

В. М. ЧИМАРОВ, Н. Н. МАЛЯРЧУК

**РОЛЬ ПЕДАГОГА В ФОРМИРОВАНИИ
И РАЗВИТИИ ЗДОРОВОЙ ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ
СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА
(на материале Тюменского региона)**

В основе формирования социально активной личности, способной адекватно адаптироваться к новым условиям, находится здоровье человека, его психическое и физическое состояние. Имеется в виду не просто формирование личности, но формирование **здоровой** личности — духовно развитой, психически, интеллектуально

полноценной, обладающей адекватным для нового времени потенциалом физического здоровья.

В образовательных учреждениях реализуются следующие направления сохранения и развития здоровья подрастающего поколения: гигиено-профилактическое, физкультурно-оздоровительное, лечебно-реабилитационное, эколого-сохраняющее, обеспечения безопасности жизнедеятельности и учебно-воспитательное. Используются различные методы и приемы обеспечения здоровья обучающихся — *организационно-педагогические*, регламентирующие структуру учебного процесса, направленную на профилактику дезадаптационных состояний (переутомления, гиподинамии и др.); *психолого-педагогические*, связанные непосредственно с деятельностью педагога на уроке, а также с психолого-педагогическим сопровождением всех компонентов образовательного процесса; *информационно-обучающие*, содержащие программы обучения здоровью, мотивации к ведению здорового образа жизни¹.

Отметим, что педагогу при использовании информационно-обучающих методов приходится выполнять функции учителя здоровья, для чего ему необходимо владеть определенными компетенциями в педагогике, психологии, валеологии и медицине. Самая большая проблема связана со способами воспитания культуры здоровья, поскольку ценности человека — это то, что труднее всего поддается простой трансляции, передаче от их носителей-воспитателей воспитанникам. Педагог может лишь создать условия для того, чтобы ввести обучающегося в культуру, помочь ему определиться в ней. Это не означает, что он должен быть бесстрастным посредником; напротив, его ценности и смыслы должны быть вовлечены в диалог. Он не может их навязывать воспитанникам, но

¹ См.: Малярчук Н. Н. Культура здоровья педагога (личностный и профессиональный аспекты): дисс. ... докт. пед. наук. Тюмень, 2009. 355 с.; Резер Т. М. Системный подход в организации здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях // Образование и наука. 2002. № 1. С. 48-60; Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы. М.: АРКТИ, 2003. 272 с.

в состоянии создать то эмоционально-интеллектуальное поле напряжения, в котором происходят осознанное и самостоятельное смыслообразование, проживание и обретение ценностей индивидуального здоровья.

Сотрудникам педагогических коллективов приходится учитывать и то, что дети приходят в школу с сформированными в семье ценностными ориентациями, определяющими их отношение к здоровью. Вследствие расслоения общества современные семьи весьма разнообразны, соответственно, у представителей различных слоев различные приоритеты в отношении здоровья, но в большинстве своем родители не следуют принципам здорового образа жизни. Поэтому педагогам приходится воздействовать на глубинные слои мировоззрения и самосознания обучающихся, а для этого необходимо опираться на гуманитарные механизмы образования, представленные ключевыми категориями герменевтики «осмысление» и «понимание».

Социокультурным контекстом современного образования является информационное глобальное пространство знаний и информации, которое непрерывно меняется, но учителя оказались не готовы к тому, что система образования получила новых и зачастую эффективных конкурентов влияния на воспитание и трансформацию личности в лице массовой культуры, медиатехнологий и социальных сетей. Благодаря телевидению и Интернет, расширились границы действительности, которую может познать человек, вследствие этого появились изменения в его восприятии образа жизни. Фундаментальные ценностные ориентации подрастающего поколения, определяющие сферу и уровень притязаний, жизненные устремления, планы и способы их достижения, ориентированы на зарубежные (проамериканские) образцы. Это представляет определенную опасность для формирования национального самосознания подрастающего поколения.

Мы считаем, что в течение длительного времени значение национального элемента в сохранении индивидуального здоровья в России недооценивалось. Это не только традиционное питание,

особенности закаливания, виды единоборств, дизайн одежды, основы духовного здоровья, но и бережное отношение к природному и социальному окружающему миру, отображенное в сказках, былинах, сказах, баснях, поговорках, пословицах, байках, прибаутках, потешках, частушках. Игнорирование богатого здоровьесберегающего наследия национальных культур народов России привело к стремительному распространению всевозможных «заморских» технологий сохранения здоровья, мало адаптированных к российским условиям (американские диеты для нормализации веса, китайские, японские, индийские системы оздоровления и др.). В настоящее время в условиях гуманизации общества при реализации приоритета общечеловеческих ценностей на плечи педагогов ложится ответственность за восстановление прерванных российских культурных традиций в области созидания здоровья школьников, поскольку выраженные в любой национальной культуре общечеловеческие традиции и нормы ребенок усваивает в национально-самобытной форме.

Пилотажное исследование, в котором были задействованы 865 педагогов городских и сельских школ Тюменской области, Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов, и наш многолетний опыт работы с педагогическими коллективами различных образовательных учреждений (вузов, школ, гимназий, учреждений дополнительного образования, детских садов и др.) свидетельствуют о том, что ведущую роль в затруднении осуществления педагогами деятельности по формированию у воспитанников поведения, ориентированного на здоровый образ жизни, играют не столько вышеперечисленные внешние факторы, сколько внутреннее. Это — *личностные особенности педагогов*: размытые смысло-жизненные ориентиры и неопределенные мотивы педагогической деятельности, искажающие Я-концепцию педагога, его представления о самом себе как человеке и профессионале, способствующие недооценке собственного здоровья и здоровья учащихся; неразвитость коммуникативных навыков, проявляющаяся в эмоциональной ригидности, неэффективном типе поведения в стрессовых ситуациях; экстернальный локус контроля, непринятие на себя

ответственности за жизненные и профессиональные успехи и неудачи, свидетельствующие о недоразвитости волевых качеств; незнание методов психической саморегуляции, неумение переключаться в зависимости от ситуации; отсутствие навыков организации эффективного отдыха после работы, низкие адаптивные возможности учителя к трудностям школьной жизни, его неготовность, неспособность к их преодолению; недостаток или отсутствие любви и уважения к детям, интереса к ним; непонимание их психологии, возрастных и индивидуальных особенностей; неразвитые способности критически оценивать свой опыт, закрытость новому опыту, отсутствие стремления к достижениям в своей работе и высокий уровень притязаний, формирующие завышенную или заниженную личностную и профессиональную самооценку, несформированность навыков самоорганизации, упорядочения и эффективного использования рабочего времени, приводящие к появлению жалоб на отсутствие свободного времени, в том числе и для осуществления деятельности по сохранению и развитию здоровья детей.

Недостаточная осознанность учительством ценности собственного здоровья и здоровья учащихся, неудовлетворительный уровень владения способами и методами здоровьесбережения в индивидуальной жизнедеятельности и в образовательном процессе свидетельствуют о дефиците культуры здоровья педагогов.

Культуру здоровья педагога мы рассматриваем в качестве непрерывно трансформирующейся системы знаний, ценностно-смысловых установок, эмоционально-волевого опыта педагога и его готовности к практической деятельности, направленной на самопознание, развитие, совершенствование своего здоровья и обеспечение здоровья обучающихся, формирование у них здоровьесориентированного поведения.

Синтез личностной и профессиональной составляющих культуры здоровья педагога реализуется посредством здоровьесозидающей деятельности (ЗСД), заключающейся в совершенствовании педагогом собственного здоровья в качестве условия эффективной самореализации в сфере педагогического труда и использовании

им принципов и способов, позволяющих сохранять и развивать индивидуальное здоровье обучающихся.

Российские педагоги пребывают в состоянии хронического профессионального стресса, связанного с различными факторами: а) необходимостью постоянного пересмотра жизненных ориентиров в условиях изменяющейся политической и экономической ситуации в стране; б) низким социальным статусом; в) высокой (часовой) и эмоциональной перегрузкой; е) методической сверхнапряженностью педагогической деятельности; д) неудовлетворением базовых потребностей педагогов в полноценном питании, отдыхе, оптимальных жилищно-бытовых условиях и др. Преобразование учебно-воспитательного процесса в направлении обеспечения и созидания здоровья обучающихся влечет за собой дополнительные требования к педагогу как профессионалу и человеку. В совокупности факторы профессионального стресса, отражающие дисбаланс между предельной загруженностью педагогов и возросшими нагрузками, приводят к истощению внутренних ресурсов и обострению хронических психосоматических заболеваний у 70-90% педагогов¹.

Именно этот дефицит личностных и профессиональных ресурсов предопределил основное направление нашего исследования — создание определенных психолого-педагогических условий для активизации внутреннего потенциала педагогов.

Нами предложена *концепция развития культуры здоровья педагогов*, основа которой зиждется на следующих положениях: 1) педагогической деятельности, в силу ее гуманистической направленности, органически присуще здоровьесберегающее и здоровьесозидающее начало; 2) в качестве субъекта профессиональной

¹ См.: Ахмерова С. Г. Здоровье педагогов: профессиональные факторы риска // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001. № 4. С. 28-30; Малярчук Н. Н. Здоровьесозидающая деятельность педагогов // Педагогика. 2009. № 1. С. 55-59; Митина Л. М., Митин Г. В., Анисимова О. А. Профессиональная деятельность и здоровье педагога: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / под общ. ред. Л. М. Митиной. М.: Академия, 2005. 368 с.

деятельности педагог обязан осознавать и нести ответственность за свое здоровье и здоровье обучающихся, демонстрировать образцы и нормы поведения, соответствующие здоровому образу жизни, давать воспитанникам конкретные рекомендации по сбережению индивидуального здоровья; 3) в условиях целенаправленно создаваемой здоровьесозидающей воспитательной системы осуществление деятельности по сохранению и развитию здоровья обучающихся требует дополнительного ресурсного обеспечения, прежде всего, активизации внутреннего (духовного, душевного, телесного) потенциала педагогов.

В качестве *духовного* потенциала мы рассматриваем осознание педагогом своей здоровьесозидающей миссии как представителя социально значимой сферы труда и гуманистически направленной профессии. *Душевные* резервы отражают когнитивные, эмоциональные, волевые, психомоторные и другие возможности педагога по преодолению стрессовой ситуации. *Телесные* ресурсы обусловлены уровнем соматического, физического и репродуктивного здоровья и функциональных резервов организма педагога.

С позиций личностного и профессионального аспектов культуры здоровья мы предлагаем вместе с личностными рассматривать и профессиональные ресурсы педагога — уровень знаний, навыков, умений, опыта, необходимый для решения задач по обеспечению здоровья обучающихся. Они, наряду с акмеологической (А. К. Маркова, Н. М. Полетаева), аутопсихологической (Н. В. Кузьмина, Г. И. Метельский) компетентностью, включают и валеокомпетентность в качестве составляющей профессиональной (Э. Ф. Зеер, Н. В. Кузьмина, А. К. Маркова, Е. И. Рогов, А. И. Щербаков и др.) компетентности.

Определенную роль в эффективном созидании здоровья обучающихся играют социальные ресурсы — уровень социальной поддержки ЗСД педагогов. Социальная поддержка, обеспечивая общее психологическое благополучие педагога, рассматривается в качестве институциональной, предоставляемой государственными структурами; корпоративной, связанной с профессионально-трудовой структурой (административная, профсоюзная поддерж-

ка), и межличностной, исходящей от отдельных людей — семьи, друзей, коллег, знакомых¹.

Сохранение здоровья педагогов определенным образом зависит от материальных ресурсов, отражающих финансовые, жилищные и другие виды его обеспечения, в том числе — достаточного уровня материального дохода и материальных условий (позволяющих восстанавливать первичные физиологические потребности), безопасности жизни, стабильности оплаты труда, оптимальных гигиенических факторов труда и жизнедеятельности.

Идея актуализации и активизации личностного и профессионального потенциала учителя положена в основу модели становления и развития культуры здоровья педагогов общеобразовательной школы (рис. 1). *Цель* — выявление, обогащение и реализация внутреннего потенциала педагогов при выполнении ими ЗСД, *задачи* — становление педагога как личности, обладающей системой ценностно-смыслового, когнитивного, эмоционально-волевого, творчески-деятельностного отношения к здоровью, а также и как профессионального субъекта, имеющего развитые личностно-профессиональные качества: аксиологичность, ответственность и креативность.

Мы выделяем следующие принципы ЗСД педагогов:

- *аксиологический* принцип предопределяет рассмотрение здоровья личности в качестве высшей человеческой ценности вне зависимости от возраста индивида, места проживания и положения в обществе;
- *гуманистический* принцип предполагает переоценку всех компонентов учебно-воспитательного процесса, признавая ценностью не только обучающегося как личности, его права на свободу, счастье, здоровье, но и педагога, состояния его телесного, душевного и духовного здоровья;

¹ См.: Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Ч. 2: Процессы и ресурсы преодоления стресса // Психологический журнал. 2006. Т. 27. № 2. С. 113-123.

Цель: выявление, обогащение и реализация внутреннего потенциала педагогов			
Методологические подходы			
Аксиологический	Деятельностный		Акмеологический
Задачи: становление педагога как			
личности, обладающей системой ценностно-смыслового, когнитивного, эмоционально-волевого, творчески-деятельностного отношения к здоровью		субъекта профессиональной деятельности, имеющего развитые личностно-профессиональные качества – аксиологичность, ответственность и креативность	
Процедура развития культуры здоровья			
Принципы			
Аксиологический, гуманистический, культурологический, холистичности, социальной значимости, субъектности		Приоритет самообразования, совместная деятельность, опора на жизненный опыт, актуализация результатов обучения, диалогичность, рефлексивность	
Факторы			
социокультурные	правовые	профессиональные	личностные
Содержательные педагогические условия			
Осознание педагогом собственного здоровья как профессионального ресурса, принятие здоровья воспитанников в качестве педагогической ценности	Знание педагогом здоровьесберегающих технологий, путей формирования здоровьесориентированного поведения школьников	Личная ответственность, осознанная направленность деятельности педагога в вопросах здоровьесозидания и удовлетворенность её результатами	Организация и реализация здоровьесозидающей деятельности в личной жизни и в образовательном процессе
Организационно-педагогические и психолого-педагогические условия			
Этапы развития культуры здоровья педагогов	Актуализация внутренних ресурсов педагогов	Подходы, методы, средства	Организационные формы
I этап	Осознание педагогом себя в качестве человека культуры, профессиональная миссия которого – созидание здоровья воспитанников	Эмоционально-ценностная рефлексия Герменевтическая интерпретация	Специализированные педсоветы
	Создание позитивного образа собственного «Я» в профессиональном сознании, достижение психоэмоционального благополучия	Психологические методики	Обучающие семинары
II этап	Приобщение педагогов к опыту ЗСД	Герменевтический метод	Семинары-диалоги
III этап	Оформление ценно-относительного отношения педагогов к деятельности по сбережению и развитию здоровья воспитанников		Семинары-тренинги
IV этап	Овладение педагогами технологиями здоровьесозидания: освоение здоровьесберегающих технологий, создание собственных проектов ЗСД	Метод демонстрации	Индивидуальные беседы
		Методы проектирования, моделирования, рефлексии	Клиническое интервьюирование
			Лекции
			Мастер-классы
			Круглые столы
			Открытые уроки
			Конференции
			Индивидуальные консультации
			Методологические семинары
			Реабилитационные мероприятия
Результат			
Позитивные изменения в психосоматическом состоянии педагогов	Валеокомпетентность	Результативность здоровьесозидающей деятельности	

Рис. 1. Модель становления и развития культуры здоровья педагогов

- *культурологический* принцип реализует признание педагога как носителя культурных норм, лучших традиций человечества, в том числе в вопросах культуры здоровья как основы оптимального психофизического состояния воспитанников;

- *принцип холистичности* позволяет потенциал развития здоровьесозидающей деятельности педагогов рассматривать с позиций целостного подхода, основанного на представлении об оптимальном соотношении духовной, душевной и телесной составляющих природы человека, образующих внутреннее единство;

- *принцип социальной значимости* позволяет считать, что получаемый педагогом индивидуальный опыт созидания собственного здоровья приобретает общественную значимость, поскольку педагог как носитель культуры здоровья способен распространять идеи, образцы и нормы здоровьесбережения, формировать здоровьесориентированное поведение в социуме;

- *принцип субъектности* позволяет рассматривать педагога как субъекта здоровьесозидающей деятельности, обладающего аксиологичностью, ответственностью, креативностью.

В эксперименте принимали участие педагоги и обучающиеся семи школ (3 городских, 4 сельских) юга Тюменской области и Ханты-Мансийского автономного округа. *Контрольную* группу составили участники образовательного процесса двух городских (МОУ № 22 и № 23 г. Тюмени) и двух сельских школ (на Севере — МОУ СОШ п. Юганская-Обь Ханты-Мансийского автономного округа и МОУ СОШ с. Слобода-Бешкиль юга Тюменской области). Психосоматическое самочувствие педагогов изучалось при помощи стандартизированных методик: «Исследование эмоционального выгорания» (В. В. Бойко), «Тест смысложизненных ориентаций» (Д. А. Леонтьев), «Самооценка личности» (О. И. Мотков). Педагогическая валеограмотность, аксиологичность, интернальность, креативность, владение методологическим инструментарием исследовались при помощи экспертной оценки, методики исследования ценностей (М. Рокич), опросника уровня субъективного контроля (Дж. Роттер). По результатам констатирующего эксперимента не

было выявлено различий изучаемых показателей в контрольной и экспериментальной группах: у педагогов зарегистрированы многочисленные признаки эмоционального выгорания, низкий уровень самооценки, интернальности и валеокомпетентности.

Нами была разработана и реализована в экспериментальных школах (школ пос. Горноправдинска, № 57 г. Тюмени, пос. Коммунар), работающих в разных социокультурных и природных условиях (Север, областной центр, село) программа «Профессиональное здоровье учителя», в рамках которой происходило развитие культуры здоровья педагогов. Эта процедура представляет собой непрерывное валеолого-психолого-педагогическое образование, включающее актуализацию и активизацию внутренних ресурсов педагогов: а) формирование ценностного отношения педагогов к деятельности по сохранению и развитию как собственного здоровья, так и здоровья воспитанников через осмысление филогенетического опыта человечества и национальных традиций России в вопросах здоровьеобеспечения; б) осознание педагогами своей здоровьесозидающей миссии посредством механизма эмоционально-ценностной рефлексии и герменевтической интерпретации при обращении к идеалам и ценностям учительской профессии, присутствующим в профессиональном сознании педагогов; в) созидаания в сознании педагогов позитивного образа собственного «Я» и достижения ими психоэмоционального благополучия с использованием методов и приемов психотехнологий; г) освоения ими методов и приемов сохранения и развития и собственного здоровья и здоровья обучающихся.

В программе «Профессиональное здоровье учителя» предусматривалось функционирование диагностического, организационного, рекреационно-оздоровительного, информационно-познавательного и социально-психологического модулей.

Диагностический модуль включал исследование представлений педагогов о смыслах жизни и профессиональной деятельности, ценности здоровья и здорового образа жизни, а также изучение психосоматического здоровья педагогов и использования ими

внутренних ресурсов для осуществления деятельности по сохранению и созиданию как собственного здоровья, так и здоровья обучающихся.

В задачи организационного модуля входили планирование, организация и осуществление поддержки всей деятельности педагогов по сохранению и созиданию здоровья воспитанников через создание здоровьесозидающей воспитательной системы посредством «взращивания» валеологически компетентного педагогического коллектива, материального, кадрового, научно-методического и финансового обеспечения ЗСД педагогов.

Рекреационно-оздоровительный модуль программы объединял психопрофилактические, психогигиенические и психотерапевтические мероприятия по снятию эмоционального напряжения педагогов, совершенствованию их коммуникативной компетентности посредством социально-психологических тренингов и других форм групповой и индивидуальной работы — клинического интервьюирования, бесед с применением приемов позитивной, когнитивной психотерапии, креативной визуализации. В связи с высокой распространенностью психосоматических заболеваний среди членов педагогического коллектива было проведено углубленное медицинское обследование педагогов на базе поликлиник, разработаны и осуществлены реабилитационные мероприятия с привлечением фармакотерапии, гомеопатии, комплекса ЛФК, приемов дыхательной гимнастики, рефлексотерапии, массажа.

В рамках информационно-познавательного модуля, формируя у педагогов ценностное отношение к собственному здоровью, мы делали акцент на когнитивных и мотивационно-побудительных аспектах структуры личности. Работа по мотивации ЗСД включала: информирование о проблемах в состоянии здоровья обучающихся, убеждение педагогов в значимости реализации ЗСД в практике обучения и воспитания школьников, раскрытие роли их собственного примера в организации здорового образа жизни как образца для воспитанников, вооружение учителей знаниями и способами ЗСД. Формирование мотивации быть «учителем здоровья» осуществлялось в рамках всех школьных предметов через освоение

и использование педагогами защитно-профилактических, компенсаторно-нейтрализующих, стимулирующих и информационно-обучающих методов и приемов, которые вводились с учетом возраста детей: если в начальной школе ведущими являлись традиционный урок и игровые технологии, то в среднем звене шире использовались диалоговые (беседы, индивидуальные консультации), а в старших классах — вузовские технологии обучения (лекция, семинар, участие в исследовательской деятельности и конференциях по проблемам здоровья).

Самопознание, самообучение, саморегуляция, самореализация, самооценка и самосовершенствование педагогами ЗСД осуществлялись в русле технологической модели поэтапного «роста» педагога¹. На специализированных педагогических советах, лекциях, обучающих семинарах, в работе круглых столов, педагогических мастерских, в индивидуальных беседах рассматривались вопросы соотношения целей и средств ЗСД, способов и путей реализации теоретических знаний на практике, проводилось обучение педагогов проектированию, целеполаганию, планированию собственной деятельности по созиданию здоровья обучающихся, осуществлялось совместное обсуждение результатов ЗСД.

Социально-психологический модуль включал деятельность школьной администрации по рациональному распределению обязанностей и ответственности между коллегами; созданию благоприятного психологического климата в коллективе, установки на сотрудничество, своевременное и конструктивное разрешение конфликтов; обеспечению возможности профессионального роста, повышения квалификации, обмена опытом, общения с коллегами из других школ и регионов; обучению педагогов навыкам рационального планирования и использования рабочего времени; активному привлечению к делам школы родителей воспитанников с целью освобождения учителей от лишних функций и обязанностей; регулярному материальному и моральному поощрению педагогов.

¹ Полетаева Н. М. Мотивация здорового образа жизни в образовании педагога: монография. СПб.: РГПУ им. А. И. Герцена, 2004. 98 с.

В экспериментальной группе образовательных учреждений выявлены особенности: а) организации ЗСД, связанные со степенью готовности педагогов к ее осуществлению, особенностями воспитательной системы школы до эксперимента; б) потенциальных возможностей использования педагогическими коллективами материальных и кадровых ресурсов и вариантов сотрудничества педагогов с государственными и общественными учреждениями социума и родителями воспитанников.

В *начальной школе пос. Горноправдинска* нами выявлен низкий уровень здоровья учащихся (не было зарегистрировано детей с первой группой здоровья). Это обусловлено не только известными неблагоприятными климатогеографическими условиями Крайнего Севера, но и в значительной мере, как было установлено нами, — дефицитом культуры здоровья родителей. Педагогический коллектив школы, работавшей над проблемой «Современная сельская школа и здоровье учащихся» в статусе окружной экспериментальной площадки, максимально задействовал организационные, материальные и кадровые ресурсы. Были созданы организационно-управленческие структуры ЗСД, в частности, *медико-психолого-педагогический консилиум*, выполняющий правовую, прогностическую, контрольно-оценочную, коррекционную функции, и *центр охраны здоровья*, включающий медицинскую, психологическую и логопедическую службы. Центр выполнял следующие функции: коррекционную, информационно-аналитическую, медико-профилактическую, координационно-регулятивную, контроля за состоянием здоровья субъектов образовательного процесса. Получила развитие материальная база ЗСД; были открыты кабинеты — стоматологический, психосенсорной разгрузки и биологической обратной связи, зал ЛФК, введены ставки психолога, логопеда, стоматолога, инструктора ЛФК, валеолога. Разработано научно-методическое обеспечение ЗСД. Осуществлено дополнительное финансирование ЗСД педагогов. Педагогами использовалось сочетание профилактико-гигиенических, физкультурно-оздоровительных, эколого-сохраняющих, учебно-воспитательных способов и приемов сохранения и развития здоровья учащихся. В этот процесс

целенаправленно вовлекались сотрудники детской поликлиники, медико-психологической комиссии, спортивной школы, детских дошкольных учреждений (при подготовке детей к школе) и родители школьников.

Деятельность педагогического коллектива школы пос. Коммунар по оздоровлению учащихся осложнялась проблемами высокой доли детей с нарушениями речи и психики и неподготовленностью большинства детей к школе. Имея целью сохранение, укрепление и формирование здоровья учащихся, для оздоровления среды обитания школа вынуждена заниматься организацией социально-педагогической и социокультурной работы в открытом социуме, преодолевая отчужденность детей и родителей, старшего и младшего поколений, восстанавливая вековую крестьянскую традицию воспитывать «всем миром». Вместе с тем нами использовались и определенные преимущества сельского социума: особое отношение к земле и природе, его открытость, доверительность человеческих отношений и уважительное отношение к школе — духовному центру села, источнику культуры детей и взрослых, которые создавали благоприятные возможности для передачи и накопления обучающимися опыта в вопросах сохранения и развития индивидуального здоровья. Сотрудники школы пос. Коммунар стремились воспитывать учащихся как субъектов ЗСД, привлекая возможности спортивных секций поселка, естественных средств оздоровления в сельской местности. Отсутствие дополнительного финансирования и материального обеспечения осложняло выполнение педагогами ЗСД, поэтому ее результат скромнее, чем в школе пос. Горноправдинска, работающей в статусе экспериментальной площадки.

Нами установлено, что сельские педагоги более осознанно воспринимали свою миссию творения здорового, развитого психически и физически человека, у них реже отмечались признаки профессионального выгорания, что позволяло в более короткие сроки переходить к последующим этапам эксперимента. Вместе с тем сотрудники сельской школы (вследствие отдаленности населенного пункта от областного центра, его информационно-методических и научно-исследовательских возможностей) испытывали затруд-

нения в овладении функциями педагога-исследователя. Поэтому систематически проводились методологические семинары и индивидуальная работа с педагогами по разработке и моделированию ими собственных проектов ЗСД, разработке и публикации методических рекомендаций.

Развитие культуры здоровья педагогов школы № 57 г. Тюмени осуществлялось в процессе реализации проекта «Школа формирования здоровья учащихся»¹. Апробировались следующие его направления: оптимизация условий по обеспечению здоровья обучающихся, внедрение педагогики здоровья, формирование здорового образа жизни детей в образовательно-досуговой деятельности, развитие культуры здоровья родителей. По результатам ЗСД школа получила статус республиканской экспериментальной площадки, что позволило администрации создать дополнительные финансируемые организационно-управленческие структуры в целях обеспечения здоровья всех участников образовательного процесса. К работе с учащимися были привлечены врачи: педиатр, невролог, офтальмолог, отоларинголог, стоматолог, гомеопат, а также психологи, инструктор ЛФК. Основные проблемы, которые нам приходилось решать в ходе эксперимента в первую очередь — искаженное профессиональное самосознание и профессиональное выгорание учителей. Поэтому в работе с педагогами областного центра мы чаще применяли психотерапевтические методики.

В результате формирующего эксперимента происходило осознание и принятие педагогами позиции субъекта ЗСД, осуществлялась активизация **личностных** — позитивной Я-концепции, активной мотивации преодоления стресса, позитивности мышления, самоуважения, адекватной самооценки, **профессиональных** — уровня знаний, умений, опыта ЗСД (педагоги создавали и осущест-

¹ См.: Чимаров В. М., Загвязинский В. И. Здоровье участников образовательного процесса г. Ханты-Мансийска. Ханты-Мансийск, 2004. 92 с.; Чимаров В. М. Опыт организации инновационного образовательного учреждения здоровьесформирующей направленности // Валеология. 2009. № 2. С. 22-25.

вляли собственные проекты ЗСД) и **социальных ресурсов** — поддержка со стороны администрации, коллег, членов семьи, родителей воспитанников.

Позитивные изменения в психоэмоциональной сфере сопровождались положительными сдвигами в соматическом состоянии педагогов: реже отмечались головные боли и боли в позвоночнике, изменения артериального давления, бессонница и обострение хронических заболеваний. Педагоги отмечали повышение работоспособности, снижение частоты астенических состояний. Достоверность изменений подтверждена применением критерия ранговой корреляции Спирмена, U-критерия Манна-Уитни. Это свидетельствовало о приобретении педагогами навыков использования внутренних ресурсов для выполнения ЗСД. Они начали устанавливать новые социальные связи — выстраивать партнерские отношения с коллегами в других школах, участвовать в научно-практических конференциях и, что очень важно, рассматривать учащихся как субъектов ЗСД.

Экспертами (директор школы, заместители директора по учебной и воспитательной работе, психолог, врач, которые были специально подготовлены для экспертной деятельности) перед экспериментом и после его завершения была произведена оценка уровня ЗСД педагогов по следующим показателям: педагогическая валеограмотность, аксиологичность, личная ответственность, творчество, результативность ЗСД, психоэмоциональное самочувствие педагога, уровень развития навыков педагога-исследователя.

Стоит отметить, что с учетом осознанности и реализации педагогом позиции субъекта здоровьесозидающей деятельности регистрировались следующие его *уровни*: низкий — педагог отказывается от исполнения обязанностей по обеспечению здоровья воспитанников; средний — он выполняет эти обязанности формально; высокий — педагог активно включается в процесс созидания своего здоровья и здоровья обучающихся, но действует по образцу; высший — педагог творчески подходит к деятельности по созиданию здоровья, предлагая оригинальные здоровьесберегающие методы.

На начальном этапе исследования в экспериментальной группе *высший* уровень ЗСД был зарегистрирован у 10% педагогов, *высокий* — 20%, *средний* — 60%, *низкий* — 10%. На заключительном этапе эксперимента: *высший* уровень ЗСД был зарегистрирован у 13% педагогов, *высокий* — 61%, *средний* — 16%, *низкий* — 10%.

Полученные результаты свидетельствуют о возрастающем уровне культуры здоровья педагогов. В целях доказательства того, что именно в результате формирующего эксперимента произошли достоверные изменения в исследуемых показателях, а также оценки направленности и интенсивности изменений в экспериментальной выборке применялся Т-критерий Вилкоксона. Расчет показал, что интенсивность сдвигов в сторону повышения уровня субъектности превышает интенсивность сдвигов в сторону ее снижения ($T_{\text{эмпирическое}} = 391$ (при $n = 50$ $p \leq 0,01$). У педагогов экспериментальной группы более интенсивно проявляется такое качество, как ответственность за собственное здоровье, отмечается выстраивание собственной «тропы здоровья» с индивидуально подобранным комплексом реабилитационных мероприятий (фармакотерапии, фитотерапии и др.), физических упражнений и психотехник, режима питания, труда и отдыха, что приводит к нормализации их психосоматического состояния, уменьшению частоты обострений хронических заболеваний. У них формируется представление о здоровье учащихся как педагогической ценности, о миссии педагога как субъекта ЗСД. Педагогами применяются здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе с учетом специфики школьного предмета, индивидуальных особенностей воспитанников, собственных возможностей. Кроме того, ими отрабатываются навыки педагога-исследователя в процессе организации опытно-экспериментальной работы, создания методических рекомендаций и пособий по реализации ЗСД.

В ходе эксперимента было изучено влияние ЗСД педагогов начального звена школы на психосоматическое состояние и характер поведения обучающихся. Уровень психосоматического состояния детей и здоровьесориентированного поведения оценивался экспер-

тами — классным руководителем, врачом-педиатром (медсестрой), психологом, валеологом (социальным педагогом), одним из родителей ребенка. Применительно к эксперименту, в котором приняли участие 482 воспитанника, нами были разработаны специальные критерии оценки *психосоматического статуса*: *высокий* — ребенок комфортно чувствует себя в школе, болеет редко и непродолжительное время, у него нет хронических заболеваний и функциональных расстройств; *средний* — психоэмоциональный фон настроения ребенка в школе ровный, болеет не чаще 3 раз в год, без осложнений, имеющиеся функциональные отклонения, хроническое заболевание находятся в стадии устойчивой ремиссии; *низкий* — учащийся постоянно испытывает в школе негативные эмоции, часто (более 3-х раз в год) и долго (более 3-х недель) болеет острыми респираторными заболеваниями, отмечаются многочисленные функциональные отклонения со стороны органов и систем, обострения хронических заболеваний. При этом эксперты учитывали и индивидуальные особенности психосоматического здоровья школьников.

Занятия физкультурой и спортом мы рассматривали в качестве основного признака поведения ребенка, ориентированного на приобретение здоровья, поскольку интервал от 7 до 10 лет является особо важным для закладки основ потенциала физической активности человека. В этот период формируется осознанная мотивация физического совершенствования, вырабатывается привычка заботиться о своем физическом состоянии, силе, выносливости, ловкости, разумном режиме физической активности, поэтому в ходе эксперимента учитывалась и динамика физической подготовленности школьников.

Процедура однофакторного дисперсионного анализа подтвердила наличие прямого и непосредственного влияния ЗСД педагогов на психосоматический статус учащихся и демонстрацию ими поведения, направленного на сохранение и развитие своего здоровья.

Таким образом, результаты нашей работы свидетельствуют о том, что целенаправленное становление и развитие культуры здоровья педагогов ведет к сохранению и укреплению здоровья как

самых педагогов, так и их воспитанников. Комплекс представленных выше мероприятий способствует формированию у педагогов позитивного образа собственного «Я» в профессиональном сознании, нормализации самочувствия, уменьшении интенсивности признаков эмоционального выгорания и вегетосоматических симптомов, сокращению обострений хронических заболеваний: гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, остеохондроза и др., выстраиванию собственного пути по сохранению индивидуального здоровья, применению авторских способов ЗСД, а у воспитанников — росту уровня и индекса их здоровья (до 50%), освоению ими здоровьеориентированного поведения.