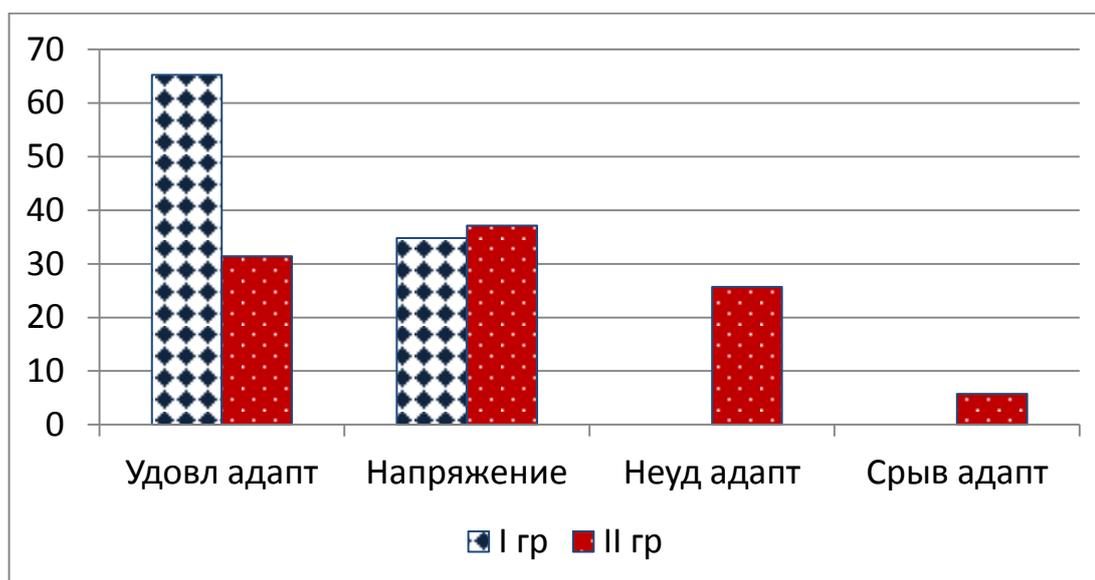


Рис. 11. Распределение учителей обследованных групп по уровню адаптационного потенциала системы кровообращения, %.

Анализ индивидуальных показателей адаптационного потенциала выявил достоверные различия в частотном распределении учительской популяции первой и второй групп ($\chi^2 = 10,79$; $p = 0,01$). Полученные данные показали, что среди учителей первой возрастной группы доминирующим является удовлетворительный уровень АП (65%). Признаков неблагоприятного течения адаптационных процессов у учителей первой группы не выявлено: не выявлено неудовлетворительного уровня и срыва адаптации. В то же время у учителей второй возрастной группы число обследованных с признаками удовлетворительной адаптации не превышает 30% уровня. У большинства обследованных данной группы отмечено напряжение адаптационных механизмов, велик процент случаев

с признаками неудовлетворительной адаптации (около четверти обследованных), также выявлены единичные случаи срыва адаптации.

Увеличение значений показателей адаптационного потенциала в возрастном аспекте свидетельствует о тенденции к снижению функциональных возможностей сердечнососудистой системы.

Обобщая полученные данные функционального состояния сердечнососудистой системы учителей, можно заключить, что в рамках профессиональной деятельности по мере увеличения возраста и профессионального стажа происходит усиление компенсаторно-приспособительных механизмов деятельности данной системы. Это положение находит отражение, как в отдельных гемодинамических показателях (артериальное давление), так и интегративных критериях (индекс Робинсона, АП).

Научное исследование Бутяевой В.В. [18], проведенное в группе ростовских учителей средних школ разного возраста, выявило возрастание напряжения функционального состояния сердечнососудистой системы у обследованных с увеличением педагогического стажа, что соответствует общей тенденции возрастного изменения в функционировании системы кровообращения у учителей нашего исследования.

3.2.3. Функциональное состояние центральной нервной системы учителей разных возрастных групп

Согласно научным исследованиям [60; 85] интегральным показателем функционального состояния центральной нервной системы является время сенсомоторной реакции, оцениваемого с помощью вариационной хронорефлексометрии.

Обобщенные результаты исследования функционального состояния центральной нервной системы учителей разных возрастных групп представлены в таблице 6.

Хронорефлексометрические показатели отражают, прежде всего, скорость распространения возбуждения и уровень возбудимости центральных элементов соответствующих рефлекторных дуг [60]. Среднестатистические характеристики показателей ПЗМР (ФУС, УР, УФВ) учителей были сопоставлены с рекомендуемыми нормативными значениями (Мороз М.П., 2007).

Таблица 6

Показатели функционального состояния центральной нервной системы учителей разных возрастных групп, ($M \pm m$)

Показатель	I группа (n=23)	II группа (n=35)	p-уровень
ФУС, у.е.	2,7±0,2	2,6±0,2	-
УР, у.е.	1,4±0,1	0,9±0,1*	0,02
УФВ, у.е.	2,6±0,2	2,2±0,2	-

Примечание: *p-уровень - достоверные различия среднегрупповых показателей между исследуемыми группами (при $p \leq 0,05$).*

Среднегрупповые значения изученных показателей функционального состояния ЦНС ниже нормативных величин. Сопоставление средних величин расчетных критериев оценки функционального состояния ЦНС с уровнями работоспособности позволило установить, что функциональное состояние ЦНС учителей первой группы находилось на уровне незначительно сниженной работоспособности по показателю УР и УФВ (нижний диапазон границы нормальной работоспособности человека), а по показателю ФУС находилось в диапазоне сниженной работоспособности. Среднегрупповые показатели учителей второй группы по показателям ФУС и УР соответствовали значениям сниженной работоспособности, показатель УФВ укладывался в диапазон незначительно сниженной работоспособности.

Далее нами был проведен анализ уровня работоспособности по данным оценки функционального состояния центральной нервной системы (см. рисунок 12).

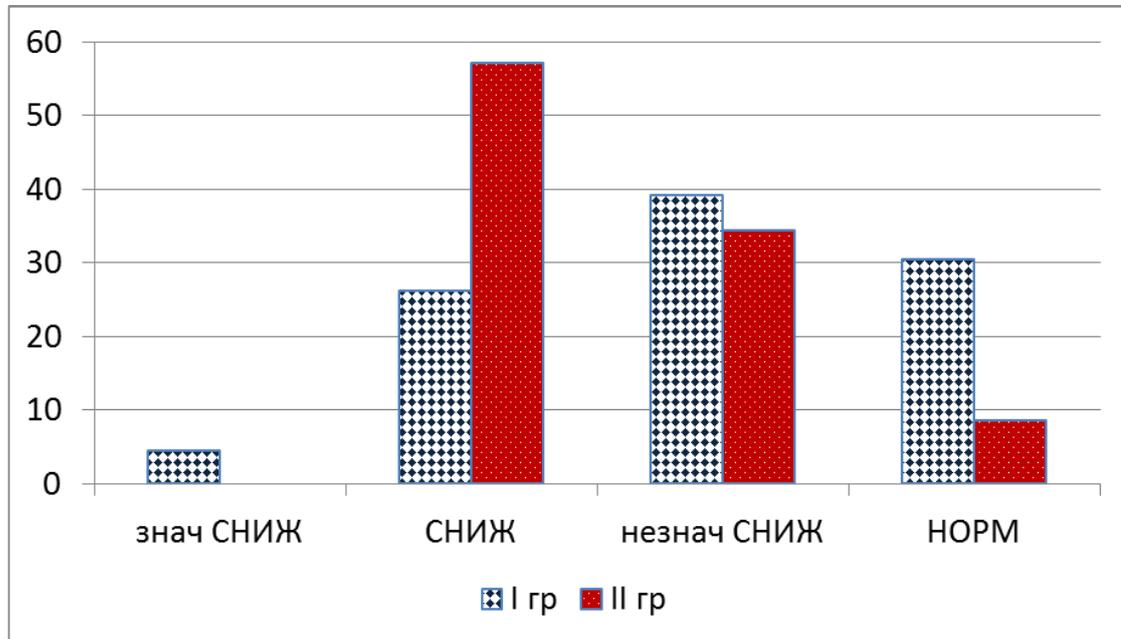


Рис. 12. Распределение учителей обследованных групп по уровню работоспособности ЦНС, %.

Частотное распределение индивидуальных показателей работоспособности центральной нервной системы выявил достоверные различия в учительской популяции первой и второй групп ($\chi^2=8,45$; $p=0,04$). Анализ результатов уровня работоспособности учителей показал, что для большинства обследованных первой группы (порядка 70%) свойственен оптимальный уровень работоспособности. При этом у 40% обследованных первой группы учителей отмечена незначительно сниженная работоспособность, возникающая на начальных стадиях утомления и характеризующаяся ослаблением перцептивных процессов, психомоторного обеспечения деятельности, увеличением числа ошибок и времени выполнения задания. При выполнении работы в данном функциональном состоянии происходит незначительное напряжение регуляторных механизмов организма обследуемых. Неудовлетворительные

показатели работоспособности свойственны 30% обследованных учителей первой группы. Крайние проявления работоспособности, свидетельствующие о преобладании глубокого торможения в ЦНС, зарегистрированы в единичной случаев от общей массы обследованных первой группы.

Показатели нормального уровня работоспособности свойственны менее 10% учителей второй группы. Сниженная работоспособность, возникающая при переутомлении или начальных стадиях заболевания и характеризующаяся преобладанием тормозных процессов в ЦНС, была выявлена у преобладающего (более 55% обследованных) числа учителей данной возрастной группы. У трети обследованных выявлен незначительно сниженный уровень работоспособности.

Таким образом, можно заключить, что с увеличением педагогического профессиональной деятельности учителей отмечается более выраженное снижение функционального состояния центральной нервной системы

3.3. Оценка изменения интегральных компонентов здоровья учителей по итогам применения здоровьесберегающей модели сопровождения

Итоги результирующего эксперимента после внедрения здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителей позволили определить изменения ценностного отношения к здоровью у обследованных групп учителей, морфофункционального и психофизиологического статуса обследованных.

3.3.1. Особенности изменения ценностного отношения к здоровью учителей разного возраста

Психологическая трансформация, проявляющаяся в повышении мотивационно-потребностной составляющей отношения учителей к собственному состоянию здоровья находит свое отражение в среднегрупповых показателях по методике «Индекс отношения к здоровью» С.Д. Дерябо, В.А. Ясвина (см. таблицу 7).

Таблица 7

Изменение структуры ценностного отношения к здоровью учителей разных возрастных групп, ($M \pm m$)

Шкала	I группа (n=23)	II группа (n=35)	p-уровень
Эмоциональная	6,0±0,2	7,1±0,2	<0,001
<i>Прирост показателя</i>	12,3%*	-0,8%	
Когнитивная	7,6±0,2	7,8±0,2	-
<i>Прирост показателя</i>	18,2%*	11,9%*	
Практическая	7,7±0,2	6,4±0,2	<0,001
<i>Прирост показателя</i>	4,9%*	27,9%	
Поступочная	6,4±0,2	6,9±0,2	-
<i>Прирост показателя</i>	19,4%*	10,0%*	
Итоговая	6,9±0,1	7,1±0,1	-
<i>Прирост показателя</i>	13,2%*	11,0%*	

Примечание: p-уровень - достоверные различия среднегрупповых показателей между исследуемыми группами; * - достоверный сдвиг зависимой переменной (при $p < 0,05$).

Анализируя полученных результатов свидетельствует о достоверном ($p < 0,05$) возрастании среднегрупповых показателей структуры ценностного отношения к здоровью в обеих группах обследования. Исключением является значения эмоционального компонента во второй группе учителей. Однако следует отметить, что средний показатель по

данной шкале у учителей второй группы сохранил высокие значения и достоверно ($p < 0,001$) выше среднегруппового значения учителей первой возрастной группы.

Общая положительная динамика изменения структуры ценностного отношения к здоровью у учителей разных возрастных групп имела свои особенности. Так, в частности, наибольший прирост среднегруппового показателя в первой группе учителей констатирован по когнитивной, поступочной и эмоциональной шкалам, что отражает возрастание интереса к проблеме здоровья и здорового образа жизни, стремления в большей степени повлиять на отношение к здоровью у близкого окружения, пропаганды здоровый образ жизни, повышении эстетического удовольствия от собственного здоровья, большей восприимчивости к жизненным проявлениям собственного организма.

Во второй группе учителей отмечен значительный прирост (чуть менее 30%) в среднегрупповом показателе практической шкалы, что соответствует среднему выражению показателя и отражает активное их включение в практическую деятельность по сохранению и укреплению своего здоровья (занятие спортом, формирование умений и навыков здорового образа жизни и т.д.).

Значения итоговой шкалы ценностного отношения к здоровью у учителей обеих групп имеют схожую выраженность и соответствуют нижней границе высокого значения показателя. Прирост показателя соответствовал 11-13%.

Таким образом, содействие сохранению и укреплению здоровья учителей при реализации модели здоровьесберегающего психолого-педагогического сопровождения положительным образом отразилось на мотивационно-ценностном совершенствовании, повышении значимости и важности собственного здоровья для реализации витальных и социальных задач жизнедеятельности.

3.3.2. Особенности динамики морфологического статуса учителей разного возраста

Оценивая динамику морфологического статуса обследованных учителей после применения здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности можно констатировать улучшение показателей физического развития обследованных (см. таблицу 8).

Таблица 8

Динамика показателей физического развития учителей разных возрастных групп, ($M \pm m$)

Показатель	I группа (n=23)	II группа (n=35)	p-уровень
Длина тела, см	168,1±1,2	166,5±1,1	-
<i>Прирост показателя</i>	0,06%	-0,05%	
Масса тела, кг	69,6±3,2	77,5±2,7	0,02
<i>Прирост показателя</i>	-3,7%*	-4,6%*	
Индекс Кетле, у.е.	24,7±1,1	28,1±0,9	0,007
<i>Прирост показателя</i>	-3,7%*	-4,6%*	

Примечание: p-уровень - достоверные различия среднегрупповых показателей между исследуемыми группами; * - достоверный сдвиг зависимой переменной (при $p < 0,05$).

Согласно табличным данным применение консультационно-коррекционной работы здоровьесберегающей направленности, оптимизация двигательной активности за счет регулярных занятий физической культурой и спортом, рационализация питания благоприятно сказываются на соматическом здоровье учителей. При сохранности достоверных различий между исследуемыми группами учителей в показателях массы тела и весо-ростового индекса Кетле отмечена

однонаправленная динамика достоверного снижения ($p < 0,05$) данных показателей, соответствующая 4-5% в среднегрупповом выражении.

Частотный анализ распределения в двух возрастных группах учительской популяции по качественной характеристике весо-ростового показателя индекса Кетле на завершающем этапе эксперимента сохранил свою неоднородность, однако имел иную картину распределения (см рисунок 13).

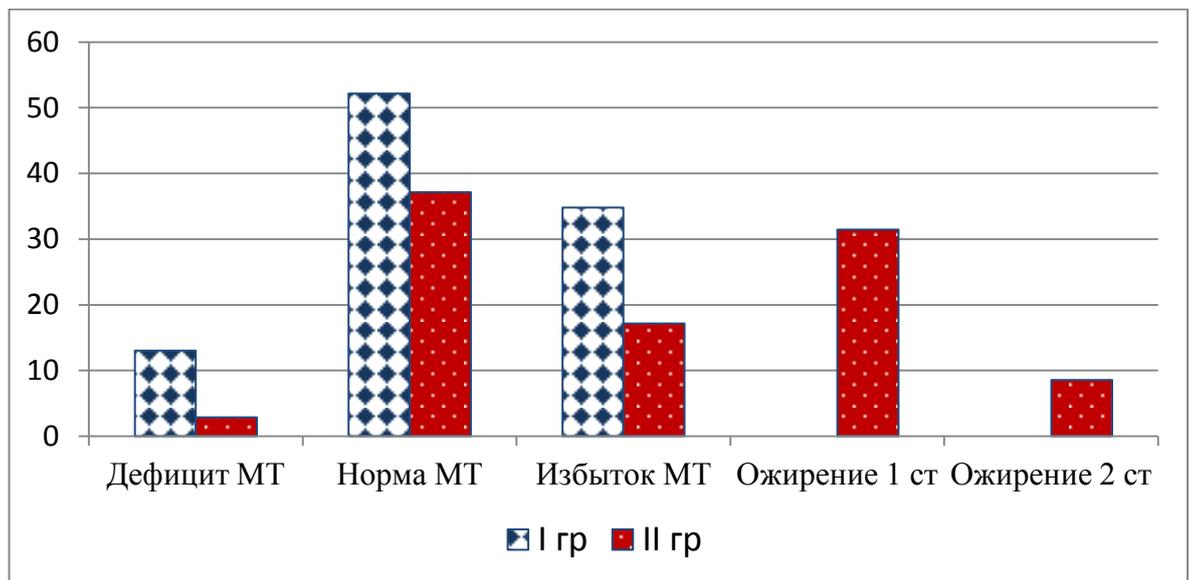


Рис. 13. Распределение учителей по показателю индекса Кетле на завершающем этапе эксперимента, %.

Согласно данным рисунка число лиц с нормальным выражением признака в первой группе учителей возросло с 30% до, более чем 50%, в то время как во второй группе данный показатель практически не изменился. Сохранившийся процент (более 30%) учителей первой группы с избытком массы тела, обусловлен перераспределением в процентном выражении числа обследуемых с нормальным показателем (увеличение на 20%) и признаками ожирения (снижение в среднем на 15%). Аналогичное перераспределение в процентном выражении отмечено и во второй группе по признаку ожирения первой и второй степени, которое свидетельствует о снижении числа обследованных с признаками ожирения второй степени на

15% и соответствующем росте лиц с признаками ожирения первой степени. Число случаев с дефицитом массы тела в обеих группах не изменилось.

Проведенный статистический анализ не выявил достоверные различия в выражении частот обследованных групп учителей ($\chi^2=10,47$; $p=0,03$).

3.3.3. Изменение функциональных показателей сердечнососудистой и центральной нервной систем учителей разных возрастных групп

Анализ функционального состояния сердечнососудистой системы по итогам реализации модели здоровьесберегающего психолого-педагогического сопровождения также свидетельствовал о благоприятной динамике основных гемодинамических показателей (см. таблицу 9).

Таблица 9

Динамика показателей функционального состояния сердечнососудистой системы учителей разных возрастных групп, (M±m)

Показатель	I группа (n=23)	II группа (n=35)	p-уровень
ЧСС, уд/мин	75,5±2,1	68,1±2,2	0,01
Прирост показателя	-4,6%*	-1,2%*	
Систолическое АД, мм.рт.ст	115,7±3,9	124,1±3,5	0,003
Прирост показателя	-5,0%*	-5,2%*	
Диастолическое АД, мм.рт.ст	74,5±2,4	79,1±1,9	-
Прирост показателя	0,7%	0,8%	
Индекс Робинсона, у.е.	87,7±5,2	85,0±4,5	-
Прирост показателя	-9,5%*	-7,0%*	
Адаптационный потенциал, у.е.	2,29±0,08	2,73±0,09	<0,001
Прирост показателя	-6,1%*	-4,8%*	

Примечание: p-уровень - достоверные различия среднегрупповых показателей между исследуемыми группами; * - достоверный сдвиг зависимой переменной (при $p<0,05$).

Несмотря на то, что межгрупповые показатели основных гемодинамических значений сохранили достоверные различия, результаты эксперимента выявили отрицательный прирост среднегрупповых показателей деятельности кардиосистемы в пределах 10%. При этом практически все показатели, за исключением уровня АП у учителей второй группы укладываются в диапазон нормативных величин.

На завершающем этапе обследования 13% обследованных первой группы и 20% учителей второй группы свойственна умеренная брадикардия, для 6% обследованных второй группы свойственна выраженная брадикардия, что в целом соответствует показателям констатирующего эксперимента. В то же время число учителей с признаками умеренной тахикардии снизилось в первой группе в шесть раз с 52% до 9%, во второй группе – в пять раз с 15% до 3%. Признаков выраженной тахикардии в обследованной популяции обеих групп учителей на завершающем этапе эксперимента не выявлено.

На завершающем этапе эксперимента можно констатировать улучшение показателей артериального давления у подавляющего большинства учителей обеих групп. Так, в первой группе учителей более чем в 95% случаев и в 70% случаев второй группы констатированы удовлетворительные показатели максимального артериального давления. Признаки отклонения от нормы по гипертоническому типу констатированы лишь у 4%, что более чем в семь раз меньше аналогичного показателя учителей первой группы на начальном этапе эксперимента. Во второй группе гипертонические проявления артериального давления свойственны 29% учителей, что в среднем в два раза меньше аналогичных данных обследованных учителей в рамках констатирующего эксперимента. Признаков гипотонии в обследованной популяции не выявлено.

Анализ индивидуальных показателей адаптационного потенциала по итогам эксперимента (см. рисунок 14) также констатировал

высокодостоверные различия в частотном распределении учительской популяции первой и второй групп ($\chi^2=26,90$; $p<0,001$).

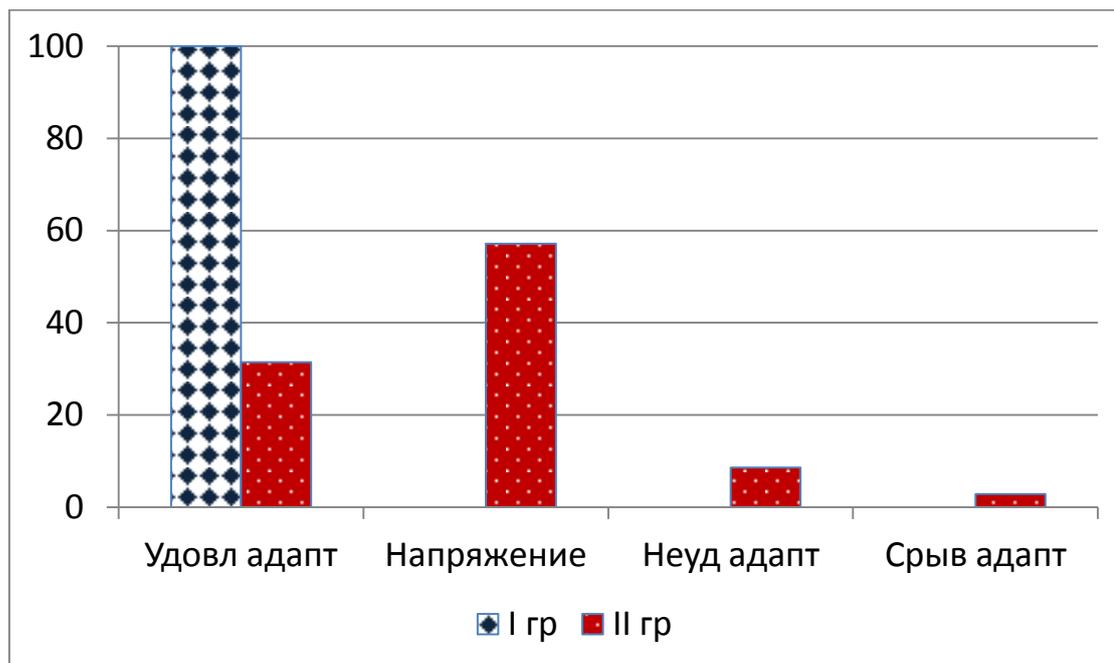


Рис. 14. Процентное распределение учителей разных возрастных групп по уровню адаптационного потенциала по результатам формирующего эксперимента.

Выявленная особенность обусловлена тем, что всей популяции учителей первой возрастной группы был свойственен удовлетворительный уровень АП (100%). В то же время у учителей второй возрастной группы число обследованных с признаками удовлетворительной адаптации незначительно увеличилось и соответствовало 35% уровню. У большинства обследованных данной группы отмечено напряжение адаптационных механизмов (около 60%, что на 25% выше аналогичного показателя на этапе констатирующего эксперимента), но при этом отмечено снижение числа случаев с признаками неудовлетворительной адаптации, отмечены единичные случаи неудовлетворительной адаптации и срыва адаптации.

Снижение значений показателей адаптационного потенциала в ходе реализации здоровьесберегающей модели свидетельствует о повышении

компенсаторно-приспособительных механизмов и функциональных возможностей сердечнососудистой системы большинства учителей.

Таблица 10

Изменение показатели функционального состояния центральной нервной системы учителей разных возрастных групп, ($M \pm m$)

Показатель	I группа (n=23)	II группа (n=35)	p-уровень
ФУС, у.е.	4,0±0,2	4,1±0,2	-
Прирост показателя	46,8%*	57,2%*	
УР, у.е.	2,0±0,1	1,6±0,1*	<0,001
Прирост показателя	45,5%*	78,0%*	
УФВ, у.е.	3,6±0,2	3,5±0,2	-
Прирост показателя	38,7%*	60,6%*	

Примечание: p-уровень - достоверные различия среднегрупповых показателей между исследуемыми группами; * - достоверный сдвиг зависимой переменной (при $p < 0,05$).

По результатам формирующего эксперимента можно констатировать значительный прирост (от 39% до 78%) среднегрупповых значений изученных показателей функционального состояния ЦНС. При этом среднегрупповые показатели УР первой группы и показателей УФВ обеих групп укладываются в диапазон нормативных показателей. Остальные показатели соответствуют значениям незначительно сниженной работоспособности (нижний диапазон границы нормальной работоспособности человека). Важно отметить, что прирост значений критериев функционального состояния ЦНС учителей второй группы более выражен и превышает аналогичные показатели учителей первой группы на 10,2% - 32,5%.

Полученные результаты прироста среднегруппового показателя

критерию ФУС свидетельствует о повышении и оптимизации общего функционального состояния учителей по итогам реализации модели здоровьесберегающего психолого-педагогического сопровождения их профессиональной деятельности.

Показатели УР по итогам формирующего эксперимента диагностируют у учителей первой группы выраженную устойчивость функционального состояния нервной системы, которые достоверно превышают ($p < 0,001$) показатели учителей второй группы, результаты которых отражают незначительно выраженные дисфункции в ЦНС.

Показатели УФВ отражают высокие функциональные возможности нервной системы учителей обеих групп на завершающем этапе исследования.

Анализ частотного распределения индивидуальных показателей работоспособности центральной нервной системы (см. рисунок 15) по итогам эксперимента выявил следующие особенности:

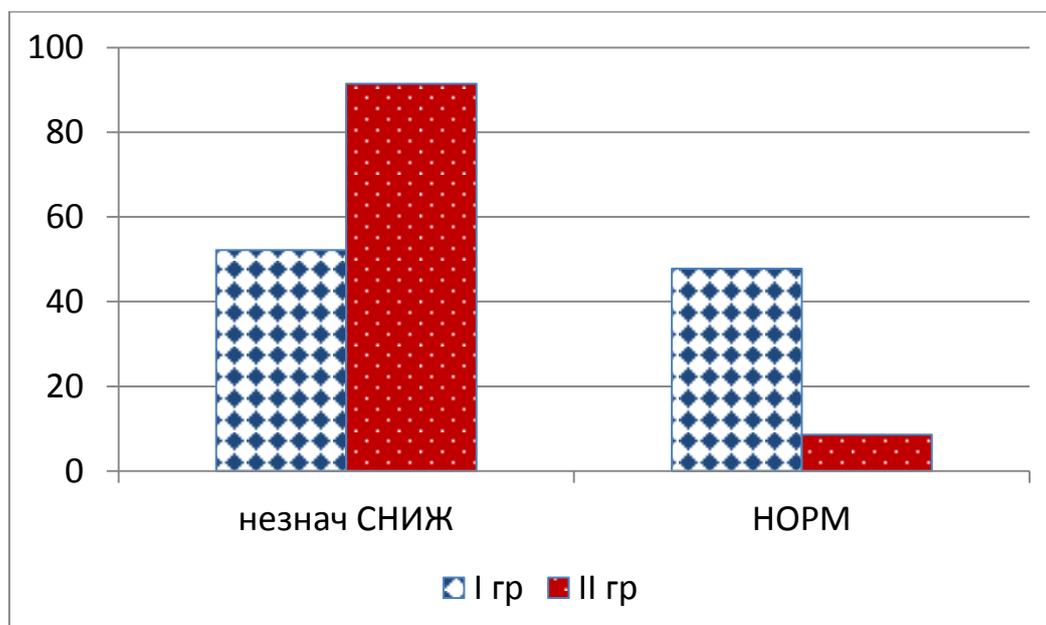


Рис. 15. Процентное распределение учителей разных возрастных групп по уровню работоспособности по данным формирующего эксперимента.

Отмечено сохранение достоверных различий в учительской популяции первой и второй групп ($\chi^2=11,68$; $p<0,001$), что обусловлено разным процентным распределением в исследуемых группах. Отмечен прирост числа учителей первой группы с показателями нормальной и незначительно сниженной работоспособности в среднем на 15%.

Анализ результатов уровня работоспособности учителей первой группы показал, что распределение учителей с признаками нормального уровня работоспособности чуть меньше половины (48%), при этом для 52% обследованных характерна незначительно сниженной работоспособность, возникающая на начальных стадиях утомления и характеризующаяся ослаблением перцептивных процессов, психомоторного обеспечения деятельности, увеличением числа ошибок и времени выполнения задания. При выполнении работы в данном функциональном состоянии происходит незначительное напряжение регуляторных механизмов организма обследуемых.

Показатели нормального уровня работоспособности учителей второй группы сохранили уровень значений констатирующего эксперимента (менее 10%). Отмечено перераспределение числа обследованных с показателями сниженной работоспособности (с 55% до 0%) и рост числа обследованных с признаками незначительно сниженной работоспособности (порядка 90%).

Важно отметить, что по итогам эксперимента в исследуемых группах не выявлено случаев с неудовлетворительными показателями работоспособности.

Таким образом, можно констатировать положительную динамику уровня работоспособности у учителей обеих возрастных групп в ходе реализации модели здоровьесберегающего психолого-педагогического сопровождения их профессиональной деятельности.

ВЫВОДЫ:

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы.

1. Анализ научной литературы по проблемам здоровья и здорового образа жизни позволил выявить противоречие в потребностях государства и социума в здоровой высоко трудоспособной компетентной личности и низкой теоретико-практической разработанностью проблемы здоровьесбережения учителей.

2. Полученные в ходе констатирующего эксперимента результаты свидетельствуют о низких показателях морфофункционального и психологического компонентов здоровья педагогов общеобразовательной школы, что находит свое отражение в преобладающем числе обследованных с признаками истощения нервно-психического состояния - эмоционального выгорания, избытком массы тела, напряжения в деятельности сердечнососудистой системы, сниженного функционального состояния ЦНС.

3. Анализ полученных данных позволил заключить, что с увеличением педагогического стажа у учителей происходит нарастание дезадаптационных процессов и патологических состояний в состоянии здоровья педагогов. Выявлены достоверные различия в мотивационно-ценностном отношении к здоровью, выраженности фаз и симптомов эмоционального выгорания, морфофункциональных и психофизиологических показателях, отражающих возрастное снижение удовлетворительных показателей здоровья

4. На основе анализа теоретико-методологических разработок специалистов в области здоровьесбережения, а также по результатам мониторинга уровня здоровья учителей разработана и внедрена в деятельность конкретной образовательной организации здоровьесберегающая модель психолого-педагогического сопровождения в рамках их профессиональной деятельности, направленная на

формирование компетентности здоровьесбережения, сохранение и укрепление здоровья педагогов.

5. Экспериментально подтверждена эффективность психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителей в формировании компетентности здоровьесбережения.

По результатам исследования выявлена положительная динамика мировоззренческих позиций при формировании ценностного отношения к здоровью и установок на здоровый образ жизни, улучшение морфологических показателей и функционального состояния интегративных систем организма: сердечнососудистой и центральной нервной системы обследованных учителей.

6. Апробация здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения соответствует цели и задачам диссертационного исследования и подтверждает гипотезу о том, что здоровье таких участников образовательного процесса как учителя сохраняется и укрепляется, что способствует повышению качества образовательных услуг.

7. На основании полученных данных считаем целесообразным применение опыта здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителей общеобразовательной школы другими образовательными организациями.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абросимова, И.Ю. Проектирование педагогической модели формирования ценностных ориентаций на здоровый образ жизни у младших школьников: монография /И.Ю.Абросимова.- Н.Новгород: Нижегородский институт развития образования, 2013.- 74 с.
2. Агаджанян, Н.А. Проблемы адаптации и учение о здоровье / Н.А. Агаджанян, Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – М.: Изд-во РУДН, 2006. – 284 с.
3. Асмолов, А.Г. Шок настоящего / А.Г. Асмолов // Образовательная политика. – 2010. – № 3 (41). – С. 2–4.
4. Ахмерова, С.Г. Здоровье педагогов: профессиональные факторы риска/ С.Г. Ахмерова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2001. – № 4. – С. 28–30.
5. Бабанов, С.А. Диагностика и профилактика синдрома эмоционального выгорания / С.А. Бабанов, О.Н. Ивкина // Сестринское дело. – 2010. – № 7. – С. 11–12.
6. Бабанов, С.А. Профессия и стресс: синдром эмоционального выгорания / С.А. Бабанов // Главврач. – 2011. – № 9. – С. 50–57.
7. Багнетова, Е. А. Профессиональные риски педагогической среды / Е.А. Багнетова, Е. Р. Шарифуллина // Фундаментальные исследования. - 2013. - №1-1.- С.27-31.
8. Баевский, Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – М.: Медицина, 1997. – 236 с.
9. Бардахчян, А.В. Гигиеническая оценка состояния здоровья учителей и его влияние на здоровье учащихся средних общеобразовательных учреждений: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.07/ А.В. Бардахчян. – Ростов-на-Дону, 2007. – 174 с.

10. Безруких, М.М. Школа и здоровье детей (100-летний опыт решения проблемы в России) /М.М. Безруких// Проблемы современного образования. – 2011. - №4. – С 5-12.
11. Безруких, М.М. Школьные факторы риска и здоровья детей / М.М. Безруких // Магистр. – 1999. – № 3. – С. 30–38.
12. Белов, В. Понятие нормы как центральной парадигмы здоровья / В. Белов, В. Гриценко, А. Котова // Здоровье: сущность, диагностика и оздоровительные стратегии: материалы I Междунар. науч. конф. Радом, 2001.- С.78–81.
13. Берсенева, А.П. Донозологическая диагностика в оценке уровня здоровья школьников / А.П. Берсенева, Л.А. Денисов, Е.Ю. Берсенев [и др.] // Функциональная диагностика. – 2006. – № 3 . – С. 5–15.
14. Бершадский, М.Е. Дидактические и психологические основания образовательной технологии / М.Е. Бершадский, В.В. Гузеев. – М.: Центр «Педагогический поиск». – 2003. – С. 134.
15. Большой психологический словарь / Под.ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко, 4-е издание [Электронный ресурс]. <http://www.studfiles.ru/preview/976014/>
16. Будаев, С.Д. К проблеме сохранения и укрепления здоровья населения / С.Д. Будаев// Вестник БГУ. - 2009.- №12.- С. 32-36.
17. Брехман, И.И. Введение в валеологию – науку о здоровье / И.И. Брехман. Л., 1987. - 125 с.
18. Бутяева, В.В. Физиологическая диагностика резервов кардиореспираторной системы учителей / В.В. Бутяева, О.Л. Омельченко, Е.А. Беликова, С. А. Щербачева // Вестник Здоровье и образование в XXI веке.- 2014. - №2. - С.16-17.
19. Вайнер, Э.Н. Валеология. Учебник для вузов / Э.Н. Вайнер.- М.: Наука, 2013. – 416 с.

20. Викторов, Д.В. Здоровьесбережение: проблемы развития мотивации у студентов вузов: монография / Д.В. Викторов. – Омск: изд-во ОмГПУ, 2009. – 142 с.

21. Вишневский, В.А. Здоровьесбережение в школе (педагогические стратегии и технологии)/ В.А. Вишневский. – М.: «Теория и практика физической культуры», 2002. – 270 с.

22. Гавриков, К.В. Мониторинг социального, здравоохранительного здоровья ребенка – путь повышения эффективности организации здоровьесформирующих технологий / К.В. Гавриков, Е.В. Лифанова // Современные наукоемкие технологии. – 2004. – № 6. – С. 58–85.

23. Гладышева, О.С. Уроки здоровья и ОБЖ: Программа интегрированного курса: (начальная школа) / О.С.Гладышева. - Н. Новгород: Нижегородский институт развития образования, 2010.-19 с.

24. Глушкова, Н.И. Аномальная изменчивость личности учителя в условиях современной социальной среды / Н.И. Глушкова// Фундаментальные исследования. – 2007. – № 1. – С. 58–58.

25. Гончарова, Н.Н. Контроль физического развития детей школьного возраста с использованием автоматизированных систем / Н.Н. Гончарова, Е.В. Потребенко // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. – 2007. – № 11. – С. 30–33.

26. Горохов, М.М. О некоторых методологических подходах к решению проблемы мониторинга общественного здоровья / М.М. Горохов, С.Б. Пономарев, В.А. Тененев [и др.] // Интеллектуальные системы в производстве. – 2007. – № 2. – С. 142–144.

27. Гуманистические воспитательные системы вчера и сегодня (в описаниях их авторов и исследователей) / Под общей ред. докт. пед. наук Н.Л. Селивановой. – М.: Педагогическое общество России, 2000. – 336 с.

28. Гусинский, Э. Главная цель – счастье и душевное здоровье / Э. Гусинский, Ю. Турчанова // Директор школы. - 1999. - №7.- С. 31-99.

29. Данилова, С.В. Условия сохранения и укрепления здоровья учителя и учеников / С.В. Данилова// *Universum: Вестник Герценовского университета*. - 2010. - №12.- С.32-34.

30. Деркач, А.А. Акмеологические основы становления психологической и профессиональной зрелости личности/А.А. Деркач, Л. Е. Орбан. – М.: РАГС, 1995. – С. 5-6.

31. Дмитриева, Н.В. Полипараметрическая технология доклинической диагностики состояния здоровья человека / Н.В. Дмитриева, О.С. Глазачев // *Профилактика заболеваний и укрепления здоровья*. – 2001. – № 6. – С. 41–45.

32. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 год: 22 мая 2014 года. – М., 2014. – 129 с. URL: http://static-0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/026/627/original/Doklad_o_sojanii_zdorovja_naselenija_2014.pdf?1434640648 (дата обращения 03.03.2015 г.)

33. Дубровский, В.И. Спортивная медицина: Учебник для студ. вузов / В.И. Дубровский - М.: Владос, 1998 - 480 с.

34. Жилина, Н.М. Автоматизированная система социально-гигиенического мониторинга здоровья и среды обитания – инструмент принятия научно обоснованных решений / Н.М. Жилина, Г.И. Чеченин, Т.В. Сапрыкина // *Современные проблемы науки и образования*. – 2009. – № 1. – С. 48–49.

35. Жуков, О.Ф. Профессиональное здоровье учителя /О.Ф. Жуков, Н.С. Россошанская // *Ученые записки университета Лесгафта*. - 2011. - №3.- С.75-78.

36. Зайцев, Г.К. Время педагогики здравосозидающей / Г.К. Зайцев // *Народное образование*. – 2002. – № 6. – С. 119–123.

37. Звягина, В.В. Возрастные особенности качества жизни педагогов, связанного со здоровьем // *Фундаментальные исследования*. – 2008. – № 4 – С. 29-33.

38. Игишева, Л.Н. Информационные системы в комплексной оценке и прогнозе состояния здоровья детей школьного возраста / Л.Н. Игишева // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2008. – № 1. – С. 6–10.

39. Илькаева, Е.Н. Состояние здоровья учителей по результатам самооценки и дополнительной диспансеризации /Е.Н. Илькаева, Р.М. Такаев, Е.Г. Степанов и др.// *Здоровье населения и среда обитания*. – 2009. – № 1. – С. 25–28.

40. Ильченко, Ю.Г. Гигиеническая оценка состояния здоровья учителей средних общеобразовательных учреждений : дис.... канд. мед, наук: 14.00.07. / Ю.Г. Ильченко. – Ростов-на-Дону, 2006. – 183 с.

41. Ильясова, Э. Н. Развивающая информационная образовательная среда как подмножество здоровьесберегающей и здоровьесозидающей образовательной среды / Э.Н. Ильясова// *Здоровье и образование в XXI веке*. - 2014. - №3. - С.76-80.

42. Казанская, В.Г. О психолого-педагогическом сопровождении самоактуализации личности в образовательном пространстве / В.Г. Казанская, А.Н. Колпакова // *Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина*. - 2013. - №3.- С. 28-37.

43. Катунцева, Н.А. Использование современных инфокоммуникационных технологий в системе охраны здоровья детей / Н.А. Катунцева, С.М. Смбалян, А.Н. Гуров, Е.А. Цветкова // *Альманах клинической медицины*. – 2006. – № 12. – С. 57–57.

44. Кисель, О.В. Организационно-педагогическое сопровождение здоровьесбережения учителей общеобразовательной школы / О.В. Кисель// *Вестник ЧГПУ*. - 2012. - №9.- С.26-38.

45. Кисель, О.В. Проблемы здоровьесбережения учителя и пути их решения в условиях общеобразовательной школы / О.В. Кисель // *Вестник*

ЮУрГУ. Серия: Образование. Педагогические науки. - 2011. - №13.- С.72-78.

46. Кобринский, Б.А. Мониторинг состояния здоровья детей России на основе применения компьютерных технологий / Б.А. Кобринский // Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 1. – С. 16–20.

47. Коваленко, И.Г. Здоровье учителя как условие здоровья ученика / И.Г. Коваленко// Проблемы Науки. - 2013. - №2 (16).- С.177-178.

48. Колбанов, В.В. Социальные детерминанты здоровья и образа жизни / В. В. Колбанов // Здоровье: сущность, диагностика и оздоровительные стратегии: материалы I Междунар. науч. конф. Радом, 2001. С. 25–30.

49. Корнилова, Д. С. Отношение к здоровью у учителей Приморского края / Д.С. Корнилова, В.С. Рязанова, О.Б. Асриян, И.И. Черемискина// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2015. - №1-1.- С.146-150.

50. Крыжановский, Г.Н. Здоровье и его полифункциональная оценка / Г.Н. Крыжановский, Л.Е. Курнешова, В.В. Пивоваров [и др.] // Антропология. – 2003. – № 2. – С. 46–51.

51. Крыжановский, Г.Н. Полисистемный саногенетический мониторинг: обеспечение функционального здоровья учащихся в ходе модернизации образования / Г.Н. Крыжановский, Л.А. Носкин, М.Ю. Карганов // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5. – № 5. – Прил. 1. – С. 54–58.

52. Куликов, Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики / Л.В. Куликов. – СПб.: Питер, 2004. – 464 с.

53. Кучма, В.Р. Современные гигиенические подходы к оценке влияния образовательных технологий на здоровье детей и подростков / В.Р. Кучма, М.И. Степанова // Здоровье населения и среда обитания. – 2002. – № 2. – С. 1–4.

54. Мажаров, В.Ф. Информационно-аналитическая модель социально-гигиенического мониторинга на региональном уровне: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Ф. Мажаров . – Кемерово, 2002. – 49 с.

55. Матрос, Д.Ш. Управление качеством образования на основе новых информационных технологий и образовательного мониторинга / Д.Ш. Матрос, Д.М. Полев, Н.Н. Мельникова. – М.: Пед. общество России, 1999. – 96 с.

56. Методические рекомендации «Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения» / под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. – М.: Триада-фарм. – 2004. – 114 с.

57. Меттус, Е.В. Здоровье учителя: определяющие факторы и необходимые условия / Е.В. Меттус// *Universum: Вестник Герценовского университета.* - 2010. - №12 - С.37-39.

58. Митина, Л.М. Психология труда и профессионального развития учителя: учебное пособие / Л.М. Митина. – М.: ИЦ «Академия», 2004. – 320 с.

59. Молоствов, А.Н. Психолого-педагогическое сопровождение: историография вопроса и особенности в процессе формирования у курсантов вузов МВД толерантного поведения /А.Н. Молоствов// *Современные проблемы науки и образования.* - 2015. - №1-1.- С.836.

60. Мороз, М.П. Экспресс-диагностика работоспособности и функционального состояния человека: методическое руководство / М.П. Мороз. – СПб. : ИМАТОН, 2007. – 40 с.

61. Науменко, Ю.В. Концепция здоровьесформирующего образования/ Ю.В. Науменко // *Инновации в образовании.* – 2004.- №2. – С. 90 – 103.

62. Орел, В. Е. Синдром психического выгорания личности/ В.Е. Орел. – М.: Институт психологии РАН, 2005. – 330 с.

63. Панков, Д.Д. Клиническая интерпретация результатов саногенетического мониторинга школьников / Д.Д. Панков, А.Г. Румянцев, Л.А. Носкин [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5. – С. 444.

64. Постановление Правительства РФ № 916 от 29.12.01. «Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи». – М., 2001.

65. Пустозеров, А.И. Физиология, гигиена и организация умственного труда в современном образовании: учеб. пособие / А.И. Пустозеров, А.Г. Гостев. – Челябинск: Урал. гос. акад. физ. культуры, 2003. – 126 с.

66. Ростовцев, В.Н. Основания теории нормы и здоровья / В. Н. Ростовцев // Здоровье и образование: материалы Междунар. конгресса валеологов и III Всерос. науч.-практ. конф. «Пед. пробл. валеологии». СПб., 1999.- С.154–155.

67. Семикин, Г.И. Научные и организационно-методические основы разработки здоровьесберегающих технологий в условиях высшей школы и их медико-техническое обеспечение / Г.И. Семиник// Медицинская техника. – 2005. №1.- С. 13 – 17

68. Сериков, С.Г. Здоровьесбережение учащихся в образовательных процессах: монография / С.Г. Сериков. – Шадринск: Изд-во ПО «Исеть», 2001. – 320 с.

69. Сеницын, И.С. Формирование компетенции здоровьесбережения в процессе предметной подготовки обучающихся / И.С. Сеницын, Л.Н. Вдовина // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. -2012. - №1-1. - С.219-221.

70. Смирнова, Ю.В. Управление качеством образования на основе мониторинга здоровья учащихся: монография/ Ю.В. Смирнова, Д.З.

Шибкова, О.А. Макунина. – Челябинск: Издательство ООО «Полиграф-Мастер», 2007. – 364 с.

71. Сонькин, В.Д. Здоровье и школа / В.Д. Сонькин // Новые исследования. – М.: Вердана. – 2002. – № 1. – С. 6–12.

72. Третьякова, Н.В. Основы организации здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении / Н.В. Третьякова. – Екатеринбург : Изд-во ГОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. Ун-т», 2009. - 176 с.

73. Улановская, И.М. Что такое образовательная среда? / И.М. Улановская // Начальная школа плюс. – 2002. – № 1. – М: «Баласс». – С. 3–13.

74. Фадеева А.Е. Здоровье школьников и педагогов по результатам АИС «Социально-гигиенический мониторинг» на примере г. Новокузнецка / А.Е. Фадеева, Н.М. Жилина, Г.И. Чеченин, В.А. Юнусова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – Т. 11. – № 3. – С. 13–13.

75. Фомин, Н.А. Адаптация: общебиологические и психофизиологические основы / Н.А. Фомин. – М.: Изд. «Теория и практика физической культуры», 2003. – 383 с.

76. Хруцкий, К.С. Аксиологический подход в современной валеологии : дис. ... канд. филос. наук / К. С. Хруцкий. Новгород, 2000. - 183 с.

77. Хусаинова, Р.М. Зависимость психологического здоровья учителя от возраста и стажа педагогической деятельности: дис.... канд. психол. наук/ Р.М. Хусаинова . – Казань, 2006. – 192 с.

78. Чимаров, В.М. Формирование здоровья субъектов образовательного процесса: учебное пособие / В.М. Чимаров, Е.В. Левитина. – Тюмень: Вектор Бук, 2008. – 231с.

79. Чирков, А.А. Здоровый учитель как важнейший фактор сохранения и укрепления здоровья учащихся //А. А. Чирков. – Оренбург, 2003.

80. Шамсутдинова, А.В. Модель психолого-педагогического сопровождения процесса планирования профессиональной карьеры студентов // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - №3.- С. 197.

81. Шибкова, Д.З. Организация здоровьесформирующей среды с использованием автоматизированной программы «Мониторинг здоровья»: монография / Д.З. Шибкова, П.А. Байгужин. – Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2011. – 165 с..

82. Щедрина, А.Г. Здоровый образ жизни: методологические, социальные, биологические, медицинские, психологические, педагогические, экологические аспекты / А.Г. Щедрина. – Новосибирск: ООО «Альфа–Виста», 2007. – 144 с.

83. Щедрина, А.Г. Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты / А.Г. Щедрина. – Новосибирск: СО РАМН, 2003. – 164 с.

84. Якиманская, И.С. Технология личностно-ориентированного образования/ И.С Якиманская. – М.: Академия, 2000. – С.156.

85. Яковлев, Б.П. Психофизиологические основы здоровья человека: учеб. пособие / Б.П. Яковлев, О.Г. Литовченко. – Сургут: РИО СурГПУ, 2005. – 193 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

**Календарно-тематическое планирование разработки и реализации
здоровьесберегающей модели психолого-педагогического
сопровождения профессиональной деятельности учителей**

№ п/п	Мероприятия	Сроки	Исполнители	Результативность
I. Организационный этап март 2014-август 2014 г.				
1.1.	Формирование проектной документации, рабочей группы. Проведение рабочего совещания участников проекта.	Март 2014	Руководитель проекта, администрация Образовательной организации	Приказ о создании рабочей группы и распределении функционала.
1.2.	Разработка модели.	Апрель -май 2014	Руководитель проекта, рабочая группа	Приказ о разработке и утверждении модели.
1.3.	Формирование нормативно-правовой базы Образовательной организации по вопросам здоровьесберегающей деятельности педагогов	Май-июнь 2014	Руководитель проекта, администрация Образовательной организации	Изучение нормативно-правовой документации, формирование портфеля нормативно-правовой документации.
1.4.	Анализ здоровьесберегающей деятельности.	Август 2014	Рабочая группа	Самообследование здоровьесберегающей деятельности и определение

				стартовых условий здоровьесбережения в образовательной организации.
II. Констатирующий эксперимент - этап вводной диагностики				
2.1.	Проведение вводной комплексной диагностики состояния здоровья учителей .	Сентябрь - октябрь 2014	Рабочая группа	Результаты диагностических исследований
III. Апробация модели здоровьесбережения в образовательной организации.				
3.1.	Организация консультационно-реабилитационного пространства. Методическая работа по сохранению и укреплению здоровья учителей	октябрь 2015-май 2016	Участники эксперимента	Изменение мировоззренческих установок. Совершенствование компетентности здорового образа жизни у участников эксперимента. Создание благоприятных условий труда, физкультурно-оздоровительная деятельность.
IV. Аналитический этап				
4.1.	Оценка эффективности реализации	Апрель- май 2016	Экспертная оценка	Итоги мониторинга, оценка

здоровьесберегающей модели психолого-педагогического сопровождения профессиональной деятельности учителей по результатам комплексной диагностики состояния здоровья учителей .			динамики показателей здоровья учителей
--	--	--	--

Ключевые обязанности рабочей группы психолого-педагогического сопровождения здоровьесбережения учителей

№ п/п	Ответственный	Направление деятельности
1.	Заместитель директора по научной работе Заместитель директора по воспитательной работе	<input type="checkbox"/> Контроль за внедрением системной модели здоровьесбережения в образовательной организации. <input type="checkbox"/> Организация повышения квалификации педагогов. <input type="checkbox"/> Организация проведения семинаров по теме здоровьесбережения. <input type="checkbox"/> Приобретение научно-методической литературы по вопросам здоровья и здоровьесбережения. <input type="checkbox"/> Организация физкультурно-оздоровительных занятий. <input type="checkbox"/> Анализ здоровьесберегающей деятельности образовательной организации.
2.	Социальный педагог	<input type="checkbox"/> Контроль за охраной труда, техникой безопасности, травматизмом в образовательной организации.
4	Психолог	<input type="checkbox"/> Организация проведения психодиагностики, психологических тренингов, психологической коррекции и реабилитации.
5.	Медицинский работник	<input type="checkbox"/> Мониторинг состояния морфофункционального здоровья и образа жизни <input type="checkbox"/> Консультационные встречи по вопросам здоровьесбережения.