

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования
Кафедра социальной психологии

ФОМИНА ОЛЬГА ВИКТОРОВНА

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ОТНОШЕНИЕ ПЕДАГОГОВ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

Направление подготовки: 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Магистерская программа: Психолого-педагогическая поддержка
профессионального здоровья

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой

к.психол.н., доцент Груздева О.В.

Руководитель магистерской программы

к.психол.н., доцент Дубовик Е.Ю.

Научный руководитель

к.психол.н., доцент Груздева О.В.

Обучающийся

Фомина О.В.

Красноярск 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ ПЕДАГОГОВ	11
1.1. Теоретико-методологические основы исследования отношения к здоровью.....	11
1.2. Здоровье педагога как объект психологического исследования.....	29
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1	44
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ ПЕДАГОГОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ	46
2.1. Организация и методики исследования.....	46
2.2. Анализ результатов исследования.....	58
2.3. Методические рекомендации педагогам по развитию осознанного ответственного отношения к здоровью.....	78
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2	87
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	89
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	92
ПРИЛОЖЕНИЕ	100

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье работников образования является одной из фундаментальных проблем современного общества. Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что к личности учителя и его роли в учебно-воспитательном процессе повышаются требования со стороны общества, и это связано с переходом современной школы на реализацию Федеральных государственных образовательных стандартов.

Обновление структуры и содержания образования предъявляет повышенные требования к профессиональной подготовленности преподавателя, его психолого-педагогической компетентности, эмоционально-волевой устойчивости, а также к состоянию личного здоровья как основе психофизического и социального благополучия, базису полноценной жизнедеятельности.

Особенности современной жизни и специфика самой педагогической профессии требует, чтобы учитель обладал целым рядом качеств личности, значимых для компетентного выполнения функциональных обязанностей, при этом способного сохранить здоровье. Соответственно, одним из важнейших условий эффективности любого образовательного процесса является здоровье учителя, осуществляющего этот процесс.

Профессия педагога относится к одной из наиболее выраженных профессиональных групп риска развития различных заболеваний (В.З. Коган), при этом, отношение к собственному здоровью у педагогов обусловлено недостаточной мотивацией сохранения своего здоровья [6, 9, 54].

И одной из важнейших причин сложившегося неблагополучия в состоянии здоровья педагогов является их неадекватное отношение к собственному здоровью, к ведению здорового образа жизни, недооценка здоровья как ценности [54].

Обследования учителей говорят о нередко тяжелых условиях труда, переживаемых стрессовых состояниях, формирующихся акцентуациях характера, расстройствах физического и психического здоровья, о чем свидетельствуют работы В.З. Когана, В.И. Батенковой, Л.П. Гуреевой, И.В. Зеленовой, Э.Э. Сыманюк [9, 19, 33, 66].

Проблема отношения личности к своему здоровью и здоровью других людей в психологическом аспекте имеет относительно краткую историю разработки, хотя уже с древнейших времен была более или менее ясна огромная роль психологического фактора в этиологии заболеваний и в ходе лечения, в частности такого фактора, как «установка на выздоровление».

Психологический аспект отношения к здоровью изучался психологами 20-30-х годов XX века, но лишь эпизодически. В.Н. Мясищев заложил общетеоретические основы психологии отношений, которые, несмотря на эпизодические критические анализы, до сих пор лежит в основе психологической интерпретации феноменов типа отношения к здоровью среди отечественных психологов (В.З. Коган, М.И. Бобнева, Е.Д. Дорофеев и др.).

Наконец, в последние годы мы наблюдаем своеобразный всплеск интереса к этой проблеме как в социологическом аспекте (И.В. Журавлева, Л.С. Шилова и др.), так и в психологическом (В.А. Бодров, Т.Ф. Базылевич, Б.С. Братусь, А.Л. Гройсман, К.К. Платонов, Н.В. Тарабрина, Е.Д. Хомская, В.А. Пономаренко, В.З. Коган, В.А. Полесский, А.Г. Маклаков, М.Л. Лазарев, В.В. Корченков и другие). Эти исследования, проведенные на материале некоторых профессиональных групп населения, включают изучение актуальных вопросов тенденций изменения состояния здоровья и их социальных и социально-психологических причин, ценностных и мотивационных установок, самооценки здоровья, элементов образа жизни и режима труда и многие другие моменты.

Таким образом, актуальность исследования обусловлена противоречиями:

- между ценностной личностной и общественной значимостью здоровья педагогов и напряженных, стрессовых условиях профессиональной деятельности педагогов;

- между пониманием педагогами значимости здоровья и здорового образа жизни и реальным отношением к собственному здоровью;

- между желанием педагогов сохранять здоровье в процессе педагогической деятельности и недостаточно разработанными психологическими условиями в условиях образовательного учреждения.

Данные противоречия позволили сформулировать проблему исследования: какова взаимосвязь личностных особенностей и отношения к здоровью педагогов.

Однако проведенный анализ литературных источников свидетельствует о недостаточности исследований отношения к собственному здоровью педагогов и его взаимосвязи с личностными особенностями педагогов.

Цель исследования: выявление особенностей отношения к своему здоровью педагогов в зависимости от их личностных особенностей.

Объект исследования: отношение к собственному здоровью педагогов.

Предмет исследования: взаимосвязь личностных особенностей педагогов с их отношением к собственному здоровью.

Гипотеза исследования: Мы предполагаем, что отношение к собственному здоровью педагогов зависят от их личностных особенностей (самооценки, уровня субъективного контроля, эмоциональной устойчивости, открытости и доверчивости в общении).

Для достижения поставленной цели и подтверждения гипотезы исследования были намечены следующие задачи:

1. На основе теоретического анализа научной литературы рассмотреть понятие отношения к здоровью в психологии.

2. Изучить проблему здоровья педагогов в теоретических исследованиях.

3. Эмпирическим путем выявить отношение к здоровью педагогов и личностные особенности педагогов.

4. Разработать модель взаимосвязи личностных особенностей и отношения к здоровью педагогов.

5. Разработать методические рекомендации по формированию ответственного отношения к здоровью педагогов.

Теоретико-методологической основой исследования являются теоретические положения отечественных и зарубежных психологов:

- субъективно-деятельностный подход (Б.Г. Ананьев, К.А. Абульханова-Славская, Б.Ф. Ломов и др.);

- положения и выводы, раскрывающие различные аспекты психологии здоровья (Л.И. Августова, В.А. Ананьев, Н.Е. Водопьянова, М.А. Гулина, И.Н. Гурвич, И.В. Ежов, Е.П. Ильин, Л.В. Куликов, Г.И. Мурзабеков, Г.С. Никифоров, А.В. Никольский, Л.В. Огинец, С.А. Романова);

- общетеоретические положения, составившие основу принципиальных представлений о развитии личности, сформулированные Б.Г. Ананьевым, А.Н. Леонтьевым, А.В. Петровским, С.Л. Рубинштейном;

- теории отношений, согласно которым отношение может быть рассмотрено как принцип изучения человека (В.М. Мясищев, Б.Г. Ананьев, Л.Л. Бодалев); как подструктура сознания, определяющая поведение (М.Ю. Кондратьев, С.Д. Дерябо); как сложная, многоуровневая категория, имеющая определенную структуру (В.Н. Мясищев, А.Ф. Лазурский, С.Д. Дерябо, Г.С. Никифоров, Б.Ф. Ломов, В.М. Кабаева, Д.В. Колесов, Л.Н. Овчинникова и др.);

- психологические основы педагогического труда (Л.И. Божович, М.М. Кашапов, Н.В. Кузьмина, Л.М. Митина, А.А. Реан, Д.И. Фельдштейн, Н.П. Фетискин).

Методы исследования:

- теоретические: анализ, сравнение и обобщение научной литературы по проблеме исследования;

- эмпирические: метод опроса, тестирование;

- методы математической статистики: метод ранговой корреляции Спирмена.

Методики исследования:

1. Методики исследования личностных особенностей педагогов:

- многофакторный опросник Р. Кэттелла, предназначенный для измерения 16 параметров личности;

- методика УСК (уровень субъективного контроля) Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкиной, Л.М. Эткинда;

- тест самооценки Дембо–Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан;

- опросник самооценки реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, адаптированный Ю.Л. Ханиным.

2. Методики исследования отношения к здоровью педагогов:

- экспресс-диагностика ценностных представлений о здоровье (Ю.В. Науменко);

- опросник «Отношение к здоровью» (Р.А. Березовская);

- методика «Индекс отношения к здоровью» С. Дерябо и В. Ясвина.

База исследования: исследование проводилось на базе СШ № XX г. Красноярска.

В исследовании принимали участие 48 педагогов в возрасте 25-57 лет, имеющие педагогический стаж от 2 до 24 лет.

Практическая значимость исследования. Материалы проведенного исследования могут быть использованы в процессе подготовки педагогов в

средних профессиональных и высших учебных заведениях, а также в системе повышения квалификации работников образования. Непосредственное практическое значение имеет сформированный пакет методов, позволяющих объективно и оперативно диагностировать отношение к здоровью педагогов и тем самым повышать эффективность его коррекции. Разработанные методические рекомендации, направленные на формирование адекватного субъективного отношения к здоровому образу жизни, ответственности за свое здоровье, совершенствование механизмов психологической саморегуляции и индивидуальных способов укрепления и сохранения своего здоровья педагогов могут применяться в работе психологической службы общего образования.

Положения, выносимые на защиту:

1. Отношение к здоровью - система индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.

2. Отношение педагогов к своему здоровью выражается в форме моделей поведения, которые проявляются через действия, суждения и переживания относительно факторов, влияющих на здоровье.

3. Модель взаимосвязи, отношения педагогов к своему здоровью и их личностными особенностями, представлена связями самооценки, тревожности, уровня субъективного контроля, эмоциональной устойчивости, открытости, доверчивости с показателями психологического и социального здоровья, с эмоциональными и познавательной шкалами отношения к здоровью, с интенсивностью отношения педагогов к своему здоровью.

4. Особенности отношения педагогов к своему здоровью представлено на когнитивном уровне за счет широкой осведомленности в области здоровья, ценность здоровья входит в важную жизненную сферу педагога,

эмоциональный компонент отношения к здоровью является адекватным и амбивалентно окрашенным, мотивационный компонент отношения к здоровью говорит о стремлении педагогов повлиять на отношение к здоровью у окружающих людей. Интенсивность отношения к здоровью выражена на среднем уровне. Педагоги имеют более высокие показатели экологического и духовного здоровья, низкие показатели психологического здоровья.

5. Методические рекомендации представлены комплексом занятий, направленных на расширение знаний и представлений педагогов по проблеме здоровья и отношения к собственному здоровью, развитие представлений о здоровье как самоценности; развитие умения планировать коррекционную деятельность по отношению к своему здоровью; развитие осознанного отношения к здоровью, стимулирование собственной активности педагогов через включение их в работу по планированию и осуществлению коррекционной деятельности, проведению самоанализа, самонаблюдения; создание ситуаций выбора модели поведения, творческого поиска решения поставленных задач.

Достоверность и обоснованность выводов и результатов исследования обеспечена чёткостью исходных теоретико-методологических позиций; теоретико-методологической обоснованностью программы исследования логикой научного исследования; применением комплекса научно обоснованных и взаимодополняющих методов, выбором валидных и надежных методик эмпирического исследования; сочетанием качественного и количественного подходов к анализу полученных результатов, использованием современных методов математико-статистической обработки эмпирических данных.

По теме исследования опубликовано 2 статьи:

- «Особенности отношения педагогов к собственному здоровью»;

- «Связь личностных особенностей педагогов и их отношение к своему здоровью».

Структура работы: магистерская диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ ПЕДАГОГОВ

1.1. Теоретико-методологические основы исследования отношения к здоровью

Категория «отношение» является одной из основных в психологической науке, наряду с такими, как «отражение», «деятельность», «общение».

Идея отношения богата пространством своих потенциальных смыслов. Она включает в себя идеи целостности, субъектно-объектной связи, активности, развития, актуальности-потенциальности, взаимодействия, деятельности, социальности (диалогичности), рефлексивности, творчества. Проблемой изучения отношений в отечественной психологии занимались В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, М.Я. Басов, В.Н. Мясищев и др. [57].

В.А. Ганзен, В.Н. Юрченко рассматривали отношение как центральную, системообразующую характеристику всего компонентного состава психического состояния. В структуре состояния эта характеристика представляет уровень сознания и самосознания человека. Отношение как характеристика сознания - отношение к окружающей действительности; как характеристика самосознания - это саморегуляция, самоконтроль, самооценка, т.е. установление равновесия между внешними влияниями, внутренним состоянием, формами поведения человека [22].

Как отмечает Л.В. Куликов, использование идей концепции отношений дает прочный фундамент для изучения содержательной стороны психической активности и содержательного наполнения внутреннего мира личности.

Разработка категории «отношение» в отечественной психологии связана прежде всего с именем В.Н. Мясищева. Через эту категорию он проясняет природу субъективного в человеке, раскрывает социально-

психологическое содержание связей личности с ее средой, прослеживает взаимодействие мотивационных компонентов психики в их внутреннем единстве, объясняет происхождение характера и социопатий.

В.Н. Мясищев употребляет понятие «отношение» в двух значениях [57]:

1) методологический принцип отношения организма к среде (вслед за В.М. Бехтеревым);

2) часть психического в целом, наряду с механизмами и состояниями, имеющая эмоционально-потребностную природу.

Развивая психологическую теорию отношений, В.Н. Мясищев исходит из наследия русских ученых А.Ф. Лазурского и В.М. Бехтерева. А.Ф. Лазурский впервые рассматривает отношения человека как структурные компоненты личности. Он выделяет их в единое психическое образование, называемое им экзопсихикой, в отличие от эндопсихики (внутреннего психического образования). В.Н. Мясищев «продвигает» эту проблему к пониманию субъектных отношений как «содержательной связи» человека с внешним миром [57].

Согласно В.Н. Мясищеву следует, что субъективные отношения представляют собой концентрат мотивационных образований человека и средовых влияний «общественной действительности». Средовые влияния заключаются в том, что та или иная конкретная общность людей имеет свой образ жизни, уклад межличностных отношений, свои традиции, обряды, ритуалы и нормы жизнедеятельности, создающие особый контекст реализации побудительных сил человека. В результате средовых влияний формируются ценностные ориентации личности, которые также можно рассматривать как особое содержание ее субъектных отношений с внешним миром [57].

В.Н. Мясищев доказательно утверждал, что психические отношения являются внутренней стороной «...связи человека с действительностью,

содержательно характеризующей личность как активного субъекта с его избирательным характером внутренних переживаний и внешних действий, направленных на различные стороны объективной действительности» [57, с. 218]. Другими словами, отношения выступают как внутренний механизм саморегуляции деятельности и поведения человека.

Следовательно, отношение к здоровью может рассматриваться как одна из основных «мишеней», на которую должно быть направлено психокоррекционное воздействие специалиста, работающего в области психологии здоровья.

Впервые как предмет научного исследования «отношение к здоровью» появилось в научной литературе в 1980 г. в работе Д. Н. Лоранского с соавторами, основной вывод ее заключался в том, что интенсивность заботы человека о своем здоровье определяется не столько его объективным состоянием, сколько отношением.

Здоровье выступает основой жизни человека. Это не самоцель, а необходимое условие полноты реализации человеком своих жизненных целей и смыслов. Значимым является рассмотреть понятие здоровья как психологического феномена.

Под здоровьем понимается физическое, психическое, социальное и моральное благополучие индивида. Таким образом, личность, которая ощущает физический комфорт, без затруднений передвижений и осуществления любой активной деятельности, находится в состоянии благополучия и реализует свой внутренний потенциал, движется к намеченной цели, справляется с жизненными трудностями и стрессами, проявляет социальную активность, выстраивает взаимоотношения с окружающими людьми, мыслит в позитивном ключе, является здоровой. В большинстве случаев сталкиваемся с тем, что рассмотрение и оценка здоровья человека происходит лишь в одной плоскости [1, 5].

Анализ философской, социологической психолого-педагогической, и медицинской литературы показывает многообразие представлений ученых о сущностной характеристике здоровья. Термин «здоровье» понимался и понимается учеными с различных позиций. Н.А. Амосов, Г. Гегель и др. описывали его с анатомо-физиологической стороны; А. Маслоу, Б.Н. Чумаков и др. в своих исследованиях рассматривали социальное и психическое здоровье; Е.Г. Жук, Ю.П. Лисицын, А.Я. Иванюшкин и др. определяли здоровье интегрировано, с учетом биологической, психологической и социальной составляющих. [35, 47].

Обобщенное определение представлено в 1948 году Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». В этом контексте категория «здоровье» означает «ведущий к гармонии человека с самим собой и внешним миром». Эта гармония все больше нарушается из-за глубоких изменений духовно-нравственных устоев общества, которые на протяжении длительного времени обеспечивали устойчивое состояние организма людей и их выживание. Чрезмерная индустрия потребления, агрессивность развлечений, а также искаженные представления о материальном благополучии в корне изменили образ жизни подрастающего поколения [14, 15].

Здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или физических дефектов. В настоящее время принято выделять несколько компонентов (видов) здоровья: соматическое, физическое, психическое, нравственное [26].

Соматическое здоровье - текущее состояние органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими на различных этапах онтогенетического развития. Эти

потребности, во-первых, являются пусковым механизмом развития человека, а во-вторых, обеспечивает индивидуализацию этого процесса [26].

Физическое здоровье - уровень роста и развития органов и систем организма, основу которого составляют морфологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции [26].

Психическое здоровье - состояние психической сферы, основу которого составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию. Такое состояние обусловлено как биологическими, так и социальными потребностями, а также возможностями их удовлетворения [26].

Нравственное здоровье - комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информативной сферы жизнедеятельности, основу которого определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе. Нравственным здоровьем опосредована духовность человека, так как оно связано с общечеловеческими истинами добра и красоты [26].

А.А. Баранов к признакам здоровья относит [7]:

- специфическая (иммунная) и неспецифическая устойчивость к действию повреждающих факторов;
- показатели роста и развития;
- функциональное состояние и резервные возможности организма;
- наличие и уровень какого-либо заболевания или дефекта развития;
- уровень морально-волевых и ценностно-мотивационных установок.

Болезнью является то состояние, что выходит за рамки понятия здоровья и не соответствует его критериям. На состояние здоровья влияет множество факторов: это и наследственность, и образ жизни человека, и экологическая ситуация, и, конечно, человеческие мысли и установки. Вопрос о влиянии психики на соматическое состояние изучается достаточно давно и является неоспоримым фактом. Важно отметить, что жизненные стереотипы, образ мышления, установки и ценности, характерные для

данного индивида и общества в целом выступают основополагающими психологическими факторами здоровья и влияют на показатели здорового состояния, как социума, так и личности в частности.

Таким образом, здоровье выступает медико-психолого-социальным феноменом. Представления и установки личности, ее ценности и смысловые ориентации, поведенческие паттерны, а также эмоциональное состояние являются структурными компонентами здоровья, создавая в психике индивида целостную внутреннюю картину здоровья и отношение к этому самому здоровью. Оценка собственного состояния «здоровый-больной» комплексно основывается именно на этих критериях [3, 4].

Рассматривая проблему отношения к здоровью, мы неизбежно сталкиваемся с многозначностью этого понятия. Причины ее связаны главным образом с широким спектром его использования. Этот термин встречается в литературе по философии, социологии, педагогике, психологии, и в каждой из сфер знаний он имеет свою трактовку.

Одним из малоисследованных аспектов рассматриваемой нами проблемы является отношение человека к своему здоровью. Автор теории индивидуальной психологии А. Адлер обратил внимание на тот факт, что переживания своего здоровья или нездоровья являются очень значимыми в контексте общей самооценки личности, в определении ее «линии жизни», «плана жизни», «жизненного стиля». Он разработал теорию компенсации, согласно которой у человека с дефектами в развитии телесных органов формируется чувство неполноценности, вызывающее у него желание преодолеть свои физические недостатки и включающее механизм компенсации и суперкомпенсации. Чувство неполноценности служит источником энергии, необходимой для развития личности. Если механизм компенсации не срабатывает, это приводит к тяжелым неврозам [3].

Английским ученым К. Тоунсом была разработана так называемая модель самоусиления и действий на благо здоровья. Это довольно

всеобъемлющая и реалистичная модель, учитывающая факторы, влияющие на поведение человека в отношении своего здоровья. В ней отражены все социальные и психологические воздействия, которым подвергается индивид, и предложена система обучения здоровью, адресующаяся к сознанию, теснейшим образом связанная с воспитанием, цели которого: сформировать убеждение в необходимости бережного отношения к своему здоровью, обеспечить самостоятельное приобретение знаний по его охране и совершенствованию [51].

В конце XX века активизация интереса к взаимосвязи личностных характеристик и отношения человека к своему здоровью обусловила ряд конкретных эмпирических исследований, проведенных в рамках разных психологических подходов. Например, С. Крайлер и Х. Крайлер изучали психологические особенности лиц с выраженной личностной направленностью на здоровье [51].

Многие эмпирические исследования были посвящены изучению взаимосвязи параметров физического здоровья (общее состояние здоровья, наличие болезненных симптомов, состояние сердечно-сосудистой, иммунной систем и др.) с психологическими переменными (осмысленность жизни, включенность в доверительные межличностные отношения, самоактуализация и др.).

В частности, проведенный К.Д. Рифф и Б. Сингером аналитический обзор ряда работ по проблеме межличностных отношений показал, что включенность человека в близкие, доверительные отношения с другими предотвращает опасность высокого кровяного давления, способствует повышению иммунитета, снижает риск сердечно-сосудистых расстройств, инсульта. Исследование П.С. Фрая обнаружило, что осмысленность жизни в пожилом возрасте соответствует более высокому общему уровню физического здоровья, меньшему числу обращений к врачу [51].

В рамках экзистенциально-гуманистического подхода в эмпирических исследованиях, связанных с феноменом здоровья человека, акцент делался на выделении основных источников жизненных смыслов, исследовалась связь осмысленности жизни с проявлением тревожных и депрессивных симптомов, с подверженностью воздействиям стресса.

Например, Дж. Исаксен обнаружил, что осознание человеком смысла своей профессиональной деятельности позволяет снизить уровень стресса, выраженность симптомов депрессии, повышает самооценку, интерес к выполняемой работе и жизни в целом [53].

Исследование Д.Л. Дебатса показало, что молодые люди, обращавшиеся за помощью к психологу, имели весьма слабое представление о жизненных целях и смыслах и путях их реализации, кроме того, для них являлся малозначимым один из основных источников смысла жизни - «взаимоотношения» [32].

Изучение отношения человека к своему здоровью - это сравнительно новая научная проблема, носящая комплексный междисциплинарный характер.

В настоящее время большинство отечественных работ выполнено в рамках педагогических (В.Н. Беленов, Е.В. Воднева, Е.В. Жданова, В.Е. Иванова, В.С. Кучменко, И.В. Николаева и др.) и психологических наук (Т.В. Белинская, Р.А. Березовская, В.М. Кабаева, Г.И. Муразбеков, С.А. Романова, В.А. Соломонов, Ф.Р. Филатов). При этом отличительной чертой педагогического взгляда на проблему отношения к здоровью является наличие воспитательного и обучающего воздействия (то есть разработка технологий его формирования и развития).

В отечественной психологической литературе чаще всего приводится следующее определение: отношение к здоровью - это «система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот,

угрожающими здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния» [71, с. 32-33].

Козиной Г.Ю. «отношение к здоровью» определяется как сложившаяся на основе имеющихся у индивида знаний оценка собственного здоровья, осознание его значения, а также действия, направленные на изменение состояния здоровья [41].

Наряду с «отношением к здоровью» встречаются такие термины (концепты), как «внутренняя картина здоровья» (В.А. Ананьев, В.Е. Каган, Е.Ю. Коржова, И.И. Мамайчук); «валеоустановка» (Т.В. Белинская, О.С. Васильева, О.Ю. Малоземов, Ф.Р. Филатов); «социальные представления о здоровье» (И.Б. Бовина, Н.Л. Русинова, Ф.Р. Филатов) и др.

Понятие «внутренняя картина здоровья» (ВКЗ), по аналогии с понятием «внутренняя картина болезни» (ВКБ), было предложено первоначально В.М. Смирновым и Т.Н. Резниковой, затем уточнено В.Е. Каганом. В.Е. Каган утверждает, что понятие «здоровье» - это не только антоним понятия «болезни», но и мера отклонения от физиологической, статистической и индивидуальной норм. Человек - субъект этой индивидуальной нормы - так или иначе, знает, что такое здоровье и соотносит с этим свое актуальное состояние.

По мнению В.Е. Кагана человек считает себя больным только лишь, когда его переживания своего состояния не вписываются в его «внутреннюю картину здоровья» и напротив, представления о здоровье могут быть настолько широкими, что обнимают широкий круг патологических состояний. Внутренняя картина здоровья описывается как своеобразный эталон здорового человека, или здорового органа, или части тела [38].

Этот эталон может быть достаточно сложным и включать различные элементы в виде образных представлений и логических обобщений.

В.А. Ананьев рассматривает внутреннюю картину здоровья как самоосознание и самопознание человеком себя в условиях здоровья. ВКЗ по

В.А. Ананьеву представляет собой совокупность элементов здоровья и внутренне связанных с ним содержательно-психологических, субъективно-оценочных моментов существования. В таком понимании внутренняя картина здоровья представляет собой «поле здоровья для себя» (отличающееся от суммы знаний, имеющихся в науке), в пространстве которого человек познает свое здоровье [6].

Несколько в ином ключе внутреннюю картину здоровья описывает И.И. Мамайчук. По его мнению, ВКЗ – динамическая система, включающая в себя совокупность представлений человека о своем здоровье, осознание им своих физических и психических возможностей, самооценку здоровья, а также субъективное восприятие и оценку влияющих на здоровье факторов. Внутренняя картина здоровья в понимании, предложенном И.И. Мамайчук, рассматривается как часть «Я - концепции» личности с повторением ее общей структуры, широко известной в психологической науке.

Внутренняя картина здоровья является многомерным динамическим образованием в самосознании личности, в котором на разных уровнях (когнитивный, эмоциональный, поведенческий, сенситивный и ценностно-мотивационный) отображаются физические, аффективные, интеллектуальные, социальные и духовные аспекты здоровья человека.

Такая ситуация характеризует растущий интерес к данной проблематике, а также многообразие принципов и путей ее исследования. Отметим, что сравнительный анализ названных выше понятий, проведенный на основе сопоставления их основных структурных компонентов, позволяет рассматривать их как синонимичные [2]. Однако, в методологическом плане, с точки зрения Р.А. Березовской, предпочтение следует отдать категории «отношения» как наиболее обоснованной с позиции теории личности и интегрирующей все психологические категории, в рамках которых анализируются остальные понятия [11].

Теоретическое обоснование и описание данного феномена было продолжено в ряде социологических исследований под руководством И. В. Журавлевой: отношение к здоровью в них рассматривается как социокультурный феномен, как механизм совершенствования здоровья на уровне индивида, группы и общества [31].

Анализ представленных работ позволяет утверждать, что практически все названные выше диссертационные исследования отражают структурно-функциональный подход, так как в них в основном рассматриваются такие вопросы как определение и описание структуры отношения к здоровью, выделение его основных характеристик, а также его влияние на поведение (то есть регулирующая функция).

Вслед за В.Н. Мясищевым в структуре отношения принято различать три компонента: познавательный (когнитивный, оценочный), волевой (мотивационный, конативный, поведенческий) и эмоциональный. Эмоциональный компонент формирует эмоциональное отношение к объектам среды, людям и самому себе. Волевой - помогает осуществлению выбора стратегий и тактик поведения личности по отношению к значимым для нее объектам среды, людей и самому себе. Познавательный компонент способствует восприятию и оценке объектов среды, людей и самого себя.

Различают положительные и отрицательные отношения с эмоциональной и рациональной оценки. Эмоциональная сторона выражается посредством привязанности, любви, симпатии и противоположных по знаку чувств - неприязни, вражды, антипатии. Волевая сторона отношений выражается через потребности. Потребность, указывая на предмет, дает косвенное указание на способ достижения этого предмета. Познавательная сторона проявляется в принятых личностью моральных ценностях, выработанных убеждениях, вкусах, склонностях, идеалах [59].

Трехкомпонентная структура характерна и для отношения к здоровью.

Так, Г.С. Никифоров выделяет три следующих компонента отношения к здоровью:

- когнитивный - знание человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, как негативное - повреждающее, так и позитивное - укрепляющее влияние на здоровье человека и т.п.;

- эмоциональный - переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия человека);

- мотивационно-поведенческого - определяет место здоровья в индивидуальной иерархии терминальных и инструментальных ценностей человека, особенности мотивации в области здорового образа жизни, а также характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья.

Д.С. Корнилова, О.Б. Асриян и И.И. Черемискина описывают следующую трехкомпонентную структуру отношения к здоровью:

- когнитивный компонент отражает знания человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание негативных или позитивных факторов, оказывающих влияние на здоровье человека и т.п.;

- мотивационный компонент указывает на место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей человека, мотивацию в области ЗОЖ, поведение в сфере здоровья, приверженность человека к ЗОЖ, поведение при заболеваниях;

- эмоциональная составляющая - это переживания и чувства человека, по поводу состояния своего здоровья и вследствие ухудшения самочувствия человека [42].

На наш взгляд, поведенческие и ценностно-мотивационные особенности следует рассматривать отдельно. Здесь мы исходим из того, что ценностно-мотивационный компонент играет роль связующего звена между когнитивным и поведенческим компонентами отношения к здоровью. Благодаря сформированности мотивации усвоенное содержание понятий «здоровья» и «здорового образа жизни» реализуется в поведении. Однако роль мотивационного компонента значительнее, чем просто регуляция связи «знание» - «поведение», так как связана с внутренним принятием ценности здоровья и определением степени активности в сохранении и развитии собственного здоровья.

Р.А. Березовская отмечает, что в большинстве случаев структура теоретического конструкта «отношение к здоровью» определяется через изучение и описание следующих компонентов:

- когнитивный компонент характеризует знания человека о здоровье, критериях его оценки, основных факторах риска и анти-риска;
- эмоциональный компонент отражает эмоции, чувства и переживания человека, связанные с состоянием здоровья или его изменением, а также особенности функционирования механизмов психологических защит;
- поведенческий компонент характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека здоровому образу жизни, а также преобладающие копинг-стратегии в ситуациях, связанных с его ухудшением [12].

Представители экопсихологического подхода обращают внимание на «субъективное отношение личности». В структуре субъективного отношения личности они выделяют перцептивно-аффективный, когнитивный, практический и поступочный компоненты, которые и характеризуют субъективное отношение человека к своему здоровью.

Раскрывая сущность каждого из этих компонентов, авторы данного подхода отмечают следующее.

Перцептивно-аффективный компонент показывает, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в эмоциональной сфере.

Когнитивный компонент показывает, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в познавательной сфере. Он показывает, насколько человек готов воспринимать получаемую от других людей или из литературы информацию по проблемам здорового образа жизни, насколько человек стремится сам получать такую информацию.

Практический компонент показывает, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в практической сфере. Он показывает, насколько человек готов включаться в различные практические действия, направленные на заботу о своем здоровье, когда они предлагаются, организовываются другими людьми, или по собственной инициативе стремится осуществлять эти действия.

Поступочный компонент показывает, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в сфере совершаемых им поступков, направленных на изменение своего окружения в соответствии с существующим у него отношением. Он показывает, насколько человек стремится повлиять на членов своей семьи, чтобы они заботились о здоровье, вели здоровый образ жизни, насколько он стремится повлиять на своих знакомых, на других людей, общество в целом.

Результаты проведенного сравнительного анализа исследований позволяют говорить о неравномерности изучения, описания и осмысления основных компонентов отношения человека к своему здоровью, которое находит свое выражение в преобладании когнитивно-поведенческих исследований, при недостаточной освещенности эмоционального компонента, ценностно-мотивационных и смысловых особенностей отношения.

Обзор литературы с очевидностью показывает слабую изученность сущности эмоциональной сферы в рамках психологии здоровья. Множественность теоретических подходов, недостаточность и противоречивость научных знаний о роли эмоций, чувств и переживаний в сохранении и укреплении здоровья, отсутствие надежных методов психологической диагностики создают разнобой в трактовке эмоционального компонента отношения.

В трудах отечественных психологов обосновывается необходимость изучения эмоциональных процессов человека в единстве отражательного, мотивационного и регулятивного аспектов. Реализация этого подхода характеризуется развитием представлений об эмоциях как важнейших детерминантах поведения и направленности деятельности, как отражение отношений между мотивами, потребностями и возможностями их реализации.

В трудах отечественных психологов обосновывается необходимость изучения эмоциональных процессов человека в единстве отражательного, мотивационного и регулятивного аспектов. Реализация этого подхода характеризуется развитием представлений об эмоциях как важнейших детерминантах поведения и направленности деятельности, как отражение отношений между мотивами, потребностями и возможностями их реализации.

Отношение к здоровью, по Д.С. Корниловой может быть адекватным или неадекватным. Критериями степени адекватности/неадекватности могут служить: на когнитивном уровне - осведомленность и компетентность человека в области здоровья, знание основных факторов риска/антириска, понимание роли здоровья в жизнедеятельности человека; на мотивационном уровне - высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, сформированность мотивации на сохранение и укрепление здоровья, степень соответствия действий и поступков человека условиям ЗОЖ; на

эмоциональном уровне степень тревожности, умение наслаждаться и радоваться здоровью [42].

В описании отношения к здоровью авторы используют целый ряд определений: осознанное, ответственное, ценностное, правильное, грамотное, рациональное, позитивное, адекватное и др. Наиболее перспективным является развитие аксиологического (ценностного) подхода к исследованию проблемы здоровья [70].

Сущность аксиологической парадигмы заключается в том, что здоровье трактуется как ценность, которая может диктовать цели, намерения и действия не только отдельных людей, но и целых социальных институтов.

Ценностные ориентации личности зависят от персональных взглядов, жизненного опыта человека, условий жизни, окружения (семья, друзья, сослуживцы и т.п.), воспитания и образования. Опираясь на собственную систему ценностей, на сформировавшуюся в процессе жизнедеятельности их иерархию, человек определяется с отношением к самому себе и к другим людям, к объектам и явлениям окружающего мира, организует и реализует в дальнейшем индивидуальные модели поведения и деятельности [70].

Ценность здоровья, по Е.П. Какориной - это уникальное свойство человека иметь наивысшее и абсолютное значение для него, семьи, общества, государства, обеспечивающее их культуру на основе осмысления биологических, социальных, экономических, эстетических, этических, этнических и религиозных отношений [39].

По А.Я. Иванюшкину, здоровье является естественной, абсолютной ценностью [35].

Здоровье как ценность определяет диапазон возможностей, способностей, склонностей человека, направленность его личности. Здоровье - важнейший компонент человеческого счастья, неотъемлемое право человеческой личности, одно из ведущих условий успешного анатомо-

физиологического, психосоциального и духовно-нравственного развития отдельного индивида и общества в целом.

Ценностное отношение к здоровью представляет собой внутренний механизм регуляции поведения, основанный на высокой субъективной значимости здоровья и его осознании в качестве предпосылки реализации своих жизненных задач, оно сопровождается активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению.

Сегодня мы можем констатировать, что ценности формируются в результате осознания субъектом своих потребностей в соотношении с возможностями их удовлетворения. Если на мотивационном уровне не сформирована потребность в сохранении здоровья, то ценностное отношение осознается субъектом лишь в «проблемных» ситуациях, когда происходит рассогласование круга потребностей, интересов личности с реальными возможностями их удовлетворения.

В ходе развития личности ценности претерпевают определенную эволюцию, изменяясь не только по содержанию, но и по своему мотивационному статусу. Следует подчеркнуть, что мотивационный аспект отношения к здоровью в отечественной психологии представлен пока недостаточно. Разработка психологических основ формирования и развития положительной мотивации для сохранения здоровья у здоровых людей является одной из насущных задач психологии здоровья: при отсутствии мотивации у человека любые программы и мероприятия по сохранению здоровья будут малоэффективны или вообще нерезультативны.

Основным механизмом развития ценностного отношения к здоровью является активная самостоятельная деятельность субъекта по разрешению противоречия между осознанием ценности здоровья и реальным поведением: важную роль в этом процессе играет рефлексия, дающая возможность осмысливать, оценивать, корректировать имеющийся субъективный опыт сохранения здоровья. Результатом активизации личностной позиции за счет

использования механизмов рефлексии и переживания является разработка и реализация индивидуальных траекторий сохранения и развития здоровья. При этом психологическая помощь, направленная на изменение отношения к здоровью, должна задействовать максимально разносторонний комплекс средств и методов, не ограничиваясь рамками какого-либо одного подхода [10].

Формирование мотивации здоровья может быть рассмотрено как процесс, разворачивающийся во времени и состоящий из нескольких этапов, логика развития которых предполагает последовательное продвижение от ситуативных проявлений на начальном этапе (преобладание внешней мотивации и мотивов вынужденности, декларация ценности, которая не реализуется в поведении или реализуется ситуативно) к закреплению и устойчивому функционированию на заключительном этапе (мотивы функционируют как целостное образование и оказывают влияние на все сферы жизнедеятельности).

Также следует подчеркнуть, что, несмотря на значительный объем эмпирических данных, накопленных к настоящему моменту, ряд вопросов по-прежнему остается открытым. Особое место среди них занимает проблема формирования и развития ценностного отношения человека к своему здоровью как основа его профилактики, так как именно отношение к здоровью определяет внутренний механизм саморегуляции деятельности и поведения человека в сфере здоровья. Другим важным вопросом является уточнение компонентного состава отношения к здоровью, что позволит более полно описать сложную картину взаимодействия и взаимообусловленности когнитивных, эмоциональных, ценностно-мотивационных и поведенческих факторов сохранения здоровья человека.

1.2. Здоровье педагога как объект психологического исследования

Учитель - это ключевая фигура учебно-воспитательного процесса, носитель знаний, воплощение нравственных норм, образец поведения, здорового стиля жизни и адекватного отношения к здоровью. В специальной литературе описано большое количество экспериментов, позволяющих установить ряд важнейших факторов, подтверждающих, что профессиональное здоровье человека (учителя) определяется стабильностью результатов его труда, и сохраняет высокий уровень его профессионализма.

Среди профессий типа «человек-человек» педагогической профессии принадлежит особое место при рассмотрении ее с точки зрения содержания и целей деятельности, наличия в ней стрессовых ситуаций и эмоциональной напряженности. Потому как труд учителя по разнообразию видов деятельности, нервному, физическому и эмоциональному напряжению, достаточно специфичен, здоровье современного учителя требует особого внимания [7, 9, 25, 42, 44].

Профессию учителя относят к профессии повышенного риска по частоте возникновения невротических и психосоматических расстройств. К числу причин относятся: повышенная продолжительность дня, высокая нервно-психическая напряженность и социальная ответственность. Учителя хронически перегружены и имеют высокие риски заболевания, как правило, они не имеют возможности восстановить затраченные силы и, следовательно, не в состоянии адаптироваться к возрастающему разнообразию потребностей учеников. Эмоционально перегруженный учитель, скорее всего, предпочтет знакомый круг обстоятельств и ситуаций, в которых он хорошо и действительно может хорошо обучать, но не рисковать новшествами, где результаты непонятны и плохо прогнозируемы.

Сложная и многогранная деятельность учителя, всегда отличалась высокой нервно-психической напряженностью и социальной ответственностью.

Педагогическая деятельность всегда приводила к возрастанию личностной ответственности в многочисленных ситуациях принятия решения, следствием чего являются высокие интеллектуальные, эмоциональные, волевые затраты, связанные с выбором стратегии поведения в профессиональных и других сферах жизненного пути.

В профессиональном плане важно, что сущностную характеристику здоровья личности учителя на психологическом уровне составляет благополучие в психологической среде личности, которое имеет и органическую, и психогенную основу. Первый из названных аспектов скорее интересует медицинскую науку, второй - психологическую, изучающую социально и личностно обусловленные состояния психологической сферы учителя при условии физиологической нормы психики.

Специфика педагогической деятельности состоит в высокой насыщенности рабочего дня общением, большом количестве разных по содержанию и эмоциональной напряженности контактов, ответственности за результат общения, частом отсутствии положительного результата, принимаемого как качество знаний учащихся, в отсутствии социального признания и социальной поддержки [19]. Таким образом, противоречие между собственным вкладом и полученным вознаграждением приводит к ухудшению самочувствия, появлению психосоматических заболеваний, что, соответственно, становится причиной ухудшения здоровья учителя [9].

По убеждению Н.Н. Малярчук, воспитать ребенка как личность можно только при осмыслении педагогами того, что здоровье - это личностный ресурс воспитанника, средство для его самовыражения, самосовершенствования на протяжении всей жизни человека [49].

Согласно данным лонгитюдного исследования, опубликованным сотрудниками Института развития образования Ивановской области, 93% педагогов отмечают, что профессия является причиной ухудшения их здоровья, только 12% педагогов оценивают свое здоровье как хорошее, а данные углубленных осмотров дают еще более тревожную статистику, согласно которой лишь 4% педагогов практически здоровы. При этом 90% педагогов не владеют никакими технологиями самооздоровления, а категория «здоровье» занимает малозначимое место в структуре их профессиональных ценностей. В такой ситуации очень сложно ожидать от педагогов эффективной деятельности по развитию у детей навыков самоорганизации в области здоровья, формированию здоровьесориентированной личностной позиции [58].

Данные ученых из других регионов России убедительно демонстрируют аналогичную тенденцию. Так, в исследованиях С.Н. Ченцовой, А.А. Антоновой, В.Г. Сердюкова показано, что педагогов как профессиональную группу отличают низкие показатели физического и психологического здоровья, образ жизни большинства учителей не способствует поддержанию на высоком уровне их состояния здоровья и работоспособности, что, безусловно, является следствием безразличного отношения педагогов к своему здоровью. При этом, по мнению ученых, учитель и ученик находятся в едином эмоциональном кольце и зачастую имеют схожую патологию, поэтому сохранение здоровья обучающихся - это прежде всего проблема сохранения и восстановления здоровья учителя [72].

По данным В.И. Батенковой, Е.В. Субботиной, 56% обследуемых учителей имеют низкий и ниже среднего уровень физического здоровья. Такие жизненные показатели физического развития как жизненная емкость легких, сила мышц кистей не соответствует возрастным нормам. О большой степени возрастных изменений свидетельствует тот факт, что у 54% педагогов их биологический возраст опережает календарный на 2-5 лет, что

говорит о снижении функциональных возможностей организма, его преждевременном «изнашивании», старении. Особенно указывается на тот факт, что состояние психологического дискомфорта на протяжении ряда лет приводит к преждевременному старению организма [9].

Исследователи часто подчеркивают противоречие: с одной стороны большинство учителей считают здоровье основой своего благополучия и в иерархии ценностей ставят его на первые места, а с другой стороны редко кто понимает зависимость его от своего образа жизни, мышления, поведения.

По данным М.Л. Лазарева, поведение человека на 30-50% предопределяется мышлением, (остальные 50% занимают потребности), следовательно, можно говорить, что «формирование здорового поведения невозможно без формирования здорового мышления» [43].

Исследования с целью выявления уровня образованности педагогов в вопросах здоровья показали, что большинство педагогов под здоровьем понимают нормальное функционирование организма, поэтому считают лишь физическую культуру одним из главных компонентов в структуре укрепления здоровья. Тем не менее, только у 18% респондентов физическая культура является неотъемлемым элементом жизни. Для укрепления своего здоровья педагоги чаще обращаются к следующим средствам: физические упражнения - 21%, массаж - 14%, сауна - 9%, разгрузочная диета, голод - 11%, закаливающие мероприятия - 7%, лекарства - 16%, психотерапия - 7%, ничего не применяют - 45% [24].

Отмечается, что лишь ухудшение физического здоровья подталкивает учителей к занятиям по его укреплению. Деформации в психическом самочувствии является основанием для начала занятий по укреплению здоровья у 46% обследуемых. И только 7% респондентов предпочитают овладеть теми или иными приемами психической саморегуляции, ставя целью профилактику и самосовершенствование [24].

Таким образом, культура самооздоровления, которая не дается человеку изначально, а является результатом его обучения, воспитания, саморазвития, требует разработку эффективных норм по профилактике, оздоровлению, формированию здорового образа жизни учительства, как профессиональной группы, призванной воспитывать здоровым подрастающее поколение.

Здоровый человек - это тот, кто эффективно функционирует. Когда, например, в наше время учителя проходит обязательный медицинский осмотр (не потому, что они плохо себя почувствовали, а потому, что они обязаны быть здоровыми), мы, под этим понимаем, что здоровые специалисты определяются не относительно естественного, природного, состояния человека, а относительно социальных требований к его функционированию в той или иной педагогической деятельности.

Психологическое здоровье - это мера способности учителя выступать активным субъектом своей профессиональной деятельности. Здоровье, как необходимое условие активной жизнедеятельности, продуктивного долголетия, повседневного благополучия, формируется и проявляется на протяжении всего жизненного пути личности.

Таким образом, педагогическая деятельность предъявляет высокие требования к перцептивной, когнитивной, интеллектуальной, эмоциональной и мотивационной сферам. Физическое и психическое благополучие учителя определяется и субъективными факторами, в частности его отношением к здоровью. Оно проявляется в поступках и действиях, переживаниях и вербально реализуемых мнениях и суждениях.

Сопоставляя отношение к здоровью российских и североевропейских педагогов, Н.С. Гаркуша указывает на то, что нашим соотечественникам, работающим в системе образования, в значительно большей степени, чем коллегам из Швеции, Финляндии, Норвегии, Нидерландов и Дании, свойственна ценность самоутверждения в ущерб ценности «забота о людях и

природе». Российская система образования, по убеждению Н.С. Гаркуши и многих других ученых, исследующих проблему сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса, ориентирована на погоню за качеством обучения, и учителя, чаще не задумываясь о своем здоровье и здоровье обучающихся, добиваются любыми способами поставленных целей [23].

Эти данные согласуются с результатами исследования, проведенного среди слушателей курсов повышения квалификации на базе Московского гуманитарного педагогического института и Московского городского педагогического университета в 2005 - 2013 гг. [44].

Так, 95% респондентов признают свою профессию здоровьеразрушающей, следовательно, недоумевают, как они могут подавать пример здорового образа жизни. Педагоги (слушатели курсов) ранжируют свои профессиональные задачи таким образом: на первом месте находится позиция «дать качественные знания по предмету», затем «подготовить школьника к следующей ступени обучения» и лишь небольшое количество опрошенных (около 20%) вслед за этим указывает «сохранить здоровье ученика, сформировать у него предпосылки к здоровьесозиданию» (обычно сначала упоминаются ответы «привить ребенку общую культуру», «создать условия для самореализации ребенка») [44].

Таким образом, Т.Н. Леван указывает на противоречие установок педагогов и принципов образования, содействующего сохранению здоровья обучающихся - в частности, высокий риск нарушения принципа «не навреди», принципов гуманизма и альтруизма и в угоду более качественным знаниям предметного характера любой ценой, даже ценой здоровья субъектов образовательного процесса других [68, с. 351 - 352].

В современной научно-методической литературе используется понятие «культура здоровья педагога», которое трактуется как система ценностно-смысловых установок, знаний, мотивационно-волевого опыта педагога,

направленная на познание, развитие и совершенствование индивидуального здоровья как условия эффективной самореализации в сфере педагогического труда. Важными смысловыми доминантами этого понятия являются созидание и позитивный подход, которые способствуют процессу развития личности учителя, укрепляют его убежденность в абсолютной уникальности личности, ценности жизни и здоровья каждого человека [49, с. 172]..

В качестве различных факторов, влияющих на здоровье учителя ряд исследователей указывают на профессионально обусловленные деструкции личности педагогов (Э.Э. Сыманюк [66]), на возникновение в структуре характера негативных черт вследствие часто повторяющихся отрицательно окрашенных состояний педагога (А.О. Прохоров [61]); высокую ситуативную напряженность (К.М. Левитан [45]); агрессивность, как направление в изменении личности учителя (Е.В. Улыбина [67]); формирование симптомов эмоционального выгорания (Г.Ш. Габдреева [21], И.В. Зеленова [35], А.Р. Каримова [40], В.Е. Орел [60] и др.), низкую стрессоустойчивость, фрустрации (А.А. Баранов [7], Л.М. Митина [55]).

Таким образом, отношение к здоровью - средство развития личности педагога. Индивидуальный подход к вопросам укрепления и сохранения профессионального здоровья педагога составляет основу концепции медицинской, психологической и педагогической и других наук, занимающихся проблемой здоровья. Однако одно из ключевых действий педагога является, по нашему мнению, диагностика отношения к здоровью и поведения.

В анализе теоретических подходов к проблеме здоровья педагога показано, что, рассматривая профессиональное здоровье учителя как структурное комплексное образование, оказывающее существенное влияние на его профессиональную деятельность, необходимо специально выделить психологические факторы, условия и показатели его сохранения и укрепления. Одним из таких психологических факторов является психолого-

педагогическая компетентность, недостаточное развитие которой проявляется в неблагоприятном для здоровья стиле жизни и поведения, разрушающих личность зависимостях и болезнях и, как следствие, неэффективности профессионального труда учителя.

В контексте нашего исследования необходимо рассмотреть личностные факторы, которые способствуют укреплению и сохранению здоровья учителей, так как это повысит профессионализм учителя, снизит количество педагогических ошибок, имеющих нередко очень высокую цену, повысит уровень удовлетворенности и стабильности своей работы. Это должно оказать позитивное воздействие на педагогическую деятельность педагога.

Говоря о психологических факторах, лежащих в основе здоровья, многие исследователи (Э.Ф. Зеер, Л.М. Митина, С.П. Безносков и др.) выделяют сформированность позитивных личностных качеств. По мнению Л.М. Митиной, восстановление профессионального здоровья учителя - это «управление механизмами, детерминирующими развитие личности, способствующими формированию позитивного самоотношения, открытому взаимодействию с миром, готовности к изменениям, принятию на себя ответственности». Учителю в большинстве случаев нужна не медицинская помощь, а социально-психологическая - в выработке необходимых качеств и навыков по накоплению функциональных резервов в организме [54, с. 222].

Одним из механизмов, способствующих сохранению профессионального здоровья педагога, является, на наш взгляд, развитие жизнестойкости личности. Жизнестойкость характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности [19, с. 3].

Т.В. Володина определяет жизнестойкость как набор личностных свойств и поведенческих реакций, позволяющих конструктивно (т.е. продуктивно с точки зрения развития личности) разрешить трудную жизненную ситуацию. Содержательно этот «набор» представлен различными

составляющими: от генетических задатков и иммунитета, которые позволяют справиться с сильными стрессами, до коммуникативных умений, обеспечивающих взаимодействие с защищающими себя от стресса людьми [3, с. 16].

Результаты исследований (Н.А. Голиков, Л.М. Митина, Н.М. Полетаева, А.А. Реан, Э.Э. Сыманюк и др.) свидетельствуют, что в качестве основных факторов, определяющих состояние здоровья педагога, необходимо рассматривать особенности его личности.

К ним следует отнести:

- размытые смысложизненные ориентиры и недостаточные мотивы педагогической деятельности, искажающие Я-концепцию педагога;
- его представления о самом себе как человеке и профессионале;
- неприятие на себя ответственности за жизненные и профессиональные успехи и неудачи;
- закрытость новому опыту;
- слабое владение коммуникативными навыками;
- недостаточный уровень самоорганизации и эффективного использования рабочего времени.

Эти качества педагогов усугубляют негативное влияние школьных факторов (интенсификации учебного процесса, несоответствия методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников, нерациональной организации учебной деятельности и др.) на здоровье обучающихся, приводя к развитию у них дидактогений (Т. М. Резер, В.Д. Шадриков), коммуникативно-педагогического травматизма и дефектов социально-психологической дезадаптации (И.А. Невский), заболеваний психосоматической природы (М.М. Безруких, В.Ф. Базарный) [73].

К факторам формирования позитивного отношения к физическому и психологическому здоровью относят личностные особенности, такие как: выраженность критичности и самокритичности, способность к

самоконтролю, коммуникативная эффективность, свобода от угнетающих зависимостей, чувство юмора и т.п.) которые в определенной степени согласуются со многими чертами здоровой личности:

- критичность и самокритичность, т.е. адекватность оценки ситуации, других людей, себя, своих возможностей, достоинств, недостатков и др. Сниженная критичность проявляется в беспечности, безответственности, недооценке опасности, неспособности правильно оценить надвигающуюся угрозу, что объективно повышает риск для здоровья и жизни; *

- одним из важнейших психологических показателей отношения к здоровью считается его самооценка. Причем в ходе многочисленных исследований в отечественной психологии и за рубежом выявлено, что самооценка довольно хорошо согласуется с объективными показателями здоровья (80 % и больше). Поэтому показатель самооценки принято использовать не только для оперативной характеристики здоровья в социальных исследованиях, но и в психологических, медицинских, экологических и др.

Г.И. Мурзабеков провел опрос респондентов, который дал следующие результаты:

1. Люди с хорошей самооценкой чаще обращаются к врачу по поводу своего здоровья (44% против плохой 29%);
2. Люди с плохим здоровьем, продолжают свою повседневную жизненную деятельность - 31%; с хорошей - 26% [56].

Заниженная и неустойчивая самооценка - один из признаков невротического развития личности, источник множества поведенческих и жизненных проблем человека.

Повышенная критичность и самооценка - источник постоянных конфликтов человека с другими людьми (придирчивость, склочность, требовательность, недовольство), но, вместе с тем, движущая сила

продвижения человека по жизни, достижения им высот во власти, в карьере (черты авторитарности, деспотизма), в творчестве и т.д.

- Соответствие (адекватность) общего уровня активизации, нервно-психического напряжения требованиям актуальной ситуации и решаемой задачи. В неадекватных случаях - апатия, снижение поисковой активности, безынициативность, безразличие, состояния утомления, переутомления или, наоборот, гиперактивация, перевозбуждение, дистресс.

- Способность контролировать и владеть своими мыслями, чувствами, действиями в соответствии с ситуацией, своими интересами и индивидуальными возможностями. При отклонениях от «золотой середины» появляются снижение самоконтроля, безволие, «полевое поведение» или, наоборот, сверхконтроль, перенапряжение, превращение в живого робота.

- Коммуникативная эффективность - способность находить с людьми общий язык, управлять конфликтами (предупреждать, разрешать, обращать на пользу дела, не допускать их деструктивного воздействия, ликвидировать нежелательные последствия и т.д.), социально-психологическая гибкость, толерантность. При акцентировании этих способностей происходит превращение свободной личности в манипулятора, в других случаях - уход от решения острых проблем, приспособляемость, капитулянтство. Неспособность находить с людьми общий язык проявляется во враждебности, конфронтационности, агрессивности, нетерпимости.

- Способность к произвольной включенности в происходящее в качестве действующего лица, фиксация внимания «здесь и теперь». Отклонения от оптимума могут проявляться или в формах постоянного ухода мыслей в прошлое, в воспоминания, или в будущее (мечты, опасения), в связи с чем возникают трудности сосредоточения актуального внимания, или в варианте застревания в ситуации, в своем состоянии и своей роли как проявление личностной ригидности, негибкости, неспособности к рефлексии.

- Способность к достижению и поддержанию необходимого уровня интеллектуальной работоспособности.

- Чувство юмора, остроумие. Отражает не только признак ума, его отточенность, способность находить оригинальные связи между предметами и явлениями, уровень творческой гуманитарной одаренности, но и способность к аутопсихокоррекции, психотерапии. При пониженном чувстве юмора - патологическая серьезность, тупость. В случае злоупотребления в использовании остроумия как механизма психологической защиты наблюдается неадекватная саркастичность, ироничность, самоирония.

- Способность радоваться жизни, любить и быть любимым. Эти замечательные проявления человеческой природы не случайно оказались в одной позиции. Поступаясь своими интересами, преодолевая эгоизм, лень, расчетливость, а иногда и жертвуя жизнью для блага другого человека, человек демонстрирует способность мобилизовать воедино сильные чувства, положительные эмоции, направленность мыслей, что служит показателем личностных ресурсов, отражающих и потенциал здоровья.

- Способность принятия себя, удовлетворенность своей жизнью, самоактуализация (в понимании К. Роджерса - не как конечный результат, а процесс, вектор развития личности, отражающий наивысший уровень психического здоровья). Анализ доводов, раскрывающих удовлетворенность человека своей жизнью, позволяет с позиции психологии здоровья оценить иерархию потребностей личности, степень и характер их удовлетворенности.

- Способность сохранять оптимистический настрой даже в трудных жизненных ситуациях. Не случайно в христианстве уныние (утрата веры, оптимизма) рассматривается как грех.

- Способность к искреннему проявлению альтруизма, стремление творить добро, помогать, стремление и возможность заботиться о ком-то. Многие одинокие люди, интуитивно стремясь сохранить свое

психологическое здоровье, заводят домашних животных, о которых заботятся, иногда в чем-то отказывая себе.

Этот перечень не является исчерпывающим или обязательным для использования в полном объеме при проведении консультационно-диагностической работы. В каждом конкретном случае может быть выбран свой вариант сочетания критериев или заполнения их другими. Но получение оценки лишь по какому-то одному критерию позволяет не столько окончательно судить о психологическом здоровье человека, сколько определиться в подборе других необходимых критериев для получения объективной оценки» Используя личностный подход и говоря о психологических проявлениях любого человека, в том числе учащегося, педагога, если это не касается обсуждения его психиатрического диагноза, лечения, вопроса о госпитализации и тому подобных медицинских проблем, лучше говорить не о психическом здоровье, а употреблять термин психологическое здоровье, ключевой для психологии здоровья.

Для психологически здоровой личности характерна устойчивая «Я-концепция», позитивная, адекватная, стабильная самооценка, управление состоянием психики (сферой эмоций, чувств, мышления) с элементами самопознания и психического оздоровления.

Одной из личностной составляющей здоровья педагога является его эмоционально-волевая устойчивость к стрессогенным ситуациям в профессиональной деятельности.

Еще М.М. Рубинштейн предупреждал, что начинающий педагог должен прежде всего развивать в себе эмоциональную устойчивость, чтобы справляться с трудностями педагогической деятельности. Термин «устойчивость» происходит от прилагательного «устойчивый» и означает: во-первых, «стоящий, держащийся твердо, не колеблясь, не падая»; во-вторых, «не подверженный колебаниям, постоянный, стойкий, твердый» [62]. Устойчивость указывает на наличие у человека личностного ресурса как

сложной высокоорганизованной системы, способности сохранять равновесие и стабильность психических состояний в постоянно меняющихся жизненных обстоятельствах (С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова).

Под психологической устойчивостью Ю.А. Александров и В.Д. Шадриков понимают совокупность качеств личности. К этим качествам авторы относят личные качества педагога, которые включают в себя глубокое понимание и принятие себя, формирование позитивных ориентаций на конструктивное общение в повседневной деятельности и творчестве, а также высокую удовлетворенность жизнью и своим здоровьем [4, 73].

Приоритетным в структуре профессионального здоровья является уровень его саморегуляции. На этом уровне осуществляются процессы духовного самостроительства, формируются способности к жизненному самоопределению, происходит «осознание себя личностью, хозяином жизни», создается базис для самостоятельного проектирования своего будущего. «Нарушение механизмов саморегуляции, деформация внутреннего мира личности становится причиной большого числа соматических и психологических заболеваний учителей» Вне сформированности ценностно-смысловых ориентиров экзистенциального уровня «учитель остается объектом внешних воздействий, неспособным превратиться в субъекта собственной жизни» [52].

Данный уровень личностного самосознания и саморегуляции педагога является объективным условием успешной реализации важной прогностической миссии образования, связанной с созиданием духовно-нравственного здоровья подрастающих поколений.

В психологии здоровья всесторонне обосновано положение концептуального характера: субъектная активность индивида в отношении здоровья может стать условием личностного роста при наличии «валеустановок» в системе когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер.

Индивидуальная установка «быть здоровым» состоится в том случае, если сформированы представления о здоровье и болезни (на уровне научного и системного понимания); сформирован позитивный эмоциональный настрой личности, связанный с осознанием своего потенциала здоровья по отношению к себе, другим и к жизни вообще; принята стратегия активного поведения по укреплению своего здоровья и преодолению болезней.

Проблема развития «нужного» обществу отношения личности к собственному здоровью, точки зрения психологического подхода является проблемой сохранения и укрепления здоровья учителя. Важным звеном развития «нужного» обществу отношения личности к собственному здоровью выступает не только школа в целом как социальный институт, охватывающий всех без исключения граждан в течение длительного промежутка времени, но и каждый конкретно взятый учитель как проводник «нужного» обществу отношения к здоровью.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

В качестве одного из комплексных и наиболее значимых психологических факторов здоровья выделяют единое смысловое, ценностное и эмоционально-оценочное образование, существующее в психике каждого человека, – «отношение к здоровью» по Р.А. Березовской, «внутренняя картина здоровья» по В.А. Ананьеву, И.И. Мамайчук, «социальные представления о здоровье» по О.С. Васильевой, Ф.Р. Филатову и т.д.

Отношение к здоровью - система индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Отношение к здоровью определяет поведение человека: самоорганизацию и саморегуляцию, взаимодействие человека с окружающим миром. В этом смысле поведение человека может характеризоваться по шкалам «созидательное или деструктивное», «попустительское или избыточно заинтересованное», «ответственное или безответственное», «самостоятельное или зависимое».

Профессиональная группа учительства отличается низкими показателями физического и психического здоровья. Современные исследователи отмечают обилие субъективных и объективных факторов, отрицательно влияющих на здоровье учителей.

Отношение личности к своему здоровью включает в себя следующие компоненты: поведенческий, эмоциональный, когнитивный. Под когнитивным компонентом понимаются степень осведомленности или компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска

и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ ПЕДАГОГОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

2.1. Организация и методики исследования

Целью эмпирического исследования выступало исследование взаимосвязи особенностей отношения к собственному здоровью педагогов и их личностных особенностей.

Исследование проводилось на базе СШ № XX г. Красноярска.

В исследовании принимали участие 46 педагогов всех ступеней образования в возрасте 31-59 лет, с профессиональным стажем от 5 до 18 лет.

Для проведения эмпирического исследования использовался единый комплекс методических средств, позволяющий в общем виде оценить отношение педагогов к собственному здоровью и сопоставить с их личностными особенностями с применением психодиагностических средств и методов статистической обработки данных.

В состав диагностического комплекса вошли две группы методик:

Первая группа методик направлена на выявление отношения к здоровью педагогов:

1. Опросник «Отношение к здоровью» (автор Р. А. Березовская) состоит из 10 вопросов, которые могут быть распределены по четырем шкалам: когнитивной; эмоциональной; поведенческой; ценностно-мотивационной.

Анализ результатов проводится на основании качественного анализа полученных с помощью опросника данных, который может быть осуществлен на нескольких уровнях:

- каждое утверждение может быть проанализировано в отдельности;

- анализ данных может проводиться по каждому вопросу (интерпретируются все утверждения, входящие в данный вопрос);

- каждый блок вопросов или шкала также могут быть рассмотрены по отдельности (анализируются все вопросы и утверждения, входящие в данную шкалу).

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 антириска, 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.

2. Тест Р. Страуба «Самооценка уровня здоровья и стиля жизни», адаптированный Г.В. Залевским, включающий 10 шкал -

- 5 шкал здоровья («физическое здоровье», «психологическое здоровье», «духовное здоровье», «социальное здоровье» и «экологическое здоровье»);

- 5 шкал стиля жизни («зарядка и фитнес», «аддиктивное поведение», «превентивные меры», «дополнительные превентивные меры», и «питание и контроль веса»).

Квартильная оценка уровня здоровья и здорового образа жизни:

32-27 баллов - высокий уровень здоровья и образа жизни;

26-21 баллов - умеренный (средний) уровень здоровья и образа жизни;

20-14 баллов - низкий уровень жизни и образа жизни;

13-8 баллов - критически низкий уровень здоровья и образа жизни.

3. Тест «Индекс отношения к здоровью» (С. Дерябо, В. Ясин) диагностирует такой важнейший параметр отношения к здоровью, как интенсивность. Параметр интенсивности показывает, в какой степени и в каких сферах проявляется субъективное отношение. Существующее у человека отношение к какому-либо объекту определяет, что он чувствует, как думает, как действует и как поступает во всех ситуациях, связанных с этим объектом. Соответственно, интенсивность отношения к здоровью также включает в себя четыре компонента: эмоциональный, познавательный, практический и поступочный.

Тест состоит из четырех субтестов, соответствующих четырем компонентам интенсивности субъективного отношения.

Эмоциональная шкала. Эта шкала измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в эмоциональной сфере. Она включает вопросы, диагностирующие, насколько человек сенситивен, чувствителен к различным витальным, жизненным проявлениям своего организма, насколько он восприимчив к эстетическим аспектам здоровья, насколько он способен получать наслаждение от своего здоровья и заботы о нем и пр.

Вопросы разбиты на две группы: в первой степень выраженности эмоционального компонента определяется по ответам на вопросы о том, что сам педагог чувствует в определенных ситуациях, во второй - насколько он разделяет чувства других людей в тех или иных ситуациях.

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

познавательной сфере. Она включает две группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек готов воспринимать получаемую от других людей или из литературы информацию по проблемам здорового образа жизни («пассивные» вопросы), вторая - насколько человек стремится сам получать информацию по этой теме («активные»).

Практическая шкала. Эта шкала измеряет, в какой степени проявляется отношение человека к здоровью, здоровому образу жизни в практической сфере. Она также включает две группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек готов включаться в различные практические действия, направленные на заботу о своем здоровье, когда они предлагаются, организовываются другими людьми, вторая - насколько человек сам, по собственной инициативе стремится осуществлять эти действия.

Поступочная шкала. Эта 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. Она включает три группы вопросов: первая диагностирует, насколько человек стремится повлиять на членов своей семьи, чтобы они вели здоровый образ жизни, вторая - насколько он стремится повлиять на своих знакомых, третья - на других людей, общество в целом.

Общая шкала. Показатель интенсивности получается путем суммирования баллов по четырем предыдущим шкалам. Он диагностирует, насколько в целом сформировано отношение к здоровью у данного человека, насколько сильно оно проявляется.

Вторую группу составляют методики, направленные на выявление личностных особенностей педагогов.

1. Многофакторный опросник Р. Кэттелла, предназначенный для измерения 16 параметров личности;

Опросник состоит из 105 вопросов (форма С) на каждой из которых предлагается три варианта ответов (а, b, с). Педагог выбирает и фиксирует его в бланке ответов.

Вопросы группируются по содержанию вокруг определенных черт, выходящих в конечном итоге к тем или иным факторам.

Результаты применения данной методики позволяют определить психологическое своеобразие основных подструктур темперамента и характера. Причем каждый фактор содержит не только качественную и количественную оценку внутренней природы человека, но и включает в себя ее характеристику со стороны межличностных отношений. Кроме того, отдельные факторы можно объединить в блоки по трем направлениям:

Интеллектуальный блок: факторы: В - общий уровень интеллекта; М - уровень развития воображения; Q 1 - восприимчивость к новому радикализму.

Эмоционально-волевой блок: факторы: С - эмоциональная устойчивость; О - степень тревожности; Q 3 - наличие внутренних напряжений; Q 4 - уровень развития самоконтроля; G - степень социальной нормированности и организованности.

Коммуникативный блок: факторы: А - открытость, замкнутость; Н - смелость; L - отношение к людям; Е - степень доминирования - подчиненности; Q 2 - зависимость от группы; N - динамичность.

Интерпретация результатов.

Фактор А:

Открытость: Готовый к сотрудничеству, приветливый, уживчивый, внимательный к людям, естественный в обращении.

Замкнутость: Холодный, замкнутый, скептический, негибкий в отношениях с людьми, твердый, бескомпромиссный.

Фактор В:

Развитое мышление: Сообразительный, умеет анализировать ситуации, способен к осмысленным заключениям, интеллектуальный, культурный.

Ограниченное мышление: Трудности в обучении, в умении анализировать и обобщать материалы, легко сдается, столкнувшись с трудностями, «мужлан».

Фактор С:

Эмоциональная стабильность: Спокойный, зрелый, уверенный, чувственно постоянный, не боится сложных ситуаций, эмоционально устойчив.

Эмоциональная неустойчивость: Нетерпимый, нетерпеливый, раздражительный, склонный к озабоченности и огорчениям, откладывает решение сложных вопросов.

Фактор Е:

Независимость: Пробивной, самоуверенный, твердый, серьезный, неуступчивый, оригинальный, неподатливый, сам для себя является «законом».

Податливость: Мягкий, уступчивый, зависимый, ласковый, мягкосердечный, дает волю чувствам, легко впадает в смятение, застенчивый, конформный.

Фактор F:

Беспечность: Беззаботный, импульсивный, разговорчивый, веселый, радостный, живой, готовый реагировать, проявлять чувства.

Озабоченность: Серьезный, углубленный в себе, озабоченно-задумчивый, пессимист, сдержанный, рассудительный, под самоконтролем.

Фактор G:

Сознательность: Выдержанный, решительный, обязательный, ответственный, всегда готовый к действию, основательный, упорный в достижении цели, социально-нормированный, выраженная сила «супер-

ЭГО».

Беспринципность: Небрежный, легкомысленный, ненадежный, непостоянный, легко сдается, столкнувшись с трудностями создает помехи и трудности, с претензиями, не связывает себя правилами.

Фактор Н:

Смелость: Авантюрный, легко знакомится с людьми, реактивный, бодрый.

Застенчивость: Нерешительный, уходит в себя.

Фактор I:

Чувственность: Нетерпимость, зависимый от других, ищущий помощи, приветливый, с богатой фантазией, требующий внимания других, ипохондрик, боязливый мечтательный, утонченный, непрактичный.

Твердость: Реалист, надеется на себя, берет на себя ответственность, суровый, жесткий, действует по практическим соображениям, самостоятельный, бывает циничный, нечувствительный к своему физическому состоянию, скептик, самоуверенный.

Фактор L:

Подозрительность: Ревнивый, замкнутый, задумчивый, твердый, раздражитель, излишнее самомнение, направленный на «себя», независимый.

Доверчивость: Дружеский, прямодушный, открытый, понимающий, снисходительный, мягкосердечный, спокойный, благодушный, не завистливый, умеет ладить с людьми.

Фактор M:

Богемность: Углубленный в себя, интересующийся искусством, теорией, смыслом жизни, богатое воображение, беспомощный в практических делах, преимущественно веселый, не исключены истерические anomalies, в коллективе конфликтный, не обусловленный обстоятельствами.

Практичность: Интересующийся фактами, обусловленный обстоятельствами, живая реакция на практические вопросы, интересы

сужены на непосредственный успех, спонтанно ничего не делающий, реалистический, надежный, серьезный, заботливый, но очень постоянно ориентирован на внешнюю реальность, общепринятые нормы, уделяет внимание мелочам, но иногда не хватает творческого воображения.

Фактор N:

Утонченность: Изысканно-утонченный, рафинированный, под самоконтролем, эстетически разборчивый, светский, понимает себя, понимает других, честолюбивый, несколько неуверенный, неудовлетворенный.

«Простота»: Простой без «блеска», открытый, горячий, спонтанный в поведении, в обществе, простой вкус, отсутствует самоанализ, не анализирует мотивы поведения других, доволен тем, что имеет.

Фактор O:

Склонность к чувству вины: Боязливый, неуверенный, тревожный, озабоченный, депрессивный, чуткий, легко впадает в растерянность, сильное чувство долга, чересчур заботливый, полон страхов, подвержен настроению, частые плохие предчувствия.

Спокойная самоуверенность: Верен в себя, спокойный, умеет «позабавиться», упрямый, видит смысл в целесообразности, неряшливый, бесстрашный, живет простыми делами, нечувствителен к мнению о себе.

Фактор Q 1:

Радикализм: Интеллектуальные интересы и сомнения по поводу фундаментальных проблем, скептицизм, стремление посмотреть существующие принципы, склонность к экспериментированию и нововведениям.

Консерватизм: Стремление к поддержке установленных понятий, норм, принципов, традиций, сомнение в новых идеях, отрицание необходимости перемен.

Фактор Q 2:

Самостоятельность: Предпочитает собственное мнение, независим во взглядах, стремится к самостоятельным решениям и действиям. Зависимость от группы: Конформен, зависим от чужого мнения, предпочитает принятие решения вместе с другими людьми, ориентирован на социальное одобрение.

Фактор Q 3:

Самоконтроль, сильная воля: Дисциплинированность, точность в выполнении социальных требований, хороший контроль за своими эмоциями, забота о своей репутации.

Недостаток самоконтроля, индифферентность: Внутренняя конфликтность, низкий самоконтроль, недисциплинированность, несоблюдение правил, спонтанность в поведении, подчиненность своим страстям.

Фактор Q 4:

Внутренняя напряженность: Возбужденный, взволнованный, напряженный, раздражительный, нетерпеливый, избыток побуждений, не находящихся разрядки.

Флегматичность, релаксация, вялость, лень, расслабленность, недостаточная мотивация, не вполне оправданная удовлетворенность.

2. Методика УСК (уровень субъективного контроля) Е. Ф. Бажин, а Е.А. Голынкиной, Л. М. Эткинда.

В основе данной методики лежит концепция локуса контроля Дж. Роттера. Разработчики теста предложили выделить в методике диагностики локуса контроля субшкалы: контроль в ситуациях достижения, в ситуациях неудачи, в области производственных и семейных отношений, в области здоровья. Всего опросник УСК состоит из 44 пунктов.

Описание шкал:

Шкала общей интернальности (Ио).

Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями: интернальный контроль, интернальная личность. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни есть результат их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Обобщение различных экспериментальных данных позволяет говорить об интерналах как о более уверенных в себе, более спокойных и благожелательных, более популярных в сравнении с экстерналами. Их отличает более позитивная система отношений к миру и большая осознанность смысла и целей жизни.

Низкий показатель по этой шкале соответствует низкому уровню субъективного контроля: экстернальный контроль, экстернальная личность. Такие люди не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями их жизни, не считают себя способными контролировать их развитие. Они полагают, что большинство событий их жизни является результатом случая или действия других людей. Обобщение различных экспериментальных данных позволяет говорить об экстерналах как о людях с повышенной тревожностью, обеспокоенностью. Их отличает конформность, меньшая терпимость к другим и повышенная агрессивность, меньшая популярность в сравнении с интерналами.

Шкала интернальности в области достижений (Ид).

Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем.

Низкие показатели по шкале свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам - везению, счастливой судьбе или помощи других людей.

Школа интернальности в области неудач (Ин).

Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях.

Низкие показатели свидетельствуют о том, что человек склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать их результатом невезения.

Шкала интернальности в семейных отношениях (Ис).

Высокие показатели означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни.

Низкие указывают на то, что субъект считает не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье.

Шкала интернальности в области производственных отношений (Ип).

Высокие показатели свидетельствуют и том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, складывающихся отношений в коллективе, своего продвижения и т.д.

Низкие указывают на то, что человек склонен приписывать более важное значение внешним обстоятельствам - руководству, товарищам по работе, везению-невезению.

Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им).

Высокие показатели свидетельствуют о том, что человек считает именно себя ответственным за построение межличностных отношений с окружающими.

Низкие указывают на то, что человек склонен приписывать более важное значение в этом процессе обстоятельствам, случаю или окружающим его людям.

Шкала интернильности в отношении здоровья и болезни (Из).

Высокие показатели свидетельствуют о том, что человек считает себя во многом ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий.

Человек с низкими показателями по этой шкале считает болезнь и здоровье результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

3. Тест самооценки Дембо - Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан использовался для исследования самооценки кредитными менеджерами своих качеств.

Данная методика основана на непосредственном оценивании (шкалировании) ряда личных качеств, таких как здоровье, способности, характер и т. д.

Обследуемым предлагается на вертикальных линиях отметить определенными знаками уровень развития у них этих качеств (показатель самооценки) и уровень притязаний, т. е. уровень развития этих же качеств, который бы удовлетворял их. Каждому испытуемому предлагается бланк методики, содержащий инструкцию и задание.

Предлагаются семь линий. Они обозначают: здоровье, ум, способности, характер, авторитет у сверстников, умение многое делать своими руками, умелые руки, внешность, уверенность в себе.

Обработка проводится по шести шкалам (первая, тренировочная - «здоровье» - не учитывается). По каждой из шести шкал определяется высота самооценки. Каждый ответ выражается в баллах от 0 до 10.

2.2. Анализ результатов исследования

С помощью теста индивидуального стиля жизни и уровня здоровья (Р. Страуб) были получены данные об уровне выраженности здоровья по основным шкалам физического, психологического, духовного, социального и экологического здоровья.

Основные результаты выраженности по шкалам здоровья в группе педагогов представлены на рисунке 1:

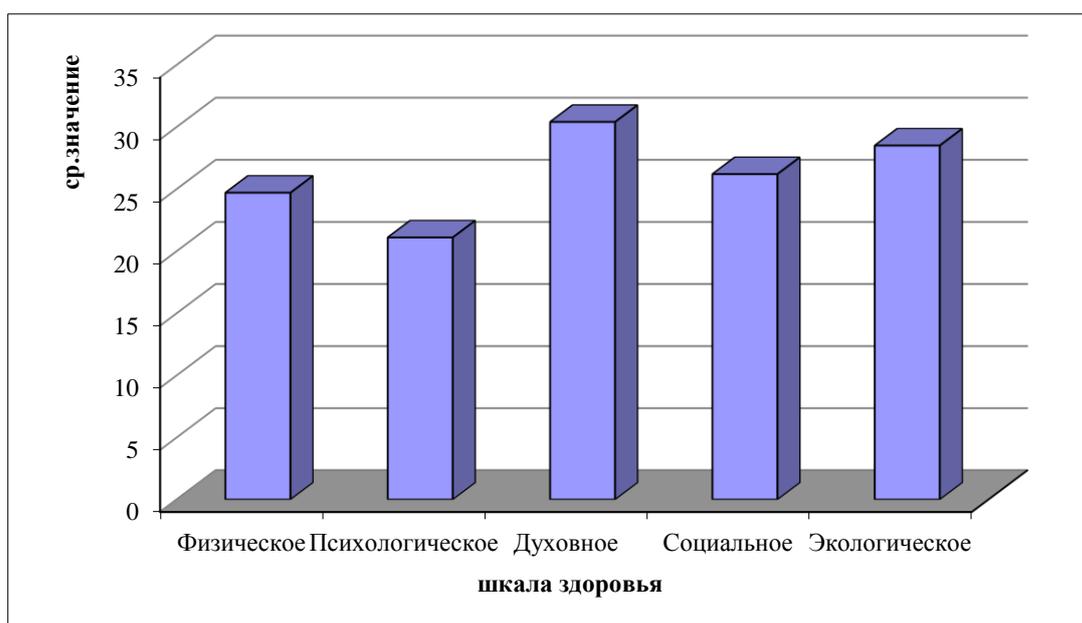


Рис.1. Показатели выраженности по шкалам здоровья педагогов.

Исходя из значений показателей шкал теста «Оценка уровня здоровья и образа жизни» и квартильной оценки данных по каждой шкале в группе педагогов можно сделать следующие выводы:

1. «Экологическое здоровье» (показатель 28,5) и «духовное здоровье» (показатель 30,4) выражены на высоком уровне.

В большей степени у педагогов представлено духовное здоровье: педагоги видят смысл в жизни, имеют предназначение и цель в жизни, получают удовольствие от занятия творческой направленности, помогают

людям, занимаются значимыми и важными делами, занимаются самыми разными вещами в своей жизни.

Высокий уровень экологического здоровья характеризуется следующими показателями: педагоги находятся в курсе экологической информации, используют очищенную питьевую воду, принимают участие или сотрудничают с участниками экологических акций, правильно распоряжаются отходами, моют фрукты и овощи перед употреблением.

2. На умеренном уровне выражены физическое здоровье (24,7), социальное здоровье (26,2) и психологическое здоровье (21,1).

Социальное здоровье педагогов характеризуется следующими показателями: у педагогов хорошие отношения с членами семьи, имеют близких друзей, могут в определенных ситуациях создавать доверительные отношения с другими людьми, готовы оказать поддержку другим, в умеренной степени могут выражать как чувства симпатии и любви к другим людям, так и чувства разочарования и гнева. Не всегда обращаются за помощью к другим людям, если не могут решить проблему самостоятельно. В некоторых ситуациях способны брать ответственность на себя.

Физическое здоровье характеризуется частичной заботой о своем здоровье: держать свое тело здоровым и в форме. Присутствуют хронические и астенические расстройства здоровья, бывают аллергические реакции, умеренная удовлетворенность физическим здоровьем, иногда теряю рабочее время из-за болезни, при сне в 7-8 часов могут просыпаться уставшими.

Наименьшее значение получено по шкале психологического здоровья.

У педагогов снижена способность концентрироваться на выполнении задания на работе, снижено позитивное восприятия собственного Я, испытывают затруднения в снятии мышечного и эмоционального напряжения, снижена способность выражать свои чувства и справляться со стрессами.

Проведение исследования отношения к здоровью по методике Р. А. Березовской позволило выявить особенности отношения педагогов к собственному здоровью на когнитивном, эмоциональном, поведенческом и ценностно-мотивационном уровне.

Основные показатели когнитивного уровня отношения к здоровью педагогов представлены на рисунках 2-4:



Рис.2. Составляющие определения здоровья педагогами.

Согласно представленным данным на рис.2 понимания педагогами здоровья свидетельствует, что 36,96 % педагогов понимают здоровье как «хорошее самочувствие, ничего не беспокоит, отсутствие болезней», 28,06% педагогов определяют здоровье как значимую составляющую жизни человека, здоровье как сочетание духовного, социального, психологического и физического состояний человека в комплексе определяют 28,86% педагогов и 8,7% педагогов определяют здоровье как благополучное/неблагополучное состояние человека.

Влияние информации на осведомленность в области здоровья педагогов представлено на рисунке 3:

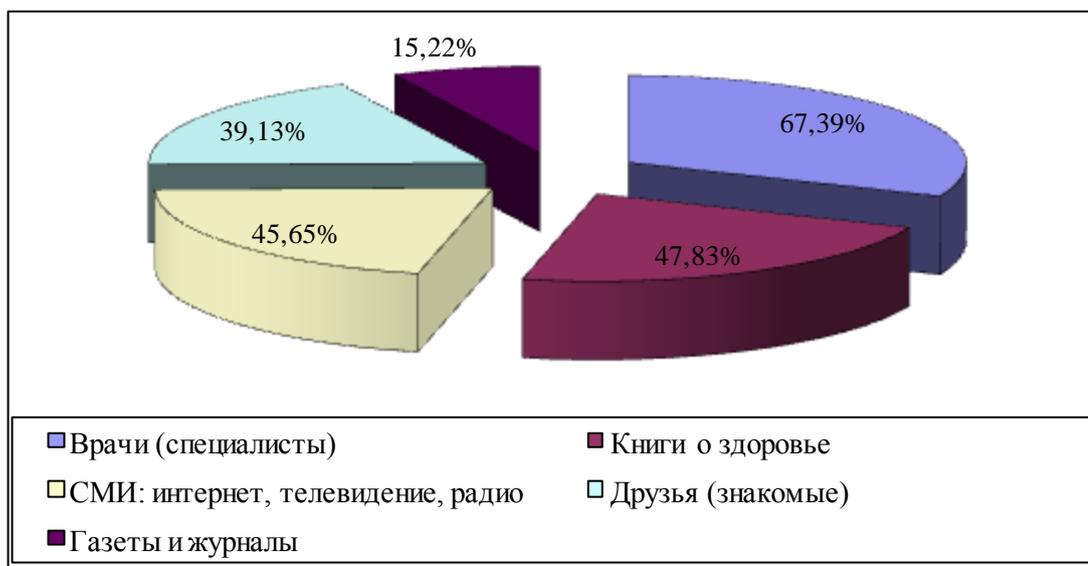


Рис.3. Влияние информации на осведомленность в области здоровья педагогов.

Анализ данных, представленных на рис.3 свидетельствует, что по мнению 67,39 % педагогов на осведомленность в области здоровья большее влияние оказывает информация, полученная от врачей (специалистов). Следующими важными источниками о здоровье выступают научно-популярные книги о здоровье (47,83% педагогов) и СМИ: интернет, радио, телевидение (45,65% педагогов)». В то же время, 39,13 % педагогов предпочитают получать информацию о здоровье от друзей (знакомых) и только 15,22% педагогов получают информацию о здоровье из газет и журналов.

Основные факторы, влияющие по мнению педагогов на здоровье представлены на рисунке 4.

Согласно представленным на рис.4 данным, факторы, оказывающие наиболее существенное влияние на состояние здоровья распределились следующим образом:

- экологическая обстановка (95,65% педагогов);
- питание (91,3% педагогов);
- образ жизни (84,78% педагогов);

- профессиональная деятельность (73,91% педагогов);
- качество медицинского обслуживания (39,13% педагогов);
- недостаточная забота о своем здоровье (28,26% педагогов).

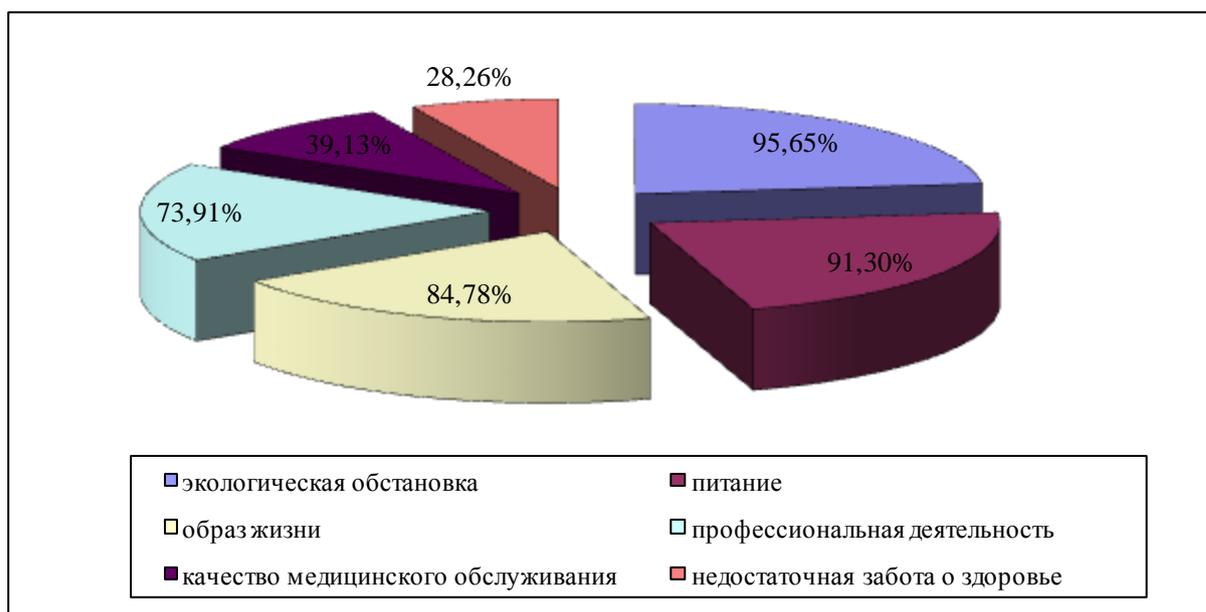


Рис.4. Факторы влияния на здоровье педагогов.

Таким образом, на когнитивном уровне отношение к здоровью педагогов носит интернальную направленность.

Показатели отношения к здоровью педагогов на ценностно-мотивационном уровне представлены на рисунке 5:

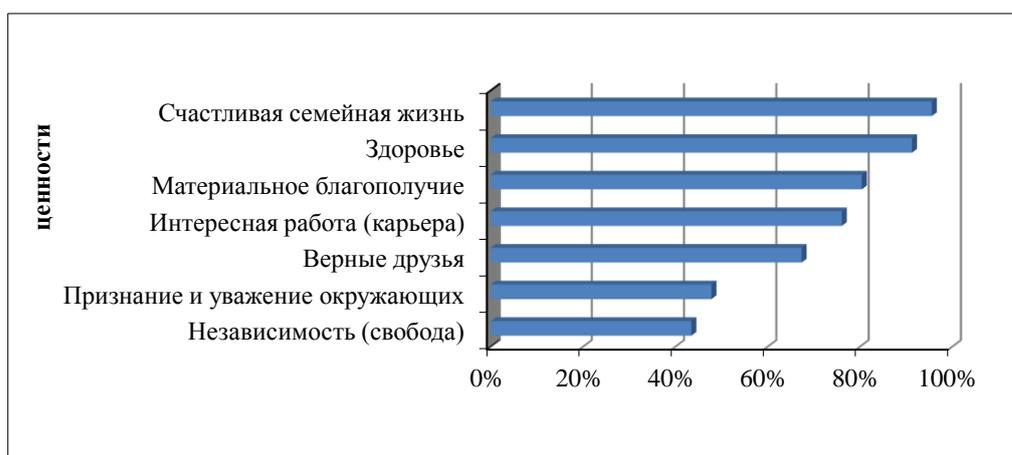


Рис.5. Доминирующие ценности педагогов.

Согласно представленным на рис.5 данным, по степени значимости для педагогов ценности распределились в следующем порядке:

- на первом месте представлена ценность семьи (95,65% педагогов)
- второе место – ценность здоровья (91,3% педагогов)
- третье место занимает ценность материального благополучия (80,43% педагогов)
- интересная работа (карьера) занимает четвертое место среди ценностей педагогов (76,09% педагогов),
- верные друзья как ценность представлена на пятом месте у педагогов (67,39% педагогов)
- последние места заняли ценность признания и независимость (47,83% и 43,48% соответственно).

Таким образом, здоровье занимает второе место среди ценностей педагогов, находится в списке важных сфер.

Анализируя результаты, полученные в ходе исследования, нами выявлено, что у 58,7% педагогов наиболее важной причиной недостаточной и нерегулярной заботы о своем - «отсутствие времени» и «выполнение других, более важных дел».

Одновременно, 41,3% педагогов указывают на «отсутствие соответствующих условий» для регулярной заботы о здоровье, также, 28,26 % педагогов определяют в число важных причин недостаточной заботы о своем здоровье – «необходимость больших материальных затрат». Следует отметить, что 39,13% педагогов не считают важным постоянно осуществлять контроль за состоянием своего здоровья.

Таким образом, отношение к здоровью педагогов на ценностно-мотивационном уровне является высоко доминантным, здоровье для них определяется одной из самых важных жизненных ценностей. Однако в силу нехватки времени и отсутствия соответствующих условий, педагоги не способны осуществлять постоянный контроль за состоянием своего здоровья.

Эмоциональный уровень отношения педагогов к собственному здоровью представлен чувствами при благополучном состоянии здоровья и при ухудшении своего здоровья.

Доминирующие чувства педагогов при благополучном состоянии здоровья представлены на рисунке 6:

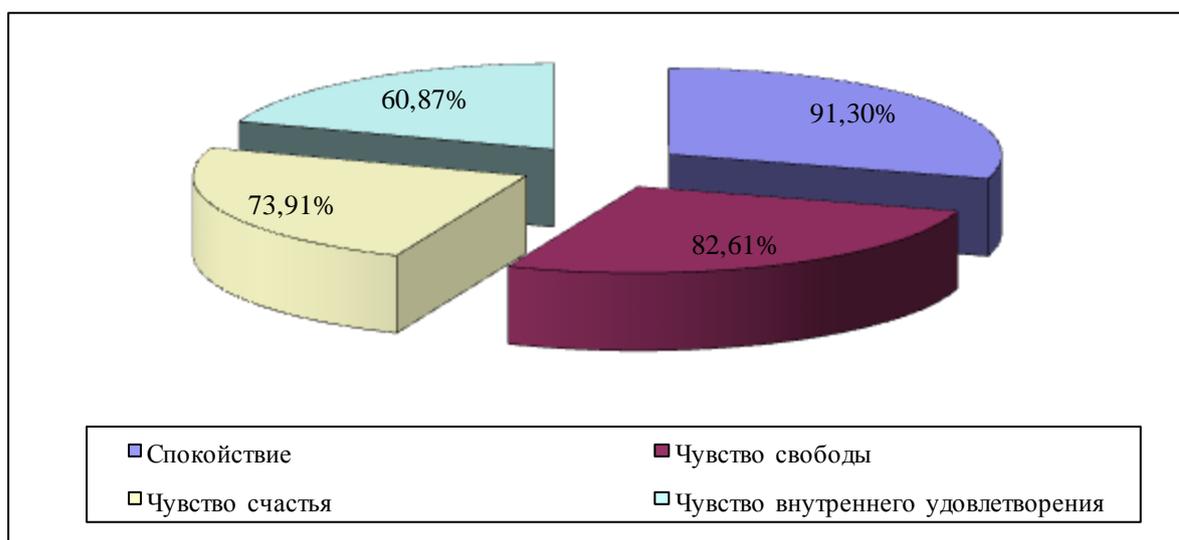


Рис.6. Доминирующие чувства педагогов при благополучном состоянии здоровья.

Основные чувства педагогов при ухудшении здоровья представлены на рис.7:

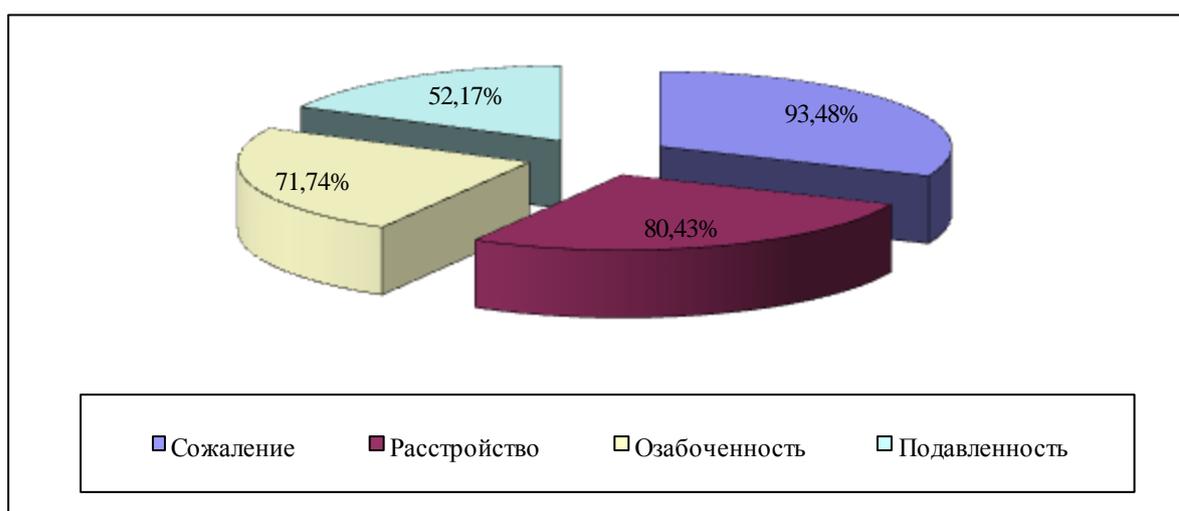


Рис.7. Доминирующие чувства педагогов при ухудшении здоровья.

Согласно представленным на рис. 6 данным, большинство педагогов, когда со здоровьем все благополучно, чувствуют себя в большей степени спокойно 91,30% педагогов, чувство свободы ощущают 82,61% педагогов, счастливыми чувствуют себя 73,91% педагогов и чувство внутреннего удовлетворения ощущают 60,87% педагогов. В меньшей степени представлено чувство безразличия (2,17% педагогов).

Согласно представленным на рис. 7 данным, при ухудшении здоровья большинство педагогов испытывают сожаление (93,48% педагогов), расстроены 80,43% педагогов и испытывают озабоченность 71,74% педагогов. При болезни в меньшей степени педагоги испытывают чувство стыда (8,7% педагогов), чувство вины (4,35% педагогов) и сожаление (10,87% педагогов).

Рассмотрим особенности отношения к собственному здоровью педагогов на поведенческом уровне. Основные данные о поддержании педагогами своего здоровья представлены на рисунке 8:

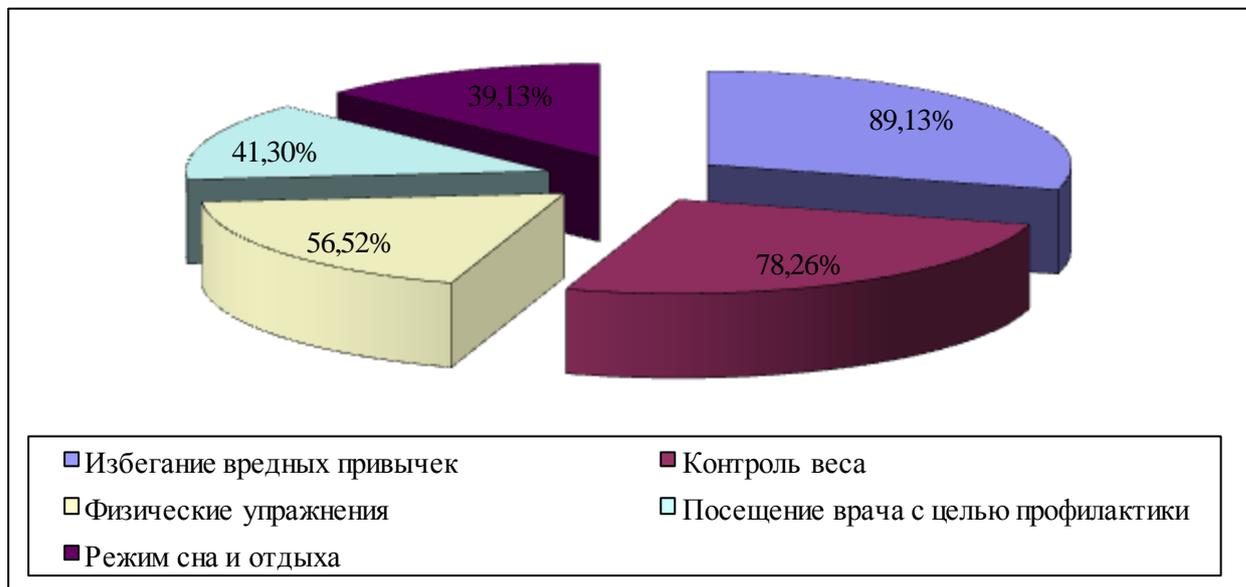


Рис.8. Деятельность педагогов, направленная на поддержание здоровья.

Согласно представленным на рисунке 7 данным, для поддержания своего здоровья педагоги в большей степени избегают вредных привычек (89,13% педагогов), осуществляют контроль веса 78,26% педагогов,

занимаются физическими упражнениями 56,52% педагогов. Посещают врача с целью профилактики 41,3% педагогов и соблюдают режим сна и отдыха 39,13% педагогов.

Следует отметить, что специальные оздоровительные системы, такие как йога, китайская гимнастика, закаливание, следование разнообразным диетам не нашли своего применения среди педагогов.

В случае ухудшения здоровья, чувства недомогания, большинство педагогов педагоги сами принимают оздоровительные меры на основе прошлого опыта (93,48% педагогов) и 47,83% педагогов обращаются к врачу. Меньше всего педагоги стараются обращаться за помощью к друзьям и знакомым.

Таким образом, выявлено положительное отношение к здоровью, однако мотивация на сохранение и поддержание здоровья не выражено. Действия и поступки педагогов соответствуют ведению здорового образа жизни.

На когнитивном уровне понимание здоровья включает в себя хорошее самочувствие, отсутствие болезней. На осведомленность педагогов в области здоровья большее влияние оказывает информация, полученная от врачей, научно-популярные книги о здоровье и СМИ. На ценностно-мотивационном уровне здоровье занимает второе место среди ценностей педагогов, находится в списке важных сфер. На эмоциональном уровне - когда со здоровьем все благополучно, педагоги чувствуют себя в большей степени спокойными, свободными, при ухудшении здоровья городские учителя испытывают сожаление, расстройство и озабоченность. На поведенческом уровне педагоги избегают вредных привычек, следят за своим весом, занимаются физическими упражнениями.

Рассмотрим результаты исследования интенсивности отношения к здоровью педагогов по шкалам методики С Дерябо и В. Ясвина «Индекс отношения к здоровью».

Основные показатели интенсивности отношения к здоровью педагогов и его компоненты (эмоциональный, познавательный, практический и поступочный) представлены на рисунке 9:



Рис.9. Показатели компонентов интенсивности субъективного отношения педагогов к здоровью.

По эмоциональной шкале субъективного отношения к здоровью получены средние результаты (4,8) о невысокой восприимчивости к эстетическим аспектам здоровья и неразвитому «умению» получать наслаждение от своего здоровья и заботы о нем. Относятся к здоровью как к чему-то само собой разумеющемуся, не умеют прислушиваться к своему телу и принимают меры только, когда почувствуют ощутимые болезненные проявления.

По познавательной шкале полученный результат представлен в средних значениях (5,7).

Показатель данный свидетельствует, что педагоги не испытывают большой потребности в поиске информации о проблеме здоровья и здорового образа жизни и часто не заинтересованы в ней. Педагоги готовы воспринимать поступающую от других людей информацию о здоровье, но сами не проявляют большой активности по ее поиску.

Низкий показатель (2,8) по практической шкале позволяет сделать вывод, что педагоги готовы лишь в какой-то мере включаться в практическую деятельность по заботе о своем здоровье, которую организывают другие люди, в крайнем случае, он может что-то предпринять, если этого потребует ситуация.

По шкале поступков выявлен показатель выше среднего (7,2), что говорит о стремлении педагогов повлиять на отношение к здоровью у окружающих его людей, стимулировать их вести здоровый образ жизни и пропаганде ими различных средств оздоровления организма, создает вокруг себя здоровую среду.

Общий показатель интенсивности отношения к здоровью педагогов находится на среднем уровне, что позволяет сделать вывод о некотором положительном отношении к здоровью и здоровому образу жизни, однако педагоги находятся в зоне риска и существует вероятность того, что в случае отсутствия поддержки здоровья и игнорирования здоровый образ жизни, рано или поздно приведет к заболеваниям.

Рассмотрим основные результаты исследования личностных особенностей педагогов.

Использование личностного опросника Кеттелла выявил следующие особенности личности педагогов, представленные на рис.10

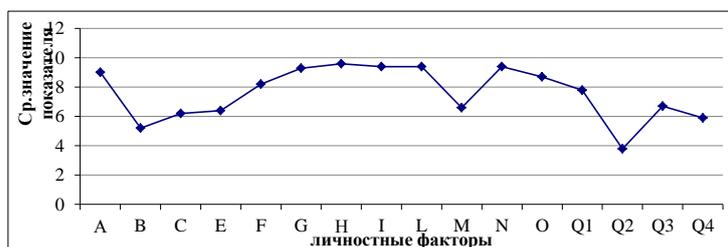


Рис. 10. Личностный профиль педагогов по результатам опросника Р.Б. Кеттелла.

Согласно представленного на рисунке личностного профиля педагогов, можно сделать выводы о следующих личностных особенностях педагогов:

Высокие показатели характерологических особенностей по фактору «А» говорят о том, что для педагогов характерны легкость в общении, склонность к добродушию, готовность к сотрудничеству, внимательность к людям, мягкосердечность, приспособляемость. Для них предпочтительна деятельность, где есть занятия с людьми, ситуации с социальным значением. Они активно включаются в группы, не боятся критики.

По фактору «В» (мышление) высокие показатели у педагогов свидетельствуют о высокой способности к обучению, конкретность мышления, умении концентрации внимание на задании.

Направленность характерологических особенностей по фактору «С» предполагает, что педагоги в меньшей степени способны управлять эмоциями и настроением, особенно найти им адекватное объяснение и реалистичное выражение.

Средние показатели по фактору «Е» характеризуют педагогов как несколько пробивных и серьезных, в зависимости от ситуации могут уступить.

Высокие показатели по фактору «F» (жизнерадостный, серьезный), направленные к положительному полюсу характеризуют педагогов как добрых, активных, беспечных, легко воспринимающих жизнь, оптимистичных.

Высокие показатели по шкале «G» (добросовестность, нормативность поведения) говорят о том, что они в большей степени совестливы и высокоморальны, у них более высокий уровень самосознания.

Педагоги, в целом, обнаружили высокие показатели по фактору «I» (мягкосердечность, нежность - суровость, жесткость), что говорит о том, что они более чувствительны, нуждаются в поддержке других, проявляют

зависимость, беспомощность, слабость. У них более развит художественный тип мышления.

Высокие показатели характерологических особенностей по фактору «L» (подозрительность - доверчивость) у педагогов свидетельствует о подозрительности, раздражительности, недоверии и настороженном отношении к другим. В коллективе они могут держаться обособлено, с завистью относиться к успехам других, могут считать, что их недооценивают, не признают достижения.

Средние значения по фактору «M» (мечтательность - практичность) говорят о том, что интересы педагогов сужены на непосредственный успех, спонтанно ничего не делают, реалистичны, постоянно ориентированы на внешнюю реальность.

На констатирующем этапе исследования педагоги направленность развития характерологических особенностей по шкале «N» (наивность-проницательность, расчетливость) говорит о развитии качеств проницательности, склонности к поиску смыслов и логических связей в поступках и деятельности, эмоциональных реакциях окружающих и своих собственных переживаниях. В межличностных отношениях им свойственны корректность, тактичность, внимательность, сдержанность. Они свободно держатся с людьми, способны трезво, без сентиментальности оценивать ситуацию.

Тенденция к росту показателей по фактору «O» (гипотимия - гипертимия), говорит о возрастании тревожности, озабоченности, подавленности, развитое чувство долга.

Анализ результатов по фактору «Q1» (консерватизм - радикализм) показал, что педагоги больше доверяют авторитетам. У них проявляется убежденность в правильности того, чему учили и принятие всего как проверенного, несмотря на противоречия. Также проявляется склонность к осторожности и компромиссам в отношении новых людей. Для них

характерна приверженность традициям, консерватизм, уважение к принципам, терпимость к традиционным трудностям.

Анализ результатов по фактору «Q2» показал, что педагоги зависимы от окружения. Они больше нуждаются в поддержке и одобрении со стороны.

Высокие показатели у педагогов по шкале «Q3» (самоконтроль, самомнение) направленные к положительному полюсу «Q3+» свидетельствуют об их организованности, умении контролировать себя, упорно и планомерно следовать своей цели (волевой контроль эмоций и общего поведения). Они проявляют постоянную заботу о самоуважении и социальной репутации.

Анализ результатов по фактору «Q4» (напряженный, невозмутимый) свидетельствует о высокой эмоциональной напряженности, возбуждении и раздражительности, озабоченности стремлений.

На основе качественного и количественного анализа содержания личностных факторов и их взаимосвязей мы сделали обобщенные выводы по комплексам психолого-акмеологических факторов: интеллектуальные особенности (факторы В, М, Q1) представлены высокой способности к обучению, конкретности мышления, интересы педагогов сужены на непосредственный успех, реалистичны, приверженность традициям, консерватизм, уважение к принципам, терпимость к традиционным трудностям.

Показатели эмоционально-волевых особенностей педагогов (факторы С, G, I, O, Q3, Q4) свидетельствуют о возрастании тревожности, озабоченности, подавленности, развитое чувство долга, педагоги в меньшей степени способны управлять эмоциями и настроением, чувствительны, нуждаются в поддержке других, проявляют зависимость; в большей степени совестливы и высокоморальны, проявляют постоянную заботу о самоуважении и социальной репутации; характеризуются высокой

эмоциональной напряженностью, повышенном возбуждении и раздражительности.

Коммуникативные свойства и особенности межличностного взаимодействия (факторы А, Н, F, E, Q2, N, L) в группе педагогов характеризуют ситуацию развития социальной смелости, уверенности в себе, готовы к сотрудничеству, активные, оптимистичные, оказывают внимательность к людям. В межличностных отношениях им свойственны корректность, тактичность, внимательность, сдержанность, характеризуются некоторой подозрительностью, недоверием и раздражительностью.

Рассмотрим результаты субъективного контроля педагогов, полученные по методике УСК Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкиной, Л.М. Эткинда. Основные показатели по шкалам представлены на рисунке 11:

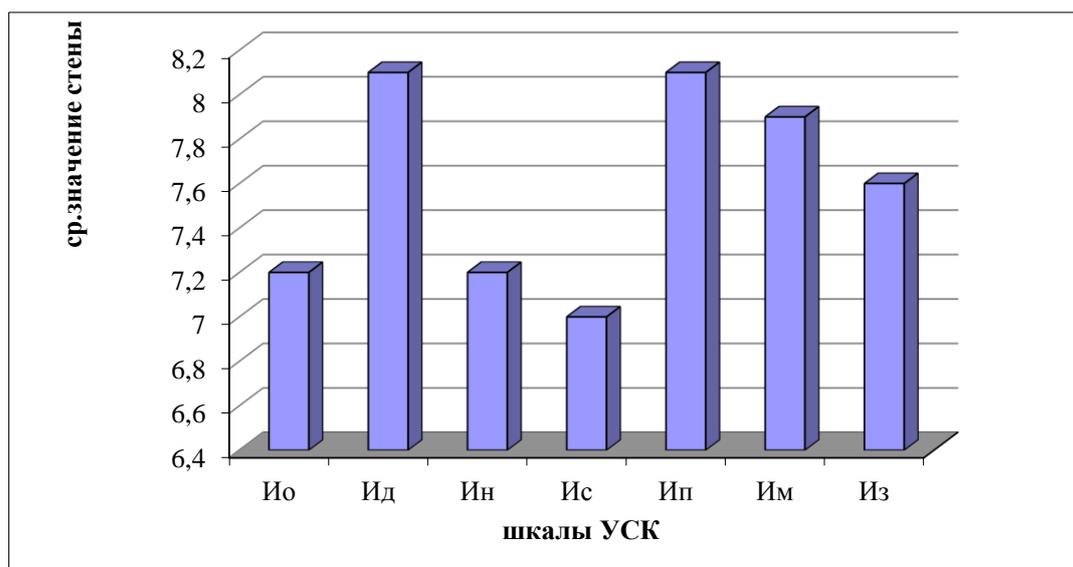


Рис.11. Профиль субъективного контроля педагогов.

Педагоги имеют высокий уровень субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями: интернальный контроль, интернальная личность.

В области достижений педагоги имеют высокий уровень субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и

ситуациями (показатель 8,1). Педагоги считают, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем.

У педагогов развито чувство субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях (показатель Ин - 7,2).

Педагоги считают себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни (показатель Ис - 7,0).

А также педагоги считают свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, складывающихся отношений в коллективе, своего продвижения и т.д. (показатель Ип - 8,1)

В межличностных отношениях педагоги считают именно себя ответственным за построение межличностных отношений с окружающими (показатель Им - 7,9).

Высокие показатели интернальности в отношении здоровья и болезни (показатель 7,6) свидетельствуют о том, что педагоги считают себя во многом ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий.

Таким образом, педагоги имеют высокий уровень субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями: интернальный контроль, интернальная личность. Педагоги считают, что большинство важных событий в их жизни есть результат их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Обобщение различных экспериментальных данных позволяет говорить об интерналах как о более уверенных в себе, более спокойных и благожелательных, более популярных в сравнении с экстерналами. Их

отличает более позитивная система отношений к миру и большая осознанность смысла и целей жизни.

Рассмотрим результаты исследования самооценки в группе педагогов.

Среднегрупповые показатели самооценки педагогов представлены на рисунке 12:

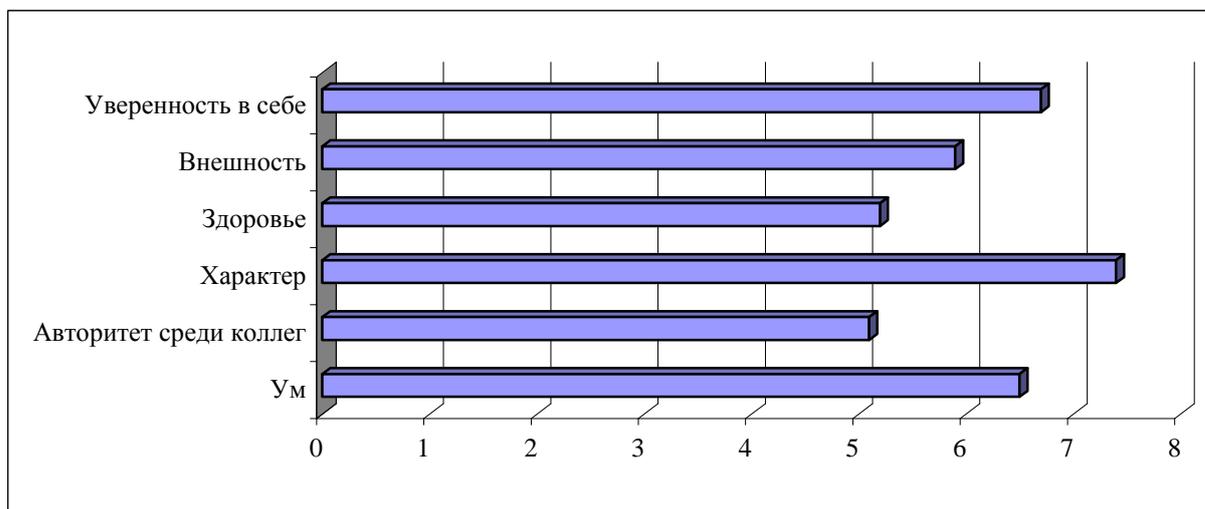


Рис.12. Показатели самооценки педагогов по методике Дембо - Рубинштейн.

Анализ данных, представленных на рис. 12 свидетельствует, что педагоги высоко оценивают интеллектуальные способности (6,5 баллов), характер (7,4 балла) и высоко уверены в себе (6,7 баллов). На среднем уровне педагоги оценили свое здоровье (5,2 балла) и внешность (5,9 баллов), педагоги в большей степени неудовлетворены собственным авторитетом среди коллег (5,1 баллов). Следует отметить, что отсутствуют характеристики, которым педагоги дали низкую оценку.

Наиболее высоко педагоги оценили собственный характер, наименее удовлетворены педагоги своим авторитетом среди коллег.

С целью исследования взаимосвязи отношения педагогов к собственному здоровью и их личностными особенностями был проведен корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Спирмена.

В таблице 2 представлены только характеристики показателей отношения к здоровью и показателями личностных особенностей педагогов, связь между которыми выявилась на значимом уровне.

Таблица 1

Взаимосвязи личностных особенностей педагогов и их отношения к своему здоровью (коэффициенты Спирмена)

Шкалы локус-контроля/ проявления проф.стресса	Психологическое здоровье	Социальное здоровье	Эмоцион. компонент отнош. к здоровью	Познав. компонент отнош. к здоровью	Интенсивность отнош.к здоровью
Уровень субъективного контроля		0,496		0,492	0,642
Самооценка	0,546				
Фактор «С» (эмоциональная стабильность/эмоциональная неустойчивость)	0,492				
Фактор «О» (спокойствие/ тревожность)	- 0,487				
Фактор «А» (открытость/замкнутость)		0,634			
Фактор «L» (доверчивость/ подозрительность)		-0,561			
Фактор «I» (чувственность/ твердость)			0,631		

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить ряд статистически значимых корреляционных связей между показателями отношения к здоровью педагогов и личностных показателей педагогов. Рассмотрим достоверно-значимые выявленные корреляционные связи.

В результате корреляционного анализа выявлены следующие связи:

- умеренная прямая связь уровня субъективного контроля и социального здоровья педагогов ($r = 0,496$, $p \leq 0,05$), познавательного

компонента отношения педагогов к здоровью ($r = 0,492, p \leq 0,05$) и интенсивности отношения к здоровью ($r = 0,642, p \leq 0,01$);

- умеренная прямая связь психологического здоровья с самооценкой ($r = 0,546, p \leq 0,05$), с фактором «С» ($r = 0,492, p \leq 0,05$); обратная связь с фактором «О» ($r = - 0,487, p \leq 0,05$);

- умеренная прямая связь социального здоровья с фактором «А» ($r = 0,634, p \leq 0,05$) и обратная с фактором «L» ($r = - 0,561, p \leq 0,05$);

- умеренная прямая связь фактора «I» и эмоционального компонента отношения к здоровью.

Анализ выявленных корреляционных связей показал следующее:

1. Педагоги с высоким уровнем субъективного контроля имеют высокие показатели социального здоровья, в большей степени высокосформированное, «хорошее» отношение к здоровью и здоровому образу жизни. Педагоги проявляют большой интерес к проблеме здоровья, сам активно ищет соответствующую информацию в СМИ, любят общаться с другими людьми на данную тему и т.д. И наоборот, педагоги с низким уровнем субъективного контроля имеют низкие показатели социального здоровья, отношение к здоровью сформировано плохо, педагоги находятся в «зоне риска», отношение к здоровью у педагогов мало затрагивает познавательную сферу: в лучшем случае готовы лишь воспринимать поступающую от других людей информацию о здоровье, но сами не проявляет активности в ее поиске.

2. Педагоги имеющие высокую самооценку, эмоциональную устойчивость и выдержанность, низкую тревожность, жизнерадостные, уверенные в себе и в своих силах имеют более высокие показатели психологического здоровья. Наоборот, педагоги с низкими показателями самооценки, эмоционально неустойчивые, имеющие высокую тревожность имеют низкие показатели психологического здоровья.

3. Общительные, непринужденные и открытые в общении педагоги, терпимые и уступчивые в общении, готовые к сотрудничеству и совместной работе, оказывающие внимание к людям, готовность к совместной работе имеют высокие показатели социального здоровья. В свою очередь, низкие показатели социального здоровья имеют скрытые, необщительные педагоги, проявляющие в общении отчужденность и недоверчивость, замкнутость, настороженные по отношению к людям.

4. Педагоги, характеризующиеся чувствительностью, проживающие богатство эмоциональных переживаний, с развитыми эстетическими интересами в большей степени заботятся о своем здоровье не только потому, что это «необходимо», не под давлением обстоятельств, а ради удовольствия, способны наслаждаться своим здоровьем и получать эстетическое удовольствие от здорового организма. Педагоги чутко реагируют на поступающие от него сигналы. Наоборот, у самоуверенных, рассудочных и практических педагогов отношение к здоровью носит рассудочный характер, мало затрагивает его эмоциональную сферу, забота о здоровье для него - просто необходимость, но никак не радостное и увлекательное занятие, что он глух к витальным проявлениям своего организма, не видит эстетического аспекта здоровья.

2.3. Методические рекомендации педагогам по развитию осознанного ответственного отношения к здоровью

Развитие ценности здоровья и ответственного отношения к здоровью педагогов направлено на решение следующих задачи:

1. Расширить знания и представления педагогов по проблеме здоровья и отношения к собственному здоровью.
2. Способствовать формированию умения планировать коррекционную деятельность по отношению к своему здоровью.
3. Развивать осознанность отношения к здоровью.
4. Стимулировать собственную активность педагогов через включение их в работу по планированию и осуществлению коррекционной деятельности, проведению самоанализа, самонаблюдения; создание ситуаций выбора модели поведения, творческого поиска решения поставленных задач.
5. Развивать представления о здоровье как самоценности.

Разработанные занятия (предполагают включенность каждого педагога в обсуждение рассматриваемой проблемы. Во многом проблема нежелания участвовать в работе снимается благодаря игровой форме проведения отдельных занятий и большой роли собственной активности педагогов, их задействованности в процессе занятий.

Направленность на собственную активность выражена в таких видах работы как работа над созданием рекомендаций, самодиагностика уровня стресса и др., направленность на творческий подход доминирует в следующих заданиях: написание письма однокурснику, создание образа по предлагаемому высказыванию.

Задача расширения знаний и представлений решалась через формирование основных понятий по проблеме исследования, накопление сведений, которые могут быть использованы в дальнейшем. Развитие умения планировать коррекционную деятельность осуществлялось с помощью

метода самонаблюдения. Развитие осознанности отношения к здоровью производилась в ходе самодиагностики, анализа данных лабораторной работы, анализа «писем» и т.д. Решение задачи стимулирования собственной активности было связано с выбором соответствующих форм и методов работы. Способствовать развитию представлений о здоровье как самоценности были призваны задания, ориентированные на развитие интереса к проблеме здоровья и накопление значимых сведений о состоянии собственного здоровья.

Ниже представлено содержание занятий по развитию осознанного ответственного отношения к здоровью.

Тема: «Стресс как фактор разрушения здоровья».

Цели:

1. Формирование категориально-понятийного аппарата по данной теме.
2. Развитие осознанного отношения к здоровью, стимулирование собственной активности и педагогов через осуществление самодиагностики и выработку рекомендаций.
3. Развитие интереса к проблеме здоровья и накопление значимой информации о собственном здоровье (уровень стресса) для повышения значимости ценности здоровья.

Предварительно (до занятия) был проведен опрос педагогов. Задавались два вопроса: Какова главная причина дистресса в Вашей жизни? Что Вы делаете, чтобы избавиться от дистресса?

На первом этапе педагоги работают с раздаточным материалом, содержащим информацию о том, что такое стресс, виды стресса, стадии его развития и симптомы стресса.

По окончании данной работы педагогам предлагается привести примеры конструктивного и деструктивного стресса, а также ответить на вопрос: Часто ли Вы находитесь в состоянии дистресса?

На втором этапе осуществляется работа с анкетой «Поведенческие и физиологические симптомы стресса». Анкета состоит из двух частей, первая часть – «Поведенческие симптомы стресса» включает 12 указанных симптомов, вторая часть – «Физиологические симптомы стресса» также включает 12 симптомов. Для осуществления самодиагностики на предмет выраженности симптомов стресса нужно оценить частоту проявления у себя каждого симптома по шкале:

- 0 – никогда или редко;
- 1 – от случая к случаю;
- 2 – часто;
- 3 – всегда или почти всегда.

Наличие в каждой части анкеты трех и более оценок, соответствующих двум и трем баллам свидетельствует о наличии в данный момент поведенческого или физиологического дистресса. Главным достоинством предлагаемой анкеты являются минимальные затраты времени на выполнение и обработку результатов, что делает возможным осуществление самодиагностики. Заполнение анкеты производится на специальных бланках в течение пяти минут.

На третьем этапе педагоги заполняют таблицу, в которой сравнивают отдельные аспекты ЗОЖ в обычный рабочий день и в день сдачи ИГА, ЕГЭ.

Выбор характеристик для сравнения не случаен. Во время сессии за короткий временной промежуток восприятию, анализу и запоминанию подлежит огромное количество информации, несвойственное для другого учебного времени. Поэтому мозг работает в непривычном, усиленном режиме, что соответственно отражается на энергозатратах, а это подтверждает необходимость сбалансированного питания и полноценного отдыха (сон, пребывание на свежем воздухе, физическая активность). Организм далеко не всегда получает такую поддержку, поэтому экзамены,

ситуации проверки – мощный фактор развития стресса в его отрицательном проявлении.

Работа с таблицей имеет своей целью обратить внимание педагогов на три момента:

1. Какие изменения происходят в их образе жизни во время проверок?
2. В каких условиях организм работает во время проверок, экзаменов?
3. Какую помощь ему можно оказать?

На четвертом этапе осуществляется работа по группам, педагоги вырабатывают рекомендации для самих себя. Целью данной работы является развитие умения планировать коррекционную деятельность.

Тема: «Питание. Сбалансированность суточного рациона».

Цели:

1. Формирование категориально-понятийного аппарата по данной теме.
2. Развитие осознанного отношения и стимулирование собственной активности через осуществление самоанализа и выработку рекомендаций.
3. Развитие интереса к проблеме здоровья и накопление значимой информации о собственном здоровье (сбалансированность суточного рациона).
4. Развитие умения планировать коррекционную деятельность в процессе выработки рекомендаций.

На первом этапе педагоги выполняют лабораторную работу «Суточный рацион питания», в ходе которой рассчитывается суточное потребление белков, жиров и углеводов, общая калорийность питания.

На втором этапе происходит обсуждение полученных результатов и сравнение их с принятыми нормами. В целях развития умения планировать коррекционную деятельность каждому педагогу предлагается выработать рекомендации по правильному питанию, которые необходимо соблюдать. Знаком «+» педагоги отмечают те из них, которые выполняют уже сейчас.

По завершении работы проводится ознакомление педагогов с рекомендациями по правильному питанию, составленными Г.К. Зайцевым.

На третьем этапе педагоги работают с анкетой, в которой предлагается зафиксировать результаты лабораторной работы (суточная калорийность пищи, суточная масса белков, жиров и углеводов) и ответить на пять вопросов, направленных на осуществление педагогами самоанализа:

1. Соответствует ли пища, получаемая Вашим организмом существующим нормам?

2. Если нет, можно ли это исправить?

3. Есть ли у Вас желание нормализовать рацион?

4. Что Вы для этого делаете?

5. Какая помощь вам необходима?

На заполнение анкеты отводится около 5 минут.

Одному из педагогов предлагается подвести итог занятия, обосновав значимость сбалансированного питания для здоровья человека.

Тема: «Активная позиция в здоровье».

Цели:

1. Формирование категориально-понятийного аппарата по данной теме в процессе переноса смысла высказывания на заданную ситуацию.

2. Развитие осознанного отношения и стимулирование собственной активности через направленность заданий на коллективное творчество, рефлексивность, перенос смысла на заданную ситуацию.

3. Развитие интереса к проблеме здоровья и накопление значимой информации о собственном здоровье (позиция в здоровье).

Первый этап. Организационный.

Каждому педагогу предлагается выбрать одну из цветных карточек (красную, зеленую или желтую) с пословицей или поговоркой. В зависимости от цвета выбранной карточки педагоги делятся на 3 группы. Пословицы и поговорки на карточках одного цвета объединены общим

смыслом и отражают одну из трех позиций человека по отношению к здоровью: позитивная, негативная валеологическая активность или пассивная позиция.

Второй этап. Выполнение полученного задания.

Задание.

1. С помощью маркера на полученном листе ватмана символично нарисуйте человека, позиция которого в отношении здоровья соответствует полученным Вами высказываниям.

2. Придумайте лозунг, которым руководствуется такой человек.

3. Дайте этому человеку имя (оно может быть заимствовано из классической литературы, совпадать с названием животного и т.д.), отражающее суть его позиции в здоровье.

4. Подготовьте выступление по вышеуказанным пунктам, дополнительно указав положительные и отрицательные стороны такой позиции.

Третий этап. Выступление каждой группы.

Четвертый этап. Подведение итогов.

Педагогам предлагается:

1. Установить, в каком из случаев речь идет о позитивной, негативной валеологической активности, пассивной позиции (группа 3, группа 1 и группа 2 соответственно). Кратко сформулировать суть каждой позиции, ее положительные и отрицательные стороны.

2. Выбрать собственную позицию в отношении здоровья.

3. Написать отзыв о занятии.

Игра «Почта».

Цели:

1. Развитие осознанного отношения к здоровью через рефлекссию отношения к здоровью и анализ писем.

2. Стимулирование собственной активности педагогов и развитие интереса к проблеме здоровья через предлагаемые задания.

Проводится в три этапа. На первом этапе педагогам предлагается написать сочинение на тему: «Мое отношение к здоровью ...». На выполнение задания отводится около 30 минут. Затем каждый обрабатывает полученную информацию следующим образом:

1. Каждому сочинению присваивается кодовый номер, состоящий из цифр.

2. Создается список наиболее интересных цитат, отражающих крайние позиции по отношению к здоровью.

На втором этапе каждый педагог получает цитаты с заданием. Задание. «Напишите письмо своему коллеге, размышления которого об отношении к здоровью перед Вами. Письмо может быть произвольной формы, но оно должно отражать Ваше мнение по поводу содержания цитаты». На написание письма отводится 30 минут. Для повышения интереса к выполнению задания каждое письмо может быть вложено в отдельный конверт и запечатано. Вместо фамилии получателя проставляется его кодовый номер. Руководитель занятия фиксирует фамилии авторов каждого письма путем кодирования.

На третьем этапе руководитель выполняет функции почтальона, педагог, сочинение которого процитировано, получает письма от своих коллег и изучает их.

Ролевая игра: «Школьный совет по проблеме отношения к здоровью».

Цели:

1. Развитие осознанного отношения к здоровью в ходе коллективного поиска решения проблемы.

2. Стимулирование собственной активности педагогов и развитие интереса к проблеме здоровья в процессе ролевой игры.

Игра проводится в форме заседания школьного совета в три этапа.

Первый этап. Организационный.

Педагоги делятся на 4 группы: «учителя», «родители», «ученики» и «члены администрации».

Совокупное рассмотрение четырех ролей позволяет учителю увидеть пути решения проблемы здоровья на уровне школы при условии совместных, сонаправленных действий людей, относящихся к разным социальным группам. Распределение по группам может проводиться по желанию или с помощью карточек.

Второй этап. Работа в группе.

Члены каждой группы готовят ответ на вопрос: «Что может сделать данная группа для изменения отношения к здоровью?», а также отмечают роль остальных групп в решении рассматриваемой проблемы. Результаты работы фиксируются в специальных бланках.

Третий этап. Обсуждение результатов работы.

Заслушиваются выступления одного представителя каждой группы, вносятся необходимые дополнения. Представителю группы Администрации предлагается подвести итоги работы школьного совета, кратко обозначив роль каждой группы в решении поставленной проблемы.

При наличии достаточного количества времени может быть дифференцирована группа Администрации: выделен директор, завуч, психолог, социальный педагог. В таком случае подробнее будет определена и роль каждого из них.

Проведение такого совета в школе с реальными представителями каждой группы может стать первым шагом к выработке стратегии действий по решению проблемы сохранения и укрепления здоровья представителями разных групп.

Лекция «Мое отношение к здоровью».

Цели:

1. Формирование категориально-понятийного аппарата по проблеме исследования, знаний и представлений о важности ценностного отношения к здоровью.

2. Развитие интереса к проблеме здоровья через обсуждение результатов диагностики отношения педагогов к здоровью.

Обсуждаемые вопросы:

1. Что такое здоровье?
2. В чем особенность проблемы здоровья?
3. Почему сохранение и укрепление здоровья это психологическая проблема?
4. Каким должно быть отношение к здоровью?
5. Как развивать отношение к здоровью?
6. Какими силами социума это делать?

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

Отношение педагогов к собственному здоровью характеризуется следующими показателями:

Результаты теста Р. Страуба выявили, что «экологическое здоровье» (показатель 28,5) и «духовное здоровье» (показатель 30,4) выражены на высоком уровне.

На умеренном уровне выражены физическое здоровье (24,7), социальное здоровье (26,2). Наименьшее значение получено по шкале психологического здоровья (21,1).

Проведение исследования отношения к здоровью по методике Р. А. Березовской выявило следующие результаты: На когнитивном уровне понимание здоровья включает в себя хорошее самочувствие, отсутствие болезней. На осведомленность педагогов в области здоровья большее влияние оказывает информация от врачей, научно-популярные книги о здоровье и СМИ. На ценностно-мотивационном уровне здоровье занимает второе место среди ценностей педагогов, находится в списке важных сфер. На эмоциональном уровне – когда со здоровьем все благополучно, педагоги чувствуют себя в большей степени спокойными, свободными, при ухудшении здоровья - испытывают сожаление, расстройство и озабоченность. На поведенческом уровне педагоги избегают вредных привычек, следят за своим весом, занимаются физическими упражнениями, соблюдают режим сна и отдыха.

По шкалам методики С. Дерябо и В. Ясвина «Индекс отношения к здоровью» получены следующие результаты: по эмоциональной (4,8), познавательной (5,7) шкалам получены средние значения.

Низкий показатель (2,8) по практической шкале свидетельствует, что педагоги готовы лишь в какой-то мере включаться в практическую деятельность по заботе о своем здоровье, организованную другими. По шкале поступков выявлен показатель выше среднего (7,2), что говорит о

стремлении педагогов повлиять на отношение к здоровью у окружающих его людей и пропаганде ими различных средств оздоровления организма.

Педагоги имеют высокий уровень субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями: интернальный контроль, интернальная личность. Педагоги высоко оценивают интеллектуальные способности, характер и высоко уверены в себе. На среднем уровне педагоги оценили свое здоровье и внешность, педагоги в большей степени недовольны собственным авторитетом среди коллег.

Проведение корреляционного анализа позволило выявить следующие взаимосвязи личностных особенностей педагогов и их отношение к своему здоровью:

- прямая связь уровня субъективного контроля и социального здоровья педагогов, познавательного компонента отношения педагогов к здоровью и интенсивности отношения к здоровью;

- умеренная прямая связь психологического здоровья с самооценкой, с фактором «С»;

- обратная связь с фактором «О»;

- умеренная прямая связь социального здоровья с фактором «А» и обратная с фактором «L»;

- умеренная прямая связь фактора «I» и эмоционального компонента отношения к здоровью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отношение педагога к здоровью - как своему, так и здоровью окружающих - является детерминантой его профессионального здоровья. Следовательно, для улучшения качества педагогической деятельности в области сохранения и укрепления здоровья необходимо формировать у педагогов осознанное, ценностное отношение к собственному здоровью, включающую осознание значимости категории здоровья для всех сфер жизни, устойчивую позитивную мотивацию на его сохранение и укрепление и системные представления о способах саморегуляции физического и психологического состояния.

Проведенное собственное эмпирическое исследование позволяет сделать следующие выводы:

На когнитивном уровне на осведомленность в области здоровья городских педагогов оказывают влияние врачи и научно-популярные источники. Педагоги стремятся активно влиять на отношение к здоровью у окружающих людей, стимулировать их вести здоровый образ жизни.

На эмоциональном уровне - когда со здоровьем все благополучно, испытывают положительные эмоции. Меньше всего они ощущают безразличие, что подчеркивает важность и значимость хорошего самочувствия. При ухудшении здоровья испытывают сожаление, расстройство и озабоченность.

Для педагогов города на первый план выступают семейные ценности. Ценность здоровья занимает второе место в иерархии ценностей педагогов. Для поддержания своего здоровья они следят за своим весом, занимаются физическими упражнениями, избегают вредных привычек и посещают врача с профилактической целью. При недомогании сами принимают меры, исходя из своего прошлого опыта.

Отношение к здоровью в группе педагогов, сформировано на когнитивном уровне за счет широкой осведомленности в области здоровья, активных межличностных коммуникаций и возможности делиться собственным опытом в вопросах поддержания здоровья. Эмоциональный компонент отношения к здоровью является адекватным и амбивалентно окрашенным, в связи с тем, что забота о здоровье не всегда является для педагогов желаемым занятием. Мотивационный компонент отношения к здоровью говорит о стремлении педагогов повлиять на отношение к здоровью у окружающих людей, стимулировать их вести здоровый образ жизни и пропаганде ими различных средств оздоровления организма.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что отношение к здоровью у педагогов осознанно недостаточно.

Педагоги имеют более высокие показатели экологического и духовного здоровья, но психологическое здоровье имеет более низкие показатели, что является очень важным для осуществления профессиональной деятельности педагогов, что может привести к появлению профессионального стресса и эмоциональному выгоранию.

Интенсивность отношения к здоровью свидетельствует о некотором положительном отношении к здоровью и здоровому образу жизни педагогов, однако они находятся в зоне риска, и существует вероятность того, что в случае отсутствия поддержки здоровья и игнорирования здоровый образ жизни, рано или поздно приведет к заболеваниям.

В контексте исследования были проанализированы взаимосвязи между показателями отношения к здоровью и личностными особенностями педагогов:

1. Педагоги с высоким уровнем субъективного контроля имеют высокие показатели социального здоровья, в большей степени высокосформированное, «хорошее» отношение к здоровью и здоровому образу жизни. Педагоги проявляют большой интерес к проблеме здоровья,

сам активно ищет соответствующую информацию в СМИ, любят общаться с другими людьми на данную тему и т.д.

2. Педагоги имеющие высокую самооценку, эмоциональную устойчивость и выдержанность, низкую тревожность, жизнерадостные, уверенные в себе и в своих силах имеют более высокие показатели психологического здоровья.

3. Общительные, непринужденные и открытые в общении педагоги, терпимые и уступчивые в общении, готовые к сотрудничеству и совместной работе, оказывающие внимание к людям, готовность к совместной работе имеют высокие показатели социального здоровья. В свою очередь, низкие показатели социального здоровья имеют скрытые, необщительные педагоги, проявляющие в общении отчужденность и недоверчивость, замкнутость, настороженные по отношению к людям.

4. Педагоги, характеризующиеся чувствительностью, проживающие богатство эмоциональных переживаний, с развитыми эстетическими интересами в большей степени заботятся о своем здоровье не только потому, что это «необходимо», не под давлением обстоятельств, а ради удовольствия, способны наслаждаться своим здоровьем и получать эстетическое удовольствие от здорового организма. Педагоги чутко реагируют на поступающие от него сигналы. Наоборот, у самоуверенных, рассудочных и практических педагоги отношение к здоровью носит рассудочный характер, мало затрагивает его эмоциональную сферу, забота о здоровье для него - просто необходимость, но никак не радостное и увлекательное занятие, что он глух к витальным проявлениям своего организма, не видит эстетического аспекта здоровья.

Были разработаны методические рекомендации, включающие в себя комплекс занятий, направленный на развитие ценности здоровья и ответственного отношения к здоровью педагогов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. Казань: Изд-во Казанского ун-та, 2011. 264 с.
2. Авдеева Н.Н., Н.Н. Авдеева, И.И. Ашмарин, Г.Б. Степанова Здоровье как ценность и предмет научного знания // Журнал мир психологии. 2000. № 1. С.68-75.
3. Адлер А. Постижение человеческой природы. М.: АСТ, 2005. 289 с.
4. Александров Ю.И. Введение в системную психофизиологию // Журнал психология XXI века. 2003. №3. С. 39-85.
5. Раздумья о здоровье: Хрестоматия / Сост. Н.М. Амосов. Минск, 2001. 224 с.
6. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья: учеб. пособие. СПб.: Балтийская Педагогическая академия, 2008. 148 с.
7. Баранов А.А. Психология стрессоустойчивости педагога: теоретические и прикладные аспекты: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2002. 48 с.
8. Бароненко В.А. Концептуальный подход к проблеме культуры здоровья // Журнал валеология. 2002. №3. С. 74-77.
9. Батенкова В.И. Состояние здоровья учителей в современных условиях / В.И. Батенкова, Е.В. Субботина // Потребность и мотивация интереса населения к занятиям физической культурой и спортом, формированию здорового образа жизни: материалы всероссийской научно-практической конференции, Набережные Челны, 7-8 окт. 2004. Казань: РЦИМ, 2004. Т. 1. С. 99-100.
10. Бездухов В.П., Бездухов А.В. Ценностный подход к формированию педагогической направленности студента - будущего учителя. Самара: СамГПУ, 2000. 185 с.

11. Березовская Р.А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета Серия 12, Психология. Социология. Педагогика. Вып. 1. 2011. С. 221-226.
12. Березовская Р.А. Отношение менеджеров к своему здоровью как фактору профессиональной деятельности: дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2001. 240 с.
13. Блюм В.В. Структура внутренней картины здоровья. СПб.: СПбГУ, 2006. 96 с.
14. Валеология человека: Здоровье – любовь - красота. В 5 томах / Валеологический семинар академика В.П. Петленко. СПб.: Петроградский и К, 1996. Т. 1. 281 с.
15. Валеология: Сб. науч. тр. / Дальневосточное отделение РАН, Тихоокеанский океанол. ин-т. отв. ред. И.И. Брехман. Вып. 1. СПб.: Наука, 1993. 267 с.
16. Вальцев В.В., Балыкин М.В., Бондарь С.Б., Писанец А.Г. Просветительская работа среди педагогов как неотъемлемый элемент системы валеологического образования // Материалы 2-ой Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы валеологии в образовании». Липецк: Липецкий госпедуниверситет, 1999. С. 38-39.
17. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М.: Академия, 2001. 462 с.
18. Васильева, О.С., В.Р. Филатов Психология здоровья человека. М.: Наука, 2001. 319 с.
19. Володина Т.В. Жизнестойкость личности как фактор сохранения здоровья педагога // Журнал интеграция образования. Саранск. 2010. № 2. С. 95 - 99.

20. Волынская Е.В. Валеологическая подготовка учителя // Материалы 2-й межрегион. научно-практ. конф. «Здоровье ребенка и пути его формирования и защиты». Липецк: ЛГПУ, 2000. С. 30 - 32.

21. Габдреева Г.Ш. Значение эмоционального интеллекта в саморегуляции состояния при психическом выгорании // В.М. Бехтерев и современная психология: сборник материалов всероссийской научно-практической конференции; отв. ред. проф. Л.М. Попов. Казань: Центр инновационных технологий, 2005. Т. 1. С. 165 - 171.

22. Ганзен В.А., Юрченко В.Н. Системный подход к анализу, описанию и экспериментальному исследованию психологических состояний человека // Психологические состояния: сетевой журн. 2014. №7. URL: <http://pandia.ru/text/78/593/72678-10.php> (дата обращения 05.03.2015).

23. Гаркуша Н.С. Сравнительный анализ ценностного отношения к здоровью российских и североевропейских педагогов // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. Серия «Педагогика и психология». 2012. № 7. С. 30 - 37.

24. Голубев А.И., Калина И.Г. Исследование уровня образованности педагога дополнительного образования в вопросах здоровья, отношения к физической культуре и ее места в их повседневной жизни // Потребность и мотивация интереса населения к занятиям физической культурой и спортом, формированию здорового образа жизни: материалы всероссийской научно-практической конференции. Набережные Челны, 7-8 окт. 2004. Казань: РЦИМ, 2004. Т. 2. С. 120 - 121.

25. Гревцова Е.А., Буробина Л.Н., Николаева А.Д. Формирование здорового образа жизни учителя // IX Всероссийская научно-практическая конференция «Образование в России: медико-психологический аспект»: материалы конференции. Калуга: КГПУ им. К.Э. Циолковского, 2004. С. 113 - 115.

26. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья: дис... д-ра психол. наук. СПб, 1997. 392 с.
27. Гуреева Л.П., Великанова Л.П. Психологические аспекты дезадаптации у педагогов общеобразовательных школ // В.М. Бехтерев и современная психология: сборник материалов всероссийской научно-практической конференции; отв. ред. проф. Л.М. Попов. Казань: Центр инновационных технологий, 2005. Т. 2. С. 372 - 376.
28. Данилова Г.И. О возрастной динамике состояния здоровья педагогов // Журнал валеология. 2002. №1. С. 42-46.
29. Дерябо С., Ясвин В. Отношение к здоровью и к здоровому образу жизни: методика измерения // Журнал директор школы. 1999. № 2. С.7-17.
30. Дубровский В.И. Здоровый образ жизни. М.: Petra, 1990. 56 с.
31. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. 216 с.
32. Зайцев Г.К., Зайцев А.Г. Твое здоровье: регуляция психики. СПб.: Детство - Пресс, 2000. 96 с.
33. Зеленова И.В. Феноменологические особенности состояния «эмоционального выгорания» педагогов // Психология психических состояний: сборник статей под ред. проф. А.О.Прохорова. Казань: Центр инновационных технологий, 2004. Вып. 5. С. 204 - 216.
34. Иванова Е.М. Основы психологического изучения профессиональной деятельности. М.: Изд-во Моск. ун-та. 1997. 178 с.
35. Иванюшкин А.Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека // Вестник АМН СССР. 1982. Т.45. №1. С.49-58.
36. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. СПб.: Астраль – СПб. 2013. 76 с.
37. Кабаева В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2002. 37 с.

38. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья - термин или концепция? // Психологические состояния: сетевой журн. 2015. №4. URL: <http://www.medpsy.ru/meds/meds240.php> (дата обращения 15.10.2016).
39. Какорина Е.П. Здоровье - основная жизненная ценность // Журнал мир психологии. 2000. № 1. С. 75-82.
40. Каримова А.Р. Взаимосвязь коммуникативных качеств личности с эмоциональным выгоранием // Психология психических состояний: сборник статей; под ред. проф. А.О.Прохорова. Казань: Центр инновационных технологий, 2004. Вып. 5. С. 499 - 511.
41. Козина Г.Ю. Концептуальная модель воздействия социальных факторов на формирование здоровья человека // X Социологические чтения преподавателей, аспирантов и студентов: межвузовский сб. науч. тр. Пенза. 2008. 176 с.
42. Корнилова Д.С., Асриян О.Б., Черемискина И.И. Отношение к здоровью у учителей Приморского края // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 1. С. 146-150.
43. Лазарев М.Л. Воздействие психологических факторов на физическое здоровье детей: дис. ... канд. психол. наук. М., 1997. 170 с.
44. Леван Т.Н. Отношение педагогов к собственному здоровью как фактор эффективности реализации ими здоровьесозидающей функции Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2015. № 3. [Электронный ресурс]: <http://ruaest.ru/EFD/LVL3/87078>
45. Левитан К.М. Личность педагога: становление и развитие. Саратов: Изд-во Саратовского ун-та. 2011. 163 с.
46. Левченко Е.В. История и теория психологии отношений. СПб.: Наука. 2003. 312 с.
47. Лисицин Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. М.: Знание. 2002. 40 с.

48. Маджуга А.Г., Мамадияров М.Д., Ткаченко С.В. Формирование валеологической культуры в контексте совместно-диалогической здравотворческой деятельности субъектов образовательного процесса // Журнал валеология. 2003. №12. С. 58-61.
49. Малярчук Н.Н. Культура здоровья педагога: монография. Тюмень: изд-во Тюменского гос. уни-та. 2008. 120 с.
50. Маркова А.К. Психология труда учителя. М.: Просвещение, 1993. 190 с.
51. Мартынова Н.М. Критический анализ методологии изучения и оценки отношения к здоровью человека // Психологический журнал. 2011. №2. С. 74-82.
52. Масловская С.В., Фомина М.В. Здоровье как фактор развития профессиональной компетентности педагога // Вестник ОГУ. 2009. № 1. С. 81-87.
53. Мельник Ю.И. Психология здоровья // Журнал прикладной психологии. 2000. №3. С. 11-14.
54. Митина Л.М. Профессиональная деятельность и здоровье педагога: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М.: Академия, 2005. 368 с.
55. Митина Л.М. Психология профессионального здоровья учителя. М.: Просвещение. 1998. 217 с.
56. Мурзабеков Г.И. Психологические механизмы отношения государственных служащих к здоровью: дис. ... канд. психол. наук. М., 1998. 102 с.
57. Мясищев В.Н. Психологические отношения: избранные психологические труды. М.: Изд-во института практич. психологии; Воронеж: НПО Модэк, 2005. 356 с.

58. Нежкина Н.Н., Смирнова Н.В., Майорова М.К. Охраняем здоровье учителя и ученика // Журнал народное образование. 2008. № 9. С. 209 - 215.
59. Никифоров Г.С. Психология здоровья: учеб. пособие. СПб.: Речь, 2002. 256 с.
60. Орел В.Е. Структурная организация синдрома «психического выгорания» // Психология психических состояний: сборник статей; под ред. проф. А.О. Прохорова. Казань: Центр инновационных технологий. 2004. Вып. 5. С. 484 - 498.
61. Прохоров А.О. Саморегуляция психических состояний в учебной и педагогической деятельности // Журнал вопросы психологии. 1991. №5. С. 156-161.
62. Рубинштейн М.М., Сластенин В.А. Проблема учителя. М.: Academia. 2004. 176 с.
63. Сревцова Е.А. Медицинские и социально-педагогические аспекты труда учителя общеобразовательной школы // Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции «Образование в России: медико-психологический аспект». Калуга: КГПУ им. К.Э. Циолковского, 2002. С. 58-60.
64. Стрельцова В.П. Концепция «психологии отношений личности» В. Н. Мясищева и ее методологическая, научно-теоретическая и практико-психологическая значимость: дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2002. 145 с.
65. Сущенко Т.В. Здоровье как жизненная ценность руководителя образовательного учреждения: дис. ... канд. пед. наук. М., 2002. 142 с.
66. Сыманюк Э.Э. Профессионально обусловленные деструкции педагогов // Журнал мир психологии. 2004. № 3. С. 202-207.

67. Улыбина Е.В. Проблемы агрессии учителя-профессионала // Журнал становление личности учителя-профессионала: проблемы и перспективы. Ставрополь. 1993. №7. С. 75-76.
68. Формирование здоровья детей и подростков в системе непрерывного образования: коллективная научная монография / под ред. Т.Н. Леван. Новосибирск: СибАК. 2013. 365 с.
69. Холомогорова А.Б. Культура, эмоции и психическое здоровье // Журнал вопросы психологии. 1999. № 2. С. 61-74.
70. Хруцкий К.С. Аксиологический подход в современной валеологии: дис. ... канд. филос. наук. Великий Новгород. 2000. 170 с.
71. Чайников С.А. Формирование ценностного отношения к здоровому образу жизни педагогов высшей школы в условиях Кольского Севера: дис. ... канд. пед. наук. Мурманск. 2004. 160 с.
72. Ченцова С.Н., Антонова А.А., Сердюков В.Г. Актуальные вопросы изучения и оценки здоровья учителей общеобразовательных школ // Астраханский медицинский журнал. 2013. Т. 8. № 1. С. 302 - 306.
73. Шадриков В. Психология деятельности человека. М.: Институт психологии РАН, 2013. 464 с.
74. Щербакова Т.Н. Профессиональные установки педагога и здоровье личности // Журнал валеология. 1998. №2. С. 12-13.
75. Яковлева Н.В. Анализ подходов к изучению здоровья в психологии // Психология и практика: Ежегодник Российского психологического общества. Ярославль. 1998. Т.4. Вып. 2. С. 364-366.
76. Ясвин В.А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию. М.: Просвещение, 2003. 364 с.

Приложение А

Таблица 2

Показатели по шкалам опросника Р.Б. Кеттелла педагогов

Фактор	Интерпретация фактора	Среднегрупповой балл
А	открытость - замкнутость	9,0
В	развитое мышление - ограниченное мышление	5,2
С	эмоциональная стабильность - эмоциональная неустойчивость	6,2
Е	независимость - податливость	6,4
F	беспечность - озабоченность	8,2
G	сознательность - беспринципность	9,3
Н	смелость - застенчивость	9,6
I	чувственность - твердость	9,4
L	подозрительность - доверчивость	9,4
M	богемность - практичность	6,6
N	утонченность - простота	9,4
О	склонность к чувству вины - спокойная самоуверенность	8,7
Q1	радикализм - консерватизм	7,8
Q2	самостоятельность - зависимость от группы	3,8
Q3	самоконтроль, сильная воля - недостаток самоконтроля, индифферентность	9,6
Q4	внутренняя напряженность - флегматичность, релаксация, вялость, лень	5,9