

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
ФАКУЛЬТЕТ ДОШКОЛЬНОГО, НАЧАЛЬНОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА ДОШКОЛЬНОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО
(ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОГО) ОБРАЗОВАНИЯ

**ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РАЗВИТИЯ
КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ПЕДАГОГА ДОШКОЛЬНОГО
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

Выпускная квалификационная работа
обучающегося по направлению подготовки 44.04.01 Педагогическое
образование
заочной формы обучения, группы 02021661
Чепелева Елена Ивановна

Научный руководитель
д.пед.н., проф.
Волошина Л.Н.

Рецензент
заведующий МАДОУ д/с № 69,
Заслуженный учитель Российской
Федерации, отличник народного
просвещения РФ, Почетный
гражданин города Белгорода
Л.Я.Кокунько

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. Теоретические основы личностно-ориентированных технологий развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения	10
1.1. Основные подходы к изучению понятия «культура здоровья».....	10
1.2. Проблема культуры здоровья педагога в психолого-педагогических исследованиях.....	15
1.3. Теоретическое обоснование личностно-ориентированных технологий развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.....	20
Глава 2. Опытнo-экспериментальная работа по развитию культуры здоровья педагога в контексте реализации личностно-ориентированной технологии	32
2.1. Диагностика уровня сформированности культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.....	32
2.2. Апробация авторской личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения	50
2.3. Анализ результатов опытнo-экспериментальной работы по развитию культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения с использованием личностно-ориентированных технологий.....	60
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	75
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	79
ПРИЛОЖЕНИЕ	86

Введение

Актуальность исследования. Культура здоровья личности является важнейшей качественной характеристикой уровня развития, способом и мерой реализации сущности сил, способностей. Она предстает в процессе воспитания как преемственное освоение различных сфер жизнедеятельности, что возможно лишь при развитии ее социальной активности. При этом формируется не только потребность в тех или иных видах активности, но и умение их реализовать, что является одним из основных направлений становления культуры здоровья современной конкурентоспособной личности педагога.

Проблема сохранения и укрепления здоровья педагогов является одной из актуальных не только в России, но и во всем мире. Крупномасштабные изменения в ноосфере создают неблагоприятные условия для жизнедеятельности людей (И.Ю. Алексашина, Э.Н. Гусинский, Л.П. Мордвинцева, Ю.Н. Турчанинова и др.). К ним относятся глобальные нравственно-экологический и экономический кризисы, стремительно растущая технологизация жизни, увеличивающийся поток информации, требующий самоосмысления, убыстряющийся темп развития, а также усиливающаяся отчужденность социальных отношений. Возрастает влияние стрессогенного фактора урбанистического образа жизни. От педагога в современном обществе требуется способность к быстрой адаптации к меняющимся условиям жизни и кризисным ситуациям, что требуют повышенных физических, психических и интеллектуальных усилий, ясной ценностной ориентации, а, следовательно, и высокого уровня здоровья.

Закон Российской Федерации «Об образовании» провозглашает гуманистический характер образования как один из ведущих принципов государственной политики в области образования, подчеркивая приоритет общечеловеческих ценностей, ценность жизни и здоровья человека.

В исследованиях здоровье человека рассматривается как социально-педагогическая категория (И.И. Брехман, В.В. Колбанов, М.Г. Колесникова, Н.М. Полетаева, В.П. Петленко и др.), как непреходящая ценность и интегральная характеристика целостности личности, имеющая медико-психологический и социально-педагогический аспекты.

Как отмечает Л.Н. Волошина, «В настоящее время культура здоровья и здоровьесбережение осмысливаются как значимый феномен социального бытия, обусловленный как современными культурными дискурсами, так и не в меньшей степени социальными институтами, технологиями и приобретает значение сложного социокультурного явления. Становящаяся общественная потребность заключается в новой организации образовательного процесса, определяющего здоровье как цель, объект и результат деятельности, гарантирующей оптимальные условия физического и психического развития всех участников образовательного процесса» [7, с. 126].

Индивидуализация общественной и экономической жизни России, глубокие противоречия, наслонившиеся в идеологии, культуре, образовании, предъявляют качественно новые требования к уровню культуры здоровья педагогов. В настоящее время разрабатываются кардинальные государственные меры по охране и укреплению здоровья населения. Это и региональная программа «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Белгородской области на 2017 - 2025 годы», и государственная программа «Активное долголетие» и др. Но их эффективная реализация возможна при преодолении узкоспециализированных подходов к проблеме здоровья, активной позиции не только государства, но и каждой личности. Назрела необходимость на основе личностно-ориентированных технологий объединить усилия системы образования и медицины, общественных организаций и средств массовой информации для повышения уровня культуры и качества здоровья. Преодолению разобщенности исследований и достижению поставленных результатов может служить единое поле

деятельности всех перечисленных специалистов – это образовательное учреждение.

Нарастающий информационный поток и, как следствие, интенсификация педагогической деятельности еще больше обострили проблему здоровья, его сохранности и укрепления. Согласно исследованиям В.К. Бальсевич, М.Я. Виленского, Е.Н. Литвинова, Л.И. Лубышевой, В.И. Ляха, А.П. Матвеева, В.Д. Сонькина ведущими среди причин, неблагоприятно влияющих на состояние здоровья педагогов, являются: неправильный образ жизни, выражающийся в гиподинамии, чрезмерной профессиональной нагрузке, неправильном питании, а также отсутствие знаний о здоровье и здоровом образе жизни у всех участников образовательного процесса и в том числе педагогов, отсутствие системности в процессе формирования культуры здоровья.

Проблемой формирования здорового образа жизни педагогов занимаются ученые из различных областей знаний: медицины и физиологии (В.Н. Дубровский, Ю.П. Лисицын, Б.Н. Чумаков), психологии (О.С.Осадчук), экологии (З.И. Тюмасева, А.Ф. Аменд) и педагогики (В.Г. Алямовская, Г.К.Зайцев, Ю.Ф. Змановский, М. Лазарев, О.В. Морозова, Т.В. Поштарева, Л.Г. Татарникова, О.Ю. Толстова, О.С. Шнейдер и др.). Интерес ученых к поставленной проблеме не случаен. Направленность личности на здоровый образ жизни – процесс довольно сложный и противоречивый, на него влияют особенности развития государства и общественное мнение, экологическая обстановка, технология воспитательно-образовательного процесса, личность педагогов, а также состояние и ориентация семейного воспитания.

В работах Л.Н. Волошиной, культура здоровья – это не только информированность в области здоровьесбережения, достигаемая в процессе обучения, но и практическое воплощение потребности вести здоровый образ жизни, заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих.

Анализ результатов современных исследований позволил выявить противоречие между потребностью современного общества в педагоге,

способном к осознанию ценности своего здоровья, обладающем здоровыми жизненными навыками и способном донести эти знания до воспитанников и отсутствием системной деятельности по развитию культуры здоровья педагогов.

Выявленное противоречие помогло обозначить **проблему исследования**, которая заключается в выявлении потенциала личностно-ориентированных технологий развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Данная проблема позволила сформулировать тему исследования: **«Личностно-ориентированные технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения»**.

Цель исследования: научно обосновать личностно-ориентированные технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Объект исследования: процесс развития культуры здоровья педагогов.

Предмет исследования: личностно-ориентированные технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Гипотеза исследования: предполагаем, что использование в практике дошкольной организации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья педагога позволит повысить мотивацию в вопросах формирования культуры здоровья, уровень рефлексии, приведет к активности в деятельности по повышению всех компонентов культуры здоровья: ценностно-ориентационного (первичное осознание здоровья как ценности), деятельностного (активность в здоровьесозидающей жизнедеятельности) и витального (реальном состоянии компонентов здоровья).

В соответствии с целью и гипотезой исследования были определены следующие **задачи**:

1. Рассмотреть понятие «культура здоровья» в психолого-педагогической литературе.
2. Определить целевые ориентиры, структуру и направленность личностно-ориентированных технологий развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.
3. Оценить уровень сформированности культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.
4. Апробировать личностно-ориентированной технологи в развитии культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.
5. Обработать и обобщить результаты опытно-экспериментальной работы по развитию культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Теоретико - методологической основой исследования являются исследования педагогики здоровья (Л.Н. Волошина, Т.В. Волосникова, К.Е. Панасенко и др.); аксиологический подход к формированию культуры здоровья (А.А. Борисов, Е.И. Бережкова, Г.К. Зайцев, Ю.Ф. Змановский, В.Г. Казанская, Н.М. Полетаева, Л.Г. Татарникова, Б.Н. Чумаков и др.); теория здоровья как предмета исследования М.Г. Ивановой и др.; теория профессионального здоровья педагога В.Н. Шебеко; теория непрерывного педагогического образования взрослых, включая педагогов и родителей (И.Ю. Алексашина, В.С. Безрукова, С.Г. Вершловский, Ю.Н. Кулюткин, В.Н. Максимова, В.И. Подобед, В.Н. Скворцов и др.).

Исследование осуществлялось в несколько **этапов**.

На первом этапе (2016-2017 гг.) проводился теоретический обзор литературных источников по проблеме исследования. В результате этого были определены исходные параметры исследования: его проблема, цель, объект, предмет, гипотеза, теоретико-методологическая основа, обозначена проблема, которая заключается в выявлении потенциала личностно-ориентированных технологий развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

На втором этапе (2017-2018 гг.) осуществлялся анализ состояния проблемы развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения, проводилось опытно-экспериментальное исследование по развитию культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения посредством использования личностно-ориентированных технологий.

На третьем завершающем этапе (2018 - январь 2019 гг.) были систематизированы и обобщены результаты экспериментальной работы, завершено оформление диссертации.

Методы исследования:

1. Теоретические (комплексный анализ и обобщение научной литературы по проблеме исследования, концептуальное обобщение педагогического опыта).

2. Эмпирические (анкетирование, тестирование, анализ собственной педагогической деятельности, педагогический эксперимент).

3. Математические методы обработки результатов.

Методики исследования:

1. Анкета «Культура здоровья педагога» (автор А.М. Лощакова) (адаптирована для работы с действующим педагогическим коллективом).

2. Методика изучения ценностных ориентаций М. Рокича.

3. Анкетирование педагогов с целью выявления потенциала личностно-ориентированных технологий.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования заключается в определении целевых ориентиров, структуры и направленности личностно-ориентированных технологий развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Практическая значимость исследования заключается в том, что полученные результаты могут быть использованы в организации здоровьесберегающей деятельности в современном дошкольном образовании и своевременной профилактики нарушений здоровья педагогов.

База и выборка исследования: исследование проводилось на базе МБДОУ д/с №14 "Золотой ключик" города Белгорода.

В исследовании приняли участие 30 педагогов МБДОУ (воспитатели и педагоги дополнительного образования).

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлялась:

- посредством выступления на педагогических советах МБДОУ, методических объединениях воспитателей дошкольных образовательных учреждений;

- по теме исследования опубликованы следующие научные статьи тезисы:

- Чепелева, Е.И. Развитие культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения с использованием личностно-ориентированных технологий /Е.И. Чепелева // Материалы IV Всероссийской студенческой очно - заочной научно-практической конференции «Актуальные проблемы науки в студенческих исследованиях - 2017», Сургут, 2017, - С. 127-132.

- Чепелева, Е.И. Теоретический анализ проблемы развития культуры здоровья педагогов дошкольного образовательного учреждения /Е.И. Чепелева//Материалы международной научно-практической конференции «Наука и образование в XXI веке», Тамбов, 2018, № 2-1 (30). – С. 118-120.

- Чепелева, Е.И. О проблеме развития культуры здоровья педагогов дошкольного образовательного учреждения /Е.И. Чепелева//Материалы международной научно-практической конференции «Проблемы социализации и индивидуализации личности в образовательном пространстве», Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2018, Часть 2. – С. 225-227.

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав (теоретической и практической), заключения, списка литературы (включающего 70 источников), приложения.

Глава 1. Теоретические основы личностно-ориентированных технологий развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения

1.1 Основные подходы к определению понятия «культура здоровья»

Традиционно культуру здоровья рассматривают в качестве составляющей общей культуры человека, которая характеризуется ценностным отношением человека к своему здоровью, практическим воплощением потребности вести здоровый образ жизни, заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих. Рассматривая сначала каждое из понятий («здоровье» и «культура») отдельно, мы вскрываем их глубинную связь, основывающуюся на аксиологическом «фундаменте» [6, 7].

Используемые характеристики здоровья составляют содержательное наполнение одной из моделей здоровья: медицинской, биомедицинской, биосоциальной, ценностно-социальной [4].

Д.Н. Давиденко и В.П. Петленко выделяют несколько компонентов здоровья:

1. Соматическое здоровье - текущее состояние органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития.

2. Физическое здоровье - уровень роста и развития органов и систем организма. Основу его составляют морфологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции.

3. Психическое здоровье связано с личностью и зависит от развития эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер, от развития самосознания и от осознания ценности для личности собственного здоровья

и здорового образа жизни. Психическое здоровье - это состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию. Оно относится к разуму, интеллекту, эмоциям (психологическое благополучие, уровни тревоги и депрессии, контроль эмоций и поведения, познавательные функции) [16].

Сочетание предложенных моделей наиболее полно отражено в определении, которое дает А.Г. Щедрина, трактуя здоровье как целостное, многомерное, динамическое состояние (включая его позитивные и негативные показатели) в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды, позволяющее человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции.

Вслед за автором мы развиваем холистический подход к определению понятия индивидуального здоровья как состояния телесного, душевного и духовного благополучия, которое дает возможность человеку, полностью реализуя свой генетический потенциал, наилучшим образом решать жизненные задачи в целях продолжения рода, оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни. Ведущее значение принадлежит духовному здоровью, уровень развития которого определяется качеством ценностно-смысловых отношений человека. Их отражением является духовно-нравственная ориентация человека. Здоровье позволяет человеку при осуществлении своего высшего предназначения – творческого «достраивания» мира (К. Юнг) во имя Истины, Добра и Красоты – переживать полноту жизни и удовлетворенность ею.

Культура здоровья может быть рассмотрена еще и как наука о закономерностях формирования и сохранения здоровья. Введение этой науки в образовательный процесс связано с современной концепцией и стратегией здоровья, основанной на возрастающей социальной ценности здоровья человека. Теоретическое и экспериментальное исследование феномена

«культура здоровья» показало неразработанность данной проблемы, как в теории, так и в практике профессионального физкультурного образования. Интерес ученых к культуре здоровья человека вызван происходящими изменениями в социальной и образовательной сферах, связанных с полноценным использованием социальных институтов в обеспечении здоровья, качества жизни и воспитания «человека культуры». С целью изучения сущности данного феномена нами были рассмотрены понятия «здоровье» и «культура», позволившие сделать вывод о том, что культура здоровья - это интегративное личностное образование, являющееся выражением гармоничности, богатства и целостности личности, универсальности ее связей с окружающим миром и людьми, а также способности к творческой и активной жизнедеятельности [8, с. 190].

Культура здоровья - такой трезвый и здоровый образ жизни, который обеспечивает сочетание полноценной биологической и социальной адаптации с возможностью максимального самовыражения нации, класса, социальной группы, отдельных людей в конкретных условиях жизни и который предопределяет дальнейшее трезвенное развитие общества.

Культура здоровья человека - это гармоничная система естественных состояний жизнедеятельности, характеризующийся способностью организма к совершенной саморегуляции, поддержанию гомеостаза, самосохранению и самосовершенствованию соматического и психического статуса, при оптимальном взаимодействии органов и систем, адекватном приспособлении к изменяющейся окружающей среде (физической, биологической, социальной), использовании резервных и компенсаторных механизмов в соответствии с фенотипическими потребностями и возможностями выполнения биологических и социальных функций, в том числе, рождения и воспитания потомства. Отсутствие какого-либо из перечисленных признаков означает частичную или полную утрату здоровья. Полная утрата здоровья несовместима с жизнью.

Здоровье - это нормальная функция организма на всех уровнях его организации. При таком подходе нормальное функционирование организма в целом является одним из основных элементов понятия «здоровье». Для всех характеристик человеческого организма (анатомических, физиологических, биохимических) вычисляются среднестатистические показатели нормы. Организм здоров, если показатели его функций не отклоняются от их известного среднего состояния [1, с.45].

Здоровье - это полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие. Гармоническое развитие физических и духовных сил, принцип единства организма, саморегуляции и уравновешенного взаимодействия всех органов.

И.И. Брехман определяет здоровье, как «способность человека сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации» [4, с.100].

В.П. Петленко предлагает понятие здоровья как состояние равновесия, баланса между адаптационными возможностями человека и постоянно меняющимися условиями среды [26, с.178].

Здоровье зависит в огромной степени от образа жизни человека. Концентрированным выражением взаимосвязи образа жизни и здоровья является понятие здорового образа жизни, которое объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в наиболее оптимальных для здоровья и развития человека условиях [23].

Поскольку здоровье относится к ряду общечеловеческих ценностей, ведущей для нашего исследования является аксиологическая концепция культуры (И. Гердер, В. Гумбольд, И. Кант и др.), которая исходит из того, что культура есть воплощение «истинной человечности», подлинно человеческого бытия. Призванная быть ареной духовного

совершенствования людей, она предстает перед каждым отдельным человеком как мир ценностей и идеалов.

С позиций аксиологического подхода культура здоровья рассматривается как совокупность созданных человечеством материальных и духовных ценностей в области здравоохранения. В аспекте деятельностного подхода культура побуждает к здоровьетворческой активности и обеспечивает здоровьесозидающую деятельность. Акмеологический подход к пониманию культуры актуализирует душевные и духовные качества человека, который рассматривается как субъект жизнедеятельности, способный к саморазвитию и творчеству, к самоорганизации своей жизни и профессиональной деятельности.

Н.П. Абаскалова считает, что в основе саморазвития и самоорганизации лежит потребность человека в новых достижениях, стремление к успеху, к совершенству, активная жизненная позиция, позитивное мышление, вера в свои возможности, понимание смысла жизни [1].

Определяя культуру здоровья в качестве системы знаний, ценностно-смысловых установок, эмоционально-волевого опыта и практической деятельности личности, которая направлена на самопознание, саморазвитие и самосовершенствование индивидуального здоровья, необходимого для качественной жизни, продуктивного долголетия человека, выполнения жизненной миссии, нами анализировались её компоненты: когнитивный, ценностно-смысловой, эмоционально-волевой, практический. Изучив опыт организации здоровьесберегающей деятельности (Н.П. Абаскалова, В.Н. Ирхин, Т.В. Орехова, Н.М. Полетаева и др.), определим основные функции культуры здоровья: аксиологическую (осознание здоровья как общечеловеческой ценности), нормативную (закрепление социальных норм здоровья), защитную (охрана здоровья), диагностическую (определение уровня и качества здоровья), коррекционную (исправление нарушений в состоянии здоровья), регулятивную (сохранение здоровья и долголетия),

преобразующую (увеличение резервов здоровья, преобразование человека и среды), творческую (создание нового в области здоровьесозидания) [1].

Формирование культуры здоровья - это результат системного воздействия всех его факторов и основных институтов и самой личности.

Основы культуры здоровья личности должны закладываться в семье, корректироваться и развиваться в образовательных учреждениях и только затем – на рабочем месте. На этом основании мы считаем, что для воспитания культуры здоровья ею в первую очередь должен владеть сам педагог, причем не только в качестве общекультурной, но и профессиональной характеристики.

Таким образом, в нашей работе используется понятие культуры здоровья, подразумевая под этим совокупность определенных знаний, взглядов на здоровый образ жизни, убеждений личности, лежащих в основе поведения и определяющих его.

1.2. Проблема культуры здоровья педагога в психолого-педагогических исследованиях

Понимание предназначения педагога в качестве человека культуры (К.Д. Ушинский, С.И. Гессен, С.Я. Рубинштейн, А.П. Валицкая, С.Н. Батракова), гуманитарно-культурологический подход в образовании (В.Л. Бенин, А.П. Валицкая, И.Е. Видт и др.), позволяет раскрыть общие основания культуры здоровья педагога и педагогической культуры и подойти к определению проблемы культуры здоровья педагогов в современных исследованиях [27].

Решение задач по охране здоровья детей дошкольного возраста возможно при условии высокой компетентности сотрудников ДОУ. Особое значение здесь имеет культура здоровья, определяющая профессионализм личности и деятельности педагога в сфере здоровьесбережения. Высокий уровень развития культуры здоровья педагога дошкольного

образовательного учреждения является необходимым личностно-профессиональным требованием к специалисту дошкольного образования.

А.Ю. Семенова определяет культура здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения как совокупность реализуемых на практике ценностных ориентаций, морально - нравственных установок, личностно - профессиональных качеств, определяющих здоровьесберегающий стиль поведения педагога и способствующих эффективному формированию здорового образа жизни воспитанников [39, С. 48].

Культура здоровья педагога как часть педагогической культуры включает в себя:

а) ценности и идеалы здоровья, обусловленные здоровьесберегающими национальными (религиозными, светскими) традициями народа;

б) мировоззренческие аспекты здоровьесбережения и здоровьетворчества (знания, убеждения, личная позиция);

в) формы и модели здоровьесозидающей индивидуальной деятельности;

г) способы и приемы приобщения к здоровьесформирующей деятельности.

В силу общественной значимости педагогической деятельности в понятие культуры здоровья педагога наряду с личностным включается и профессиональный компонент, основу которого составляет здоровьесозидающая педагогическая деятельность, направленная на сохранение, развитие здоровья, формирование здоровьесориентированного поведения.

С учетом структуры педагогической направленности, предложенной В.С. Мухиной, здоровьесозидающая направленность рассматривается как направленность педагога на:

а) собственное здоровье, связанное с потребностью в самопознании, саморазвитии, самосовершенствовании индивидуального здоровья в качестве условия эффективной самореализации в сфере педагогического труда;

б) заботу о здоровье учащихся, которая включает использование учителем принципов, способов и средств, позволяющих сохранять и развивать здоровье школьников;

в) творческое дополнение содержания учебного предмета валеологическими ценностями, смыслами, знаниями, умениями, навыками с целью формирования культуры здоровья учащихся [22].

За теми или иными характеристиками направленности личности педагога в её наиболее развитой форме стоят устойчиво доминирующие системы потребностей, мотивов и целей (интересы, идеалы, убеждения).

Сохранение здоровья педагога связано не только с его личными мотивами – самосохранения, подчинения этнокультурным требованиям, получения удовольствия от здоровья, достижения максимально возможной комфортности, возможности маневрировать в жизненных обстоятельствах, самосовершенствования, – но и с фундаментальными основаниями его трудовой мотивации, к которым относятся интерес к работе, удовлетворенность материальным вознаграждением, отношение руководителя и коллектива к педагогу [12].

Собственно педагогическая деятельность в силу своей гуманистической направленности обладает здоровьесозидающим потенциалом.

Здоровьесозидание – это естественная функция педагогической деятельности.

Выступая в качестве субъекта здоровьесозидающей деятельности, педагог обязан представлять здоровьесохраняющие образцы и нормы поведения, давать конкретные рекомендации по сбережению здоровья, и, таким образом, направлять здоровьеориентированное поведение своих воспитанников.

От того, в каком «качестве» – исполнителя социально заданной нормативной деятельности или наставника детей в мире культуры, социальной жизни, здоровой жизнедеятельности – педагог отражается в

собственном сознании, зависит не только система ценностных ориентаций и предпочтений педагога в сфере предметного (научного) знания, методических поисков и шире – культуры, но и содержание педагогической деятельности, самодетерминация педагога, самообразование себя как личности и профессионала.

Поскольку в современных условиях роль воспитания здоровых детей ложится на плечи нередко соматически ослабленного, профессионально выгоревшего, не владеющего здоровьесберегающими технологиями педагога, здоровьесозидающая профессиональная деятельность требует прежде всего раскрытия его внутреннего потенциала.

Развитие культуры здоровья педагога зависит от учета социокультурных, правовых, профессиональных и личностных факторов. Изучив проблему обеспечения здоровья воспитанников в мировой и российской педагогике в историческом аспекте, приходим к выводу о том, что ей уделяли внимание многие исследователи (В. Да-Фельтре, Я.А. Коменский, И.Г. Песталоцци, Д. Локк, Ж.Ж. Руссо, К.Д. Ушинский, Н.И. Пирогов, П.Ф. Лесгафт, В.А. Сухомлинский и др.) [15, 27].

Важно, что образовательные учреждения обладают объективными возможностями для развития культуры здоровья современных педагогов. Это актуализация личностных факторов, которые включают уровень развития внутренних (духовных, душевных, телесных) резервов педагога.

В качестве духовного потенциала рассматриваем осознание педагогом своей здоровьесозидающей роли 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 возможно вместе с личностными, рассматривать и

профессиональные ресурсы педагога – уровень знаний, навыков, умений, опыта, необходимый для решения задач по обеспечению своего здоровья и обучающихся. Они наряду с профессиональной (Э.Ф.Зеер, Н.В.Кузьмина, А.К.Маркова, Е.И.Рогов, А.И.Щербаков и др.), акмеологической (А.К. Маркова, Н.М. Полетаева), аутопсихологической (Н.В. Кузьмина, Г.И. Метельский) компетентностью включают и валеокомпетентность [16, 18].

Кроме того, определенную роль в эффективном созидании здоровья обучающихся играют социальные ресурсы – уровень социальной поддержки педагогов. Социальная поддержка, связанная с общим психологическим благополучием педагога (S. Cohen, T. Wills), рассматривается в качестве: институциональной, исходящей от государственных структур; корпоративной, связанной с профессионально-трудовой структурой (административная, профсоюзная поддержка) и межличностной, исходящей от отдельных людей (семьи, друзей, коллег, знакомых) [31].

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 (позволяющие восстанавливать первичные физиологические потребности), безопасности жизни, стабильности оплаты труда, оптимальных гигиенических факторов труда и жизнедеятельности.

Руководствуясь исследованиями Н.П. Абаскаловой и М.Г. Ивановой, мы определили принципы развития культуры здоровья педагогов, ориентированные:

а) на целеполагание с учетом особенностей процесса здоровьесозидания – аксиологический, гуманистический, культурологический, герменевтический, субъектности, холистичности, социальной значимости, креативности;

б) на эффективность обучения педагогов здоровьесберегающей деятельности – приоритет самообразования, совместной деятельности, опора

на жизненный опыт, актуализация результатов обучения, рефлексивность [1, 13].

При этом необходимо помнить, что развитие культуры здоровья педагогов напрямую зависит от уровня знаний и уровня культуры.

1.3. Личностно-ориентированные технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения

Очевидно, что потребность в здоровье и переживание здоровья как жизненной ценности во многом обуславливают субъективную оценку здоровья. Важно знать какое место занимает здоровье в структуре жизненных ценностей педагога. Этот аспект психологии и педагогики здоровья редко выступает в качестве предмета исследования (Л.В. Куликов), при этом для науки и практики нужны точные данные. Такие данные помогут уточнить субъективную картину здоровья и благополучия личности педагога, место этой ценности в её сознании и помогут понять, как влияет неудовлетворённость здоровьем на возникновение эмоционального дискомфорта. Ценности здоровья могут быть по выражению Л.С. Драгунской известными ценностями, но не обязательно признаваемыми или принятыми [69, с.241-243].

Очень важны этапы развития профессионала и становление основных процессов формирования заботы о своём здоровье и выработки у него соответственного отношения к здоровью, как к ценности и как к условию его личностного роста.

В.П. Петленко выделяет уровни отношения к здоровью:

1) здоровье как ценность воспринимается личностью эмоционально - этот уровень личностной концепции здоровья характеризуется отсутствием ярко выраженных потребности в укреплении здоровья, ценность здоровья сохраняется как факт сознания - безразличный тип людей;

2) личность воспринимает необходимость здоровья, но не осознаёт его социальной значимости, возможно возникает установка на укрепление здоровья, но она очень неустойчива, при изменении обстоятельств не реализуется - характерно для спонтанно деятельного типа людей;

3) ценность здоровья воспринимается личностью, как социально значимая потребность в укреплении здоровья, требуют новые знания, но чаще ценностные ориентации остаются на вербальном уровне - пассивный тип;

4) здоровье как ценность воспринимается на уровне убеждений, потребность в укреплении здоровья формирует устойчивую социальную установку, поведение человека полностью соответствует ценностным ориентациям, оно осознанно проявляет себя в оздоровительной деятельности - характерно для активно-деятельного типа.

А.М. Иванюшкин предлагает выделить три уровня ценности здоровья:

1) биологические - гармония физиологических процессов;

2) социальные здоровье как активность личности, деятельное отношение индивида к миру

3) психологическое - здоровье не как отсутствие болезни, а как отрицание её в смысле преодоления, здоровье как стратегия жизни человека.

Важным фактором в осознании ценности здоровья является позитивно-эмоциональное стремление к действиям по его укреплению и совершенствованию.

Таким образом, нельзя не согласиться со словами Н.В. Панкратьева о том, что человек - сам творец всего комплекса материальных и духовных ценностей [61, с.8], и он сам определяет, что для него важнее, так как очень значимыми для человека становятся те ценности, которых ему не достаёт.

Личностно-ориентированная технология реализуется в предметно-пространственной развивающей среде, отвечающей требованиям содержания новой ООП ДО с ФГОС ДО, которая позволяет педагогу проявить свою

активность, наиболее полно реализовать себя, свои возможности и профессиональные интересы.

Цель личностно – ориентированной технологии – заложить в человеке механизмы самореализации, саморазвития, адаптации, саморегуляции, самовоспитания, необходимые для развития у человека культуры здоровья и становления самобытного личностного образа.

Задачи личностно – ориентированных технологий развития культуры здоровья:

- гуманистическая направленность содержания деятельности дошкольной организации;
- обеспечение комфортных, бесконфликтных и безопасных условий для профессионального и личностного развития педагога;
- приоритет личностных отношений;
- индивидуальный подход ко всем участникам образовательного процесса.

В рамках личностно-ориентированных технологий самостоятельными направлениями выделяются:

Гуманно-личностные технологии, отличающиеся своей гуманистической сущностью, психолого-терапевтической направленностью при оказании помощи педагогу или ребенку с ослабленным здоровьем, в период вхождения в новую должность или адаптации к условиям дошкольного образовательного учреждения.

Технология сотрудничества реализует принцип демократизации дошкольного образования, равенство в отношениях коллег или педагога с ребенком, партнерство в системе взаимоотношений «Руководитель – сотрудник» и «Взрослый - ребенок».

В процессе реализации личностно-ориентированных технологий все участники педагогического процесса создают условия предметно-развивающей среды, совместно определяют разнообразную творческую деятельность. У центральным понятием является социальнокультурная

среда, пол которой понимаем конкретное своеобразие и проявление общественных отношений в сфере культуры и досуга.

В отличие от широкой социальнокультурной макросреды, в которой действуют факторы, закономерности и институты общегосударственного масштаба, микросреда – это сфера действия малых групп и входящих в них личностей, их непосредственное социально-культурное окружение, с которым соприкасается педагог в условиях дошкольной организации.

Социокультурная среда учреждения дошкольного образования рассматривается как совокупность целенаправленно созданных разнообразных условий, обеспечивающих процесс развития и саморазвития базовой культуры здоровья всех участников образовательного процесса, культуры детей, педагогов и родителей.

Социокультурная среда дошкольного образовательного учреждения понимается как целостное единство:

- происходящих в ней социокультурных событий, значимых для педагогов;
- существующих в ней принципов, правил, норм взаимодействия и стиля отношений между детьми, педагогами и родителями;
- предметно-пространственной среды учреждения.

Если мы понимаем фактор (от лат. factor — делающий, производящий) как движущую силу, причину, существенное обстоятельство в каком-либо процессе, явлении то тогда социальнокультурная среда учреждения выступает как движущая сила в развитии культуры здоровья педагогов [14].

По данным исследования Л.Н. Волошиной, влияние социальных факторов среды на здоровье человека составляет около 60–70%. Для педагогов социальным является комплекс организационно-педагогических факторов: существующие образовательные технологии, стиль работы самого педагога, администрации ДО и коллег, реализация воспитательной установки на здоровый образ жизни, предполагающий соответствующую организацию рабочего пространства жизнедеятельности дошкольной организации,

характер психологической поддержки, медицинской помощи, санитарно-гигиенические условия и др. [6].

Реализация здоровьесориентированной технологии в социокультурной дошкольной организации может обеспечить условия для активного участия педагога в формировании и восстановлении резервов собственного здоровья, для наиболее полного овладения профессиональными знаниями по здоровьесбережению, для оптимизации производственной, личной и социальной жизни, что в целом составляет компетентность здоровьесбережения.

Выступая в качестве эталона для своих воспитанников, педагог задает образец реализации содержания базовых программ, по которым выстраивается работа в дошкольной организации.

Осознание педагогом своей здоровьесозидающей роли связано с нахождением смысла здоровьесозидательной деятельности («смысл нельзя дать, его нужно найти» В. Франкл). Личностный смысл, являясь мерой ценностно-смыслового отражения действительности (А.Г. Асмолов), опосредует влияние потребностей на поведение, регулирует поступки (Д.А. Леонтьев), выражает отношение субъекта к интерпретируемому знанию (А.Ф. Закирова). В связи с этим, вначале педагогам предлагается решать особые задачи «на смысл», результатом которых является осознание личностного смысла, «значения для меня значения» (А.Н. Леонтьев) здоровьесозидающей деятельности. Далее личностный смысл должен становиться содержанием смысловой установки педагогов, проявляющейся в виде готовности к совершению здоровьесозидающей деятельности. Происходит, по нашим наблюдениям, ценностно-смысловое самоопределение учителей. Смысловой опыт отношения педагогов к здоровьесозидающей деятельности, приобретаемый ими в ходе семинаров-диалогов, семинаров-тренингов, индивидуальных бесед и консультаций, фиксируется в педагогическом сознании, реализуясь в конкретных действиях [31].

В качестве обязательного условия ЗСД педагогов необходимо рассматривать создание здоровьесозидающей воспитательной системы (ЗСВС) в дошкольной организации, посредством: 1) постановки воспитательных целей, направленных на созидание здоровья субъектов образовательного процесса; 2) «вращения» валеологически компетентного педагогического коллектива; 3) развития психологически комфортных отношений между участниками учебно-воспитательного процесса; 4) создания доминанты в управленческой деятельности, направленной на обеспечение жизнеспособности всей здоровьесозидающей системы.

О.С. Васильева рассматривает социально-культурную среду как уровень творческого потенциала окружающего субъекта людей, их рефлексии, характеризует масштаб частной инициативы [5].

В пространстве социально-культурной среды действует множество творческих образований – социальных институтов, учреждений дополнительного образования, библиотек, музеев, театров, учреждений культурно - досугового комплекса и других учреждений подобного типа.

В данных учреждениях есть все, что необходимо для развития и раскрытия потенциала педагогов: это и материальная база, и квалифицированные кадры, и общение с детьми, и проведение мероприятий различной направленности.

Таким образом, теоретический анализ литературы по проблеме исследования позволяет нам определить культуру здоровья педагогов как информированность в области здоровьесбережения, достигаемая в процессе обучения, и практическое воплощение потребности вести здоровый образ жизни, заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих. При этом, в настоящее время разрабатываются кардинальные государственные меры по охране и укреплению здоровья молодого поколения. Эффективная их реализация возможна при преодолении узко специализированных подходов к проблеме здоровья, активной позиции государства, общества и

каждой личности. Назрела необходимость на основе кластерного подхода единения усилий образовательных, медицинских, социально-культурных учреждений, общественных организаций, средств массовой информации и самой личности в борьбе за качество здоровья. Преодолению разобщенности и достижению взаимопонимания в вопросах развития культуры здоровья может служить единое поле деятельности, общее для педагогов, физиологов, гигиенистов, психологов, педиатров и других специалистов – это образовательное учреждение, в том числе и дошкольное образовательное учреждение [6, 7].

Таким образом, на основе выполненного теоретического анализа нами была разработана личностно-ориентированная технология развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Целью предлагаемой нами технологии является развитие культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения. Это **целевой блок** технологии.

Принципы целевого блока:

Принцип средового влияния. В методологическом плане это подход к человеку со стороны природного и социального окружения, превращаемого субъектом управления в среду его развития и формирования. Воспитывает не группа, не улица, не детский сад и даже не семья. Воспитывает среда детского сада, среда семьи, среда улицы, среда группы

Принцип диалогичности и сотрудничества в процессе развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения. Данный принцип заключается в установлении субъект-субъектных отношений в профессионально-педагогическом взаимодействии. Диалогизация основывается на вере в позитивный потенциал педагога, неограниченные творческие возможности постоянного развития и самосовершенствования. Активность педагога, его потребность в самосовершенствовании развиваются только в условиях взаимоотношений с другими людьми, построенных по принципу диалога, основанного на

равенстве партнеров по общению, на эмоциональной открытости и доверии к другому человеку.

Принцип сочетания индивидуального и коллективного связан с личностно-индивидуальной ориентацией, с опорой на индивидуальность каждого человека, вплоть до определения индивидуальных траекторий педагогической деятельности, но с включением каждого в коллективные формы работы.

Содержательный блок представлен структурными компонентами:

- аксиологическим, раскрывающим мотивы педагогов в вопросах культуры здоровья и их ценностные ориентации;

- когнитивным, отвечающим за полноту и системность полученных знаний и способность использовать их в своей профессиональной деятельности;

- иницилирующим, определяющим наличие активности в использовании сформированных умений и навыков;

Так же в содержательном блоке выделяются и функциональные компоненты: мотивационный, информационно-познавательный, эмоциональный и организационно – деятельностный.

Технологический блок состоит из трех этапов:

1. Проектирующий этап, на котором осуществляется диагностика и анализ уровня культуры здоровья педагогов дошкольного образовательного учреждения; определяется содержание личностно-ориентированной технологии с учетом проблемных проявлений в течение всего периода проведения исследования;

2. На этапе реализации осуществляется выбор методов, средств и форм педагогического воздействия в процессе развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения;

3. Итоговый или рефлексивный этап предполагает определение уровня развития культуры здоровья педагогов дошкольного

образовательного учреждения, контроль и фиксацию результатов исследования.

Критериально - оценочный блок позволяет выделить критерии, показатели и уровни развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения такие как:

- мотивационно - ценностный критерий (осознанный выбор педагогом оптимальных методов развития культуры здоровья);

- когнитивно – информационный критерий (полнота и прочность знаний о формах и методах развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения);

- критерий эмоционального состояния педагога (позитивное принятие новых форм и методов работы);

- критерий организационно-коммуникативного взаимодействия (способность к коммуникации и групповому «мозговому штурму», способность к принятию здоровьесберегающих решений и ответственность за эти решения).

Представим эти данные графически в таблице 1.1

Таблица 1.1.

Модель личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения

Методология: системно-деятельностный, личностно-ориентированный, средовой и комплексный подходы.	Целевой блок				Компоненты культуры здоровья: ценностно-ориентационный (первичное осознание здоровья как ценности), деятельностный (активность в здоровьесозидающей жизнедеятельности) и витальный (реальное состояние компонентов здоровья).
	Цель: развитие культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения		Принципы: принцип средового влияния, диалогичности и сотрудничества в процессе развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения, принцип сочетания индивидуального и коллективного		
	Технологический блок				
	<i>Проектирующий этап</i>	<i>Этап реализации</i>	<i>Итоговый или рефлексивный</i>		
	Диагностика и анализ уровня культуры здоровья педагогов дошкольного образовательного учреждения; определяется содержание личностно-ориентированной технологии с учетом проблемных проявлений в течение всего периода проведения исследования	Выбор методов, средств и форм педагогического воздействия в процессе развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения	Определение уровня развития культуры здоровья педагогов дошкольного образовательного учреждения, контроль и фиксацию результатов исследования		
	Содержательный блок				
	<i>Структурные компоненты</i>				
	Аксиологический	Когнитивный	Иницирующий		
	<i>Функциональные компоненты</i>				
	Мотивационный	Информационно-познавательный	Эмоциональный	Организационно-деятельностный	
Критериально - оценочный блок					
<i>Критерии</i>		<i>Показатели</i>			
1. Мотивационно - ценностный критерий		Осознанный выбор педагогом оптимальных			

	методов развития культуры здоровья
2. Когнитивно – информационный критерий	Полнота и прочность знаний о формах и методах развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения
3. Критерий эмоционального состояния	Позитивное принятие новых форм и методов работы
4. Критерий организационно-коммуникативного взаимодействия	Способность к принятию здоровьесберегающих решений и ответственность за эти решения
Уровни: высокий, средний, низкий.	
Результат: максимальная позитивная динамика в уровне развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения	

На основе данной модели будет проектироваться формирующий этап экспериментального исследования. Критерии, выделенные в данной модели, станут основой для оценки эффективности реализации формирующего этапа эксперимента.

Выводы по 1 главе.

Культура здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения - это категория, интегрирующая личностные и профессиональные качества, определяющие здоровьесберегающий стиль поведения педагога и эффективную деятельность по формированию здорового образа жизни дошкольников.

Культура здоровья педагога развивается в специально созданных условиях профессионального образования, преимущественно на последипломном этапе, в процессе профессиональной деятельности. Основными препятствиями для развития высокого уровня культуры здоровья педагога являются объективные и субъективные факторы, к числу которых относятся: фактическое отсутствие системы непрерывного педагогического образования педагогов в области здоровья, высокая интенсивность профессиональной деятельности, отсутствие необходимого методического обеспечения, пассивность самих педагогов.

Показатели развития культуры здоровья служат основой для проектирования личностно - ориентированного педагогического сопровождения на этапе саморазвития и самообразования в области здоровьесбережения.

Эффективность работы по развитию культуры здоровья воспитателя на этапе самообразования обеспечивается комплексом психолого-педагогических (внутренних) и организационно - педагогических (внешних) компонентов технологии, обеспечивающих стимулирование личностно-профессионального развития воспитателя в данной сфере.

Критериями эффективности технологии развития культуры здоровья являются: ценностно-ориентационный показатель (первичное осознание здоровья как ценности), деятельностный (активность в здоровьесозидающей жизнедеятельности) и витальный (реальное состояние компонентов здоровья).

Глава 2. Опытнo-экспериментальная работа по развитию культуры здоровья педагога в контексте реализации личностно-ориентированной технологии

2.1. Диагностика уровня сформированности культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения

Исследование проводилось на базе МБДОУ д/с №14 «Золотой ключик» города Белгорода. В исследовании приняли участие 30 педагогов МБДОУ (воспитатели и педагоги дополнительного образования).

Для изучения состояния культуры здоровья педагогов мы использовали следующие методики:

1. Анкета А. М. Лошакова «Культура здоровья педагога» (адаптирована для работы с действующим педагогическим коллективом) (Приложение 1).

Данная анкета позволяет оценить состояние ценностно-мотивационного, когнитивного, деятельностного и рефлексивного компонентов культуры здоровья педагогов.

2. Методика изучения ценностных ориентаций М. Рокича. Цель: выявить ценностные ориентации педагогов (Приложение 2).

3. Анкетирование педагогов с целью выявления потенциала личностно-ориентированных технологий.

Анализ результатов анкеты А.М. Лошакова «Культура здоровья педагога» позволил установить уровень развития ценностно – ориентационного компонента культуры здоровья педагогов. Были выявлены следующие информационные потребности педагогов в вопросах здоровья. Как показали результаты проведенного опроса, 21 сотрудник (69,3%) испытывают потребность в информации по данному направлению.

В первую очередь педагоги не владеют информацией по таким вопросам, как «основные виды и направления профилактики заболеваний в образовательных учреждениях» - 13,2% (в основном это молодые сотрудники), «профилактика различных инфекционных и неинфекционных заболеваний» - 13,2%, «принципы рационального питания» - 9,9%, «понятие о стрессе и его фазах» - 16,5%, «формирование здорового образа жизни дошкольников» - 16,5%.

Графически эти данные представлены на рисунке 2.1.

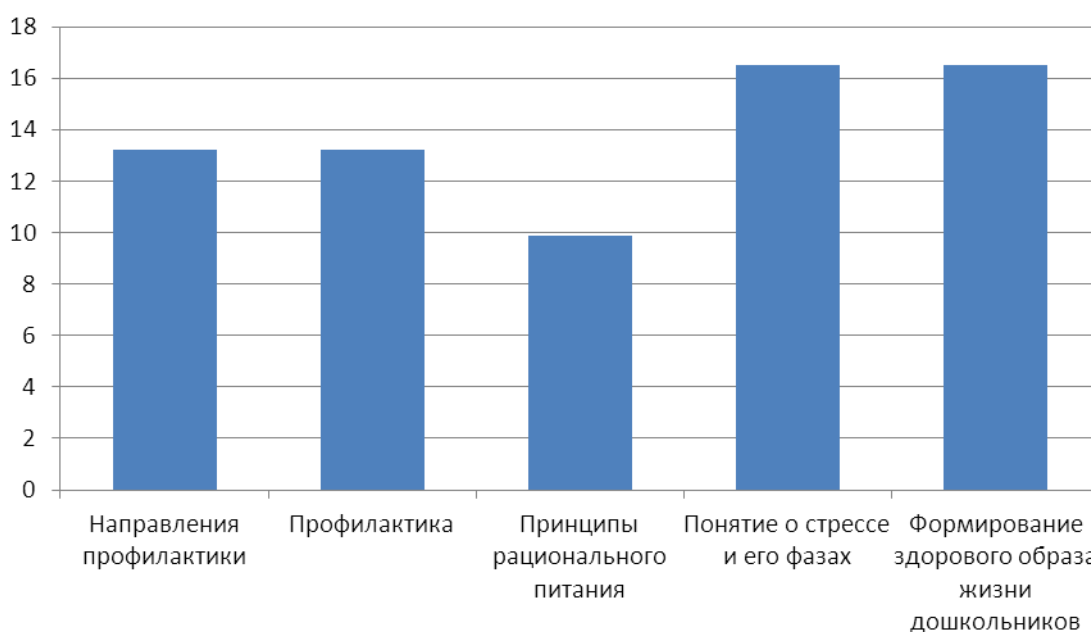


Рис. 2.1. Показатели потребности в информации по вопросам культуры здоровья.

В процессе анализа источников получения информации педагоги имели возможность выбирать 2 и более источников. Таким образом, мы получили следующие данные: среди источников получения информации 21 педагогом были названы средства массовой информации – 69,3%; 16 сотрудников назвали медицинских работников – 52,8%; кафедры ВУЗа при изучении учебных дисциплин выбрали 8 педагогов – 26,4 %; научно-методическая литература является источником для 14 педагогов – 46,2%; друзья (подруги)

и родители выступают в качестве источника для 8 педагогов, что составляет 26,4 %.

Интернет в качестве источников информации оказался на одном из последних мест.

Графически эти данные представлены на рисунке 2.2.

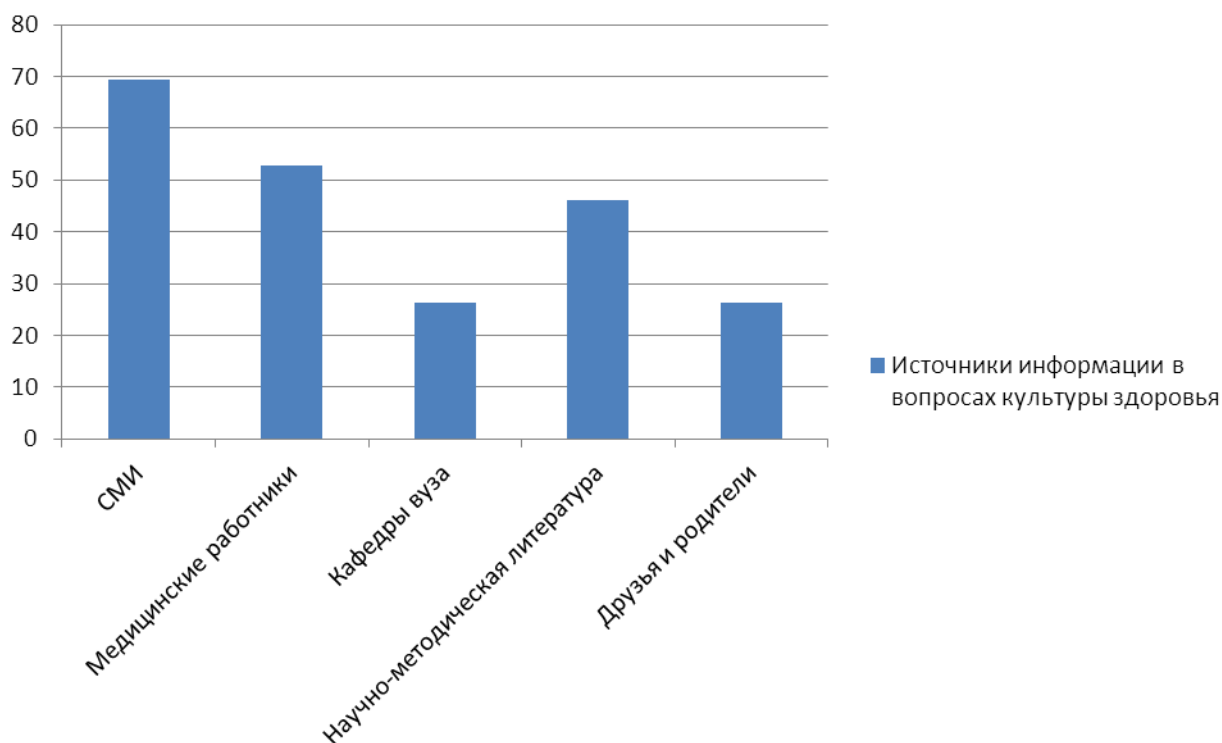


Рис. 2.2. Показатели источников информации в вопросах культуры здоровья.

Наибольшим доверием в качестве источников информации у педагогов пользуются: друзья (подруги) и родители – 25,0%; научно-методическая литература – 45,0%; медицинские работники - 85,7%; средства массовой информации - 10,0%; кафедры ВУЗа при изучении учебных дисциплин - 10,9%. При анализе качества поступающей информации виден диссонанс между показателями частоты использования информационного источника и положительной оценкой качества информации.

В качестве причин, мешающих искать качественную информацию, 21 педагог указал на недостаток времени (69,3 %), 3 педагога на занятость в

процессе работы (9,9%), 2 сотрудника – на недостаток опыта (6,6%) (молодые специалисты), и 4 педагога – на недостаток собственно качественной информации (14,2%).

Всегда критически оценивают полученную информацию 14 респондентов (47,2%), принимают «на веру» всю информацию всего 2 педагога (6,6%), и 14 педагогов (47,2%) избирательно относятся к информации, которую получают.

Таким образом, обнаружена гетерохронность в развитии отдельных компонентов культуры здоровья, которую необходимо учитывать в педагогическом процессе.

Частота распространённости высокого уровня культуры здоровья составила: 26,4% (у 8 педагогов) - в структуре ценностно-мотивационного, 19,8% (у 6 педагогов) - в структуре рефлексивного, 16,5% (у 5 педагогов) - в структуре деятельностного и 19,8% (у 6 педагогов) - в структуре когнитивного компонентов.

Графически эти данные представлены на рисунке 2.3.

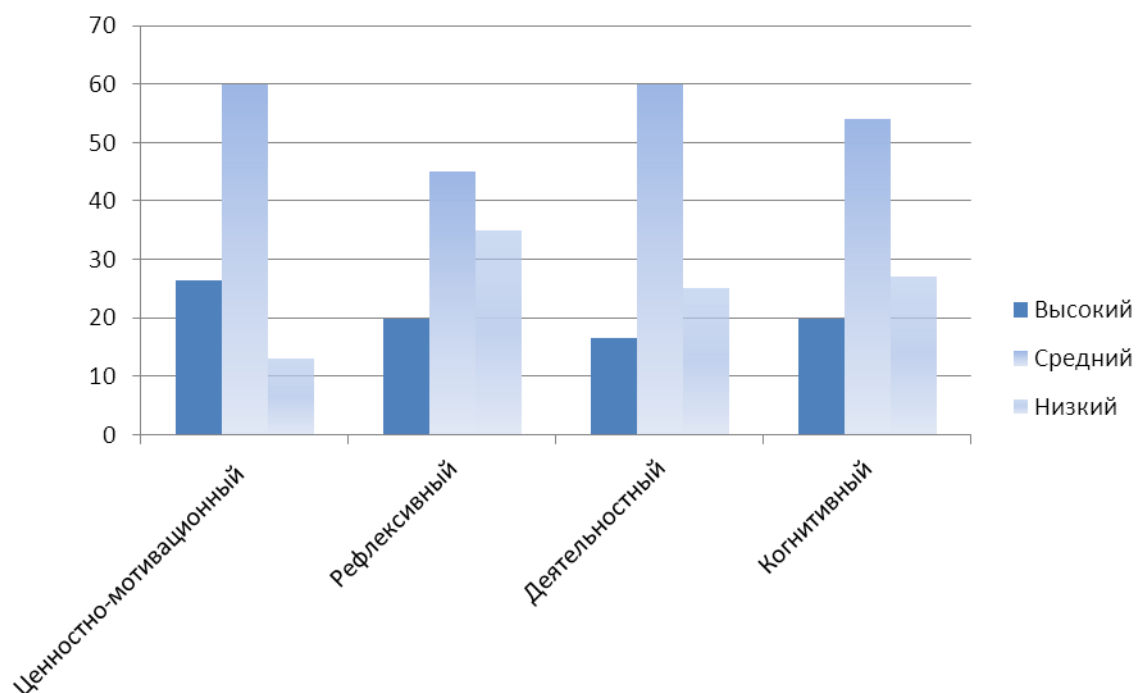


Рис. 2.3. Показатели уровня развития культуры здоровья педагогов

Анализ данных, полученных по методике М. Рокича, выявил различия в определении жизненных ценностей педагогов.

В целом по группе педагогов показатели иерархии ценностей распределились следующим образом:

Наиболее значимые терминальные ценности - «интересная работа», «счастливая семейная жизнь», «наличие хороших и верных друзей», «здоровье» (4,4; 4,3; 4,2 и 4,1 балла соответственно).

Наименее значимые терминальные ценности – «получение удовольствия» и «общественное признание» (3,1 и 3,1 соответственно).

Анализ данных инструментальных ценностей свидетельствует о том, что в данной группе педагогов наивысший ранг занимают такие ценности как «жизнерадостность», «образованность», «честность» и «рационализм».

Таким образом, по результатам диагностики ценностных ориентаций личности нами были выделены 2 группы педагогов: с преобладанием терминальных и инструментальных ценностей.

Как следует из рисунка 2.4 большинство педагогов в качестве доминирующих ценностей для себя определяют терминальные ценности – 23 педагога (75,9%) и только 7 педагогов (24,1%) - инструментальные.

Следовательно, большинство педагогов определяют для себя как приоритетные ценности-цели и только четверть респондентов - ценности-средства.

Результаты представлены в виде рисунка 2.4.

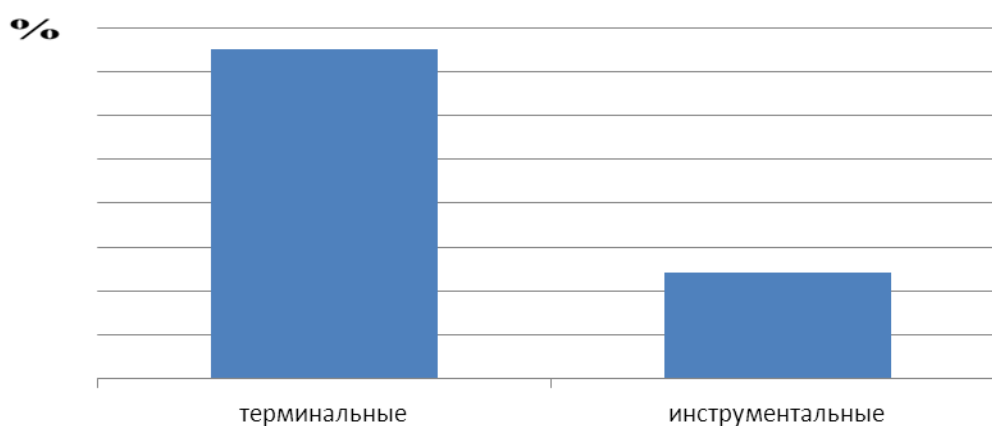


Рис. 2.4. Результат изучения значимости различных типов ценностей педагогов (%)

Более подробный анализ позволит нам изучить содержательные характеристики ценностных ориентаций педагогов.

Представим данные по педагогическому коллективу в целом.

По отношению к семье, как ценности, устойчиво-позитивное отношение отмечается у 25 педагогов (82,5%). Ценность семьи для них высоко значим. Такие испытуемые дорожат семейными традициями и устоями, помнят о разных мелочах, приятных кому-то из членов семьи. Семейные праздники всегда проходят при их участии и помощи в подготовке. Они хотят счастливую семью.

У 9.9% от общего числа педагогов (3 человек) отмечается ситуативно-позитивное отношение к семье. Семья для таких респондентов представляет определенную ценность, но сам факт наличия семьи, семейных традиций воспринимается им как естественный по другому просто не может быть. Они принимают участие в семейных праздниках, но без напоминания не всегда вспомнят о дне рождения кого-то из близких. Заботу родных воспринимают как само собой разумеющуюся.

И 6.6% педагогов (2 человека) отмечают ситуативно-негативное, то есть потребительское отношение к семье. Если от родных нужно что-то серьезное, они добьются этого любыми путями - лестью, ложью, послушанием. А сами при этом, скорее всего, считают, что никому и ничем не обязаны.

Представим эти данные графически (рис. 2.5.).

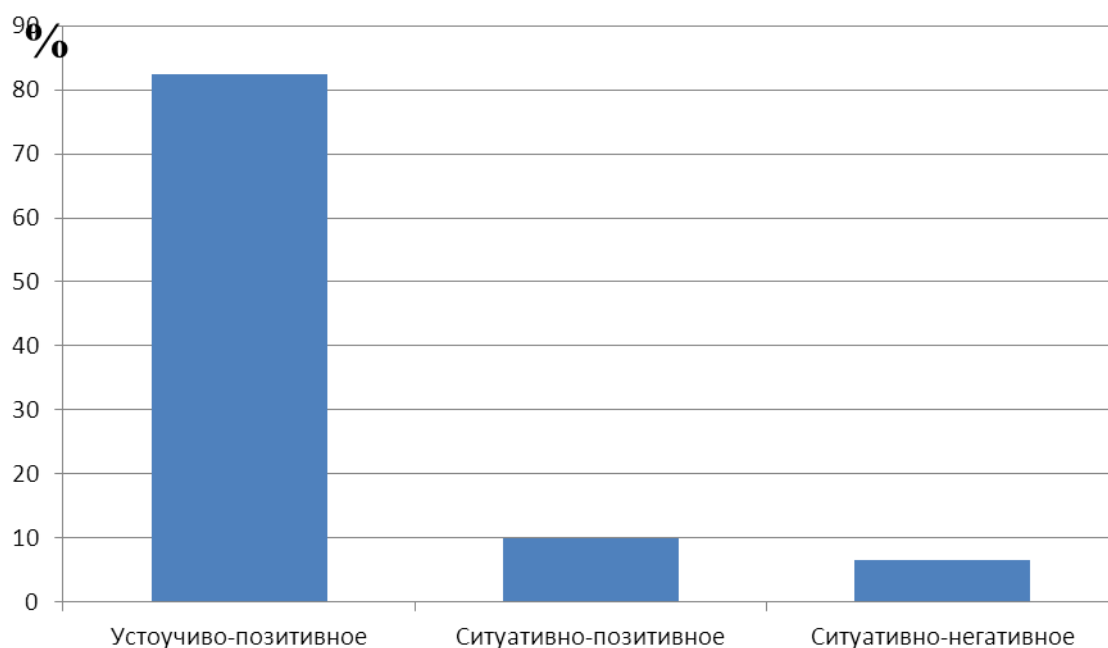


Рис. 2.5. Отношение к семье как ценности в группе педагогов (в %)

По отношению к природе 29,7% педагогов, то есть у 9 человек, отмечают устойчиво-позитивное отношение (педагоги с развитым экологическим сознанием). Для них естественно чувство жалости и сопереживания любым животным; они готовы убирать лес и чистить водоемы, находя эти занятия увлекательными и важными лично для себя.

18 педагогов (59,4%) демонстрируют ситуативно-позитивное отношение. Заботятся о животных, цветах, но главным образом о тех, которые принадлежат непосредственно им. Экологические проблемы воспринимаются ими как объективно важные, но при этом не зависящие от них лично.

Ситуативно-негативное отношение (собственное мнение об экологических проблемах зависит от конъюнктуры) отмечается у 3 педагогов (9,9%). Таким педагогам удобнее не обращать внимания на такие мелочи, как брошенный ими мусор и т.д. И сами не отреагируют, если то же самое делают другие. Всех животных они делят на полезных и бесполезных, радующих их взгляд и вызывающих брезгливое отношение.

Представим эти данные графически (рис. 2.6).

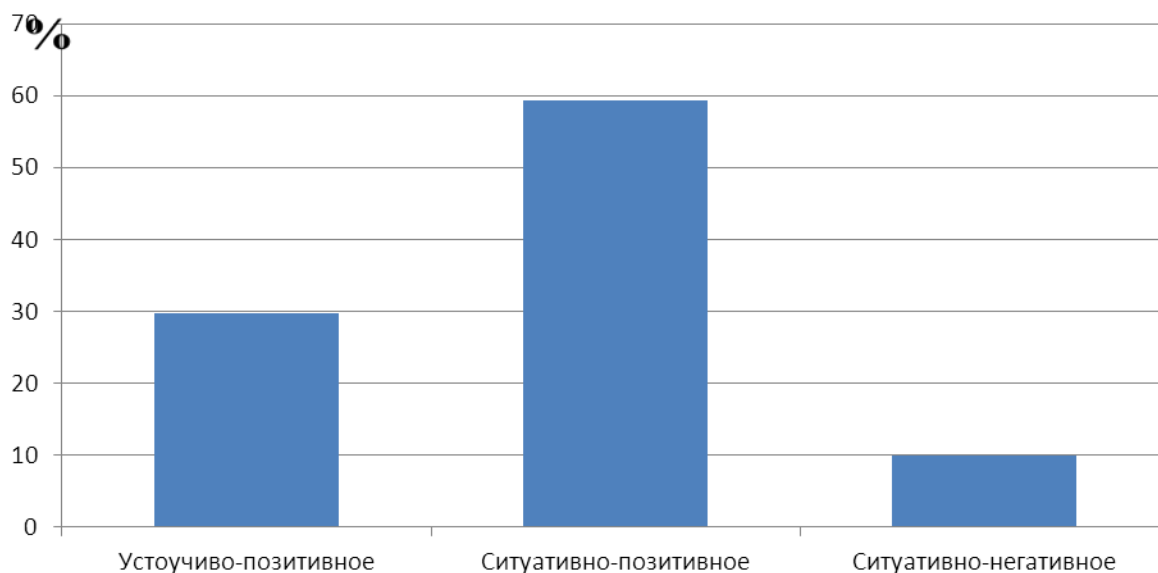


Рис. 2.6. Отношение к природе как ценности в группе педагогов (в %)

По показателям отношения к культуре устойчиво-позитивное отношение свойственно 6 педагогам (19,8%). Культурные формы поведения, лично значимы для таких испытуемых и деятельно реализуются ими в повседневной жизни. Им чужды грубость, «украшение» речи нецензурными оборотами, они внимательны и тактичны по отношению к другим людям. Они понимают необходимость сбережения того культурного достояния, которое досталось нам в наследство от прошлого, и категорически не приемлют вандализма.

19 педагогов (62,7%) демонстрируют ситуативно-позитивное отношение к культуре. Они признают объективную ценность культурных форм поведения, но отнюдь не всегда руководствуются ими в своей повседневной жизни. Они хотят выглядеть «культурным личностью», но не готовы прикладывать ежедневные усилия к этому. Они находят оправдание эпизодическим проявлениям со своей стороны хамства («я бываю грубой только в ответ»), неряшливости и нецензурной брани. Но при этом вандалы антипатичны им.

И 5 педагогов (17,5%) демонстрируют ситуативно-негативное отношение к культуре. Культурные формы поведения рассматриваются такими педагогами как нечто догматичное, а потому обременяющее их повседневную жизнь. Они сторонник естественного выражения своих мыслей, чувств, желаний.

Представим и эти данные графически (рис. 2.7).

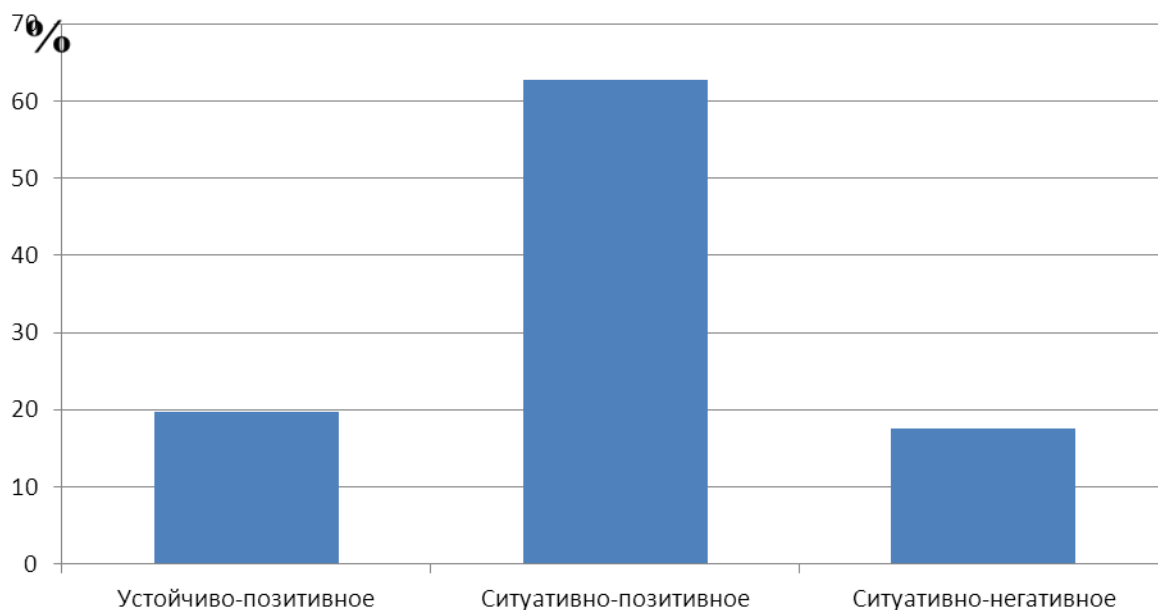


Рис. 2.7. Отношение к культуре как ценности в группе педагогов (в %)

Устойчиво-позитивное отношение к знаниям отмечают 8 педагогов (26,4%). Для них присуща точка зрения, согласно которой успешность профессионального роста, карьеры напрямую связана с глубиной знаний и стремятся к их получению.

Ситуативно-позитивное отношение отмечается у 17 педагогов (56,1%). Такие педагоги охотно учатся на протяжении всей жизни, но по своей инициативе вряд ли будут долго копаться в книгах, чтобы найти значение непонятого им термина или факта. В их сознании знания и профессиональный рост, безусловно, связаны.

И 5 педагогам (17,5%) свойственно ситуативно-негативное отношение к знаниям. Такие педагоги, никогда не спросят коллег, если им

что-то непонятно. А знания носят для них чисто утилитарный характер (выучил, выполнил - значит нет никаких неприятностей).

Представим и эти данные графически (рис. 2.8).

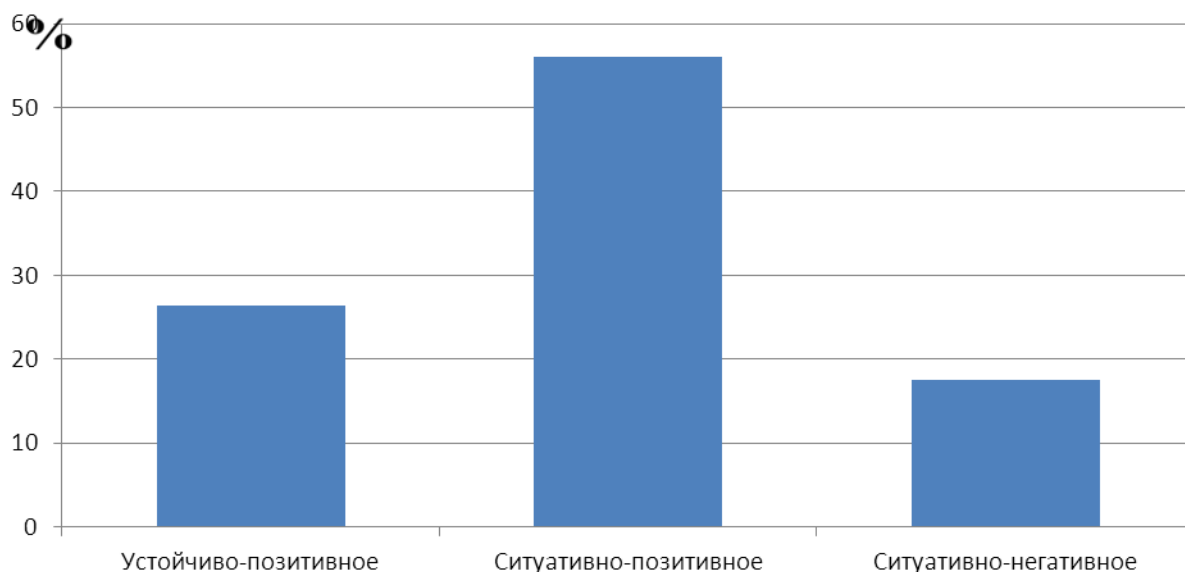


Рис. 2.8. Отношение к знаниям как ценности в группе педагогов (в %)

Изучение отношения педагогов к личности как таковой показало, что 17 педагогов (56,1%) отмечают устойчиво-позитивное отношение, ценность личности, как он есть во всех своих проявлениях. Человеческая жизнь для них бесценна. Они милосердны, способны к сочувствию, состраданию и прощению.

Ситуативно-позитивное отношение, то есть ситуацию, при которой ценность личности может быть, и осмыслена старшеклассником, но полноценно не прочувствована, демонстрируют 13 педагогов (43,9%). Они могут продемонстрировать свой гуманизм, но в глубине души отдельные категории людей (например, попрошайки или бомжи) представляются им теми, кто не заслуживает к себе доброго отношения.

И ситуативно-негативное отношение (педагоги склонны делить людей на нормальных и ненормальных) у педагогов нашего коллектива не выявлено.

Представим и эти данные графически (рис. 2.9).

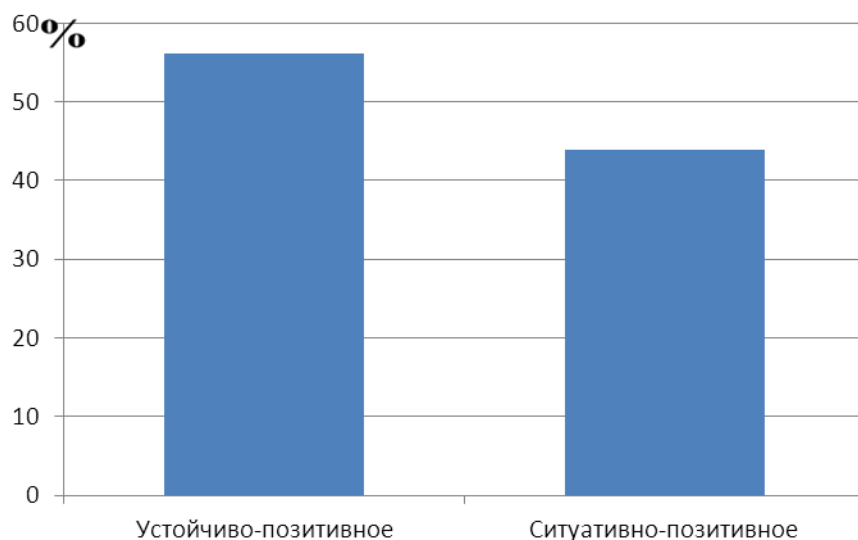


Рис. 2.9. Отношение к культуре как ценности в группе педагогов (в %)

Устойчиво-позитивное отношение к здоровью отмечают 13 педагогов (43,9%). Для них присуща точка зрения, согласно которой здоровье является первоосновой всего. Для таких респондентов уровень их физического благополучия определяет качество их жизни, а многие режимные моменты (правильный распорядок дня, культура питания, психогигиена) представляют самостоятельную ценность.

Ситуативно-позитивное отношение к здоровью отмечается у 15 педагогов (49,5%). Такие педагоги так же серьезно относятся к своему здоровью, но по своей инициативе вряд ли будут уделять этому вопросу много сил и времени. В их сознании здоровье выступает обязательным условием успешной карьеры, интересного отдыха и т.д.

И 2 педагогам (6,6%) свойственно ситуативно-негативное отношение к знаниям. Здоровье носит для них чисто утилитарный

характер. Они задумываются над проблемой собственного здоровья только в случае болезни, и даже в такой ситуации их действия отличаются определенной алгоритмичностью (болит – надо принять лекарство).

Представим и эти данные графически (рис. 2.10).

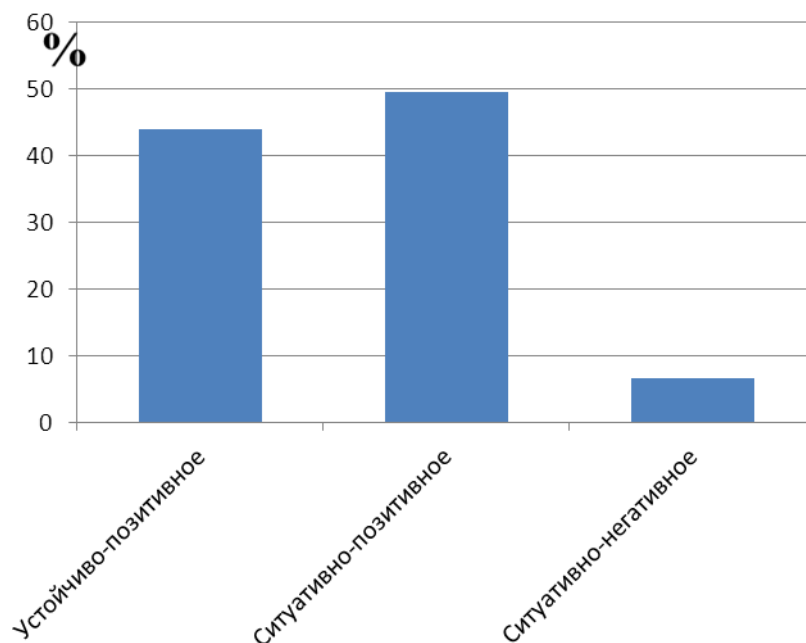


Рис. 2.10. Отношение к здоровью как ценности в группе педагогов (в %)

Очевидно, что при анализе показателей ценностных ориентаций более значимыми для современных педагогов являются ценность семьи, природы, культуры, знаний и ценность личности как такового.

Диагностика *деятельностного компонента культуры здоровья* осуществлялась с помощью анкетирования педагогов на вопрос выявления форм активности в здоровьесозидающей жизнедеятельности. В бланк анкеты были внесены все мероприятия по здоровьесбережению за прошедший учебный год. Педагогам необходимо было отметить, в каком количестве мероприятий они принимали участие и насколько охотно.

Анализ результатов на первый вопрос показал, что только 18 педагогов (59,4%) принимали участие во всех спортивных, просветительских и иных мероприятиях, направленных на включение педагогов в различные формы

активности в здоровьесозидающей жизнедеятельности. 12 педагогов (40,6%) по разным причинам не участвовали в более чем 50% таких мероприятий.

Графически активность педагогов представим на рисунке 2.11.

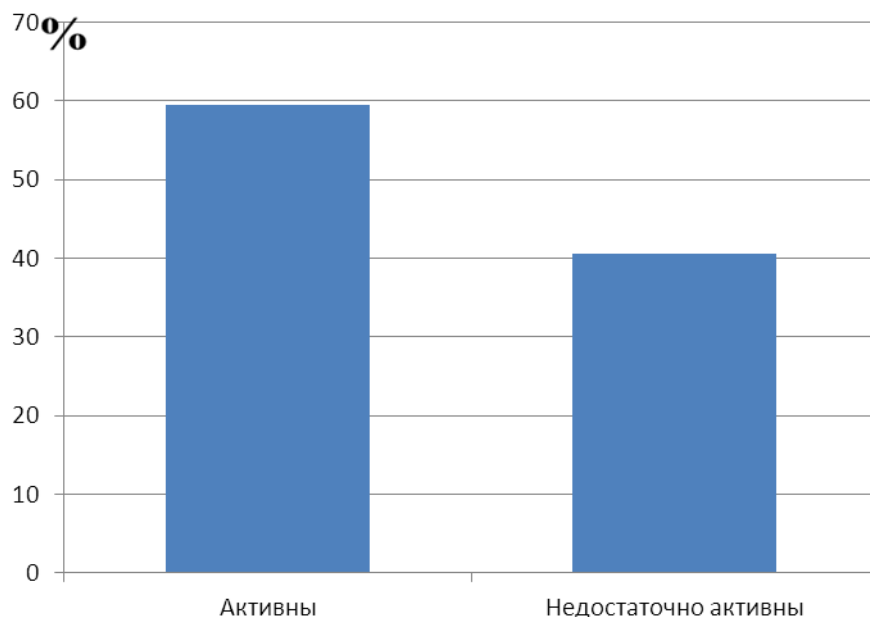


Рис. 2.11. Активность педагогов в здоровьесозидающей жизнедеятельности (в %)

Таким образом, данные рисунка 2.11 убедительно свидетельствуют, что достаточно большая часть педагогического коллектива нуждается в дополнительной мотивации и просвещении в вопросах участия в мероприятиях, направленных на развитие *деятельностного компонента* культуры здоровья педагогов.

Анализ ведущей мотивации участия в таких мероприятиях показал, что 12 педагогов (40,6%) принимают активное участие по причине как профессионально так и личной заинтересованности. Они испытывают потребность вести здоровый образ жизни, заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих, соблюдают режим и получают от этого удовольствие.

9 педагогов (29,7%) считают для себя необходимым принимать участие в таких мероприятиях, так как это дает возможность на личном примере

показать дошкольникам ценности и содержательность здоровьесозидающей жизнедеятельности.

6 педагогов (19,8%) рассматривают подобное участие как ответственное выполнение своих должностных обязанностей. Они не получают удовольствия от происходящего, но понимают меру ответственности за выполнение годового плана дошкольной организации, соблюдение профессиональной этики и невозможности нарушать устав ДООУ.

3 человека (9,9%) рассматривают подобное участие как эффективный способ увеличить стимулирующие доплаты к заработной плате (Показатель «Активное участие в общественных мероприятиях»).

Графически доминирующую мотивацию педагогов представим на рисунке 2.12.

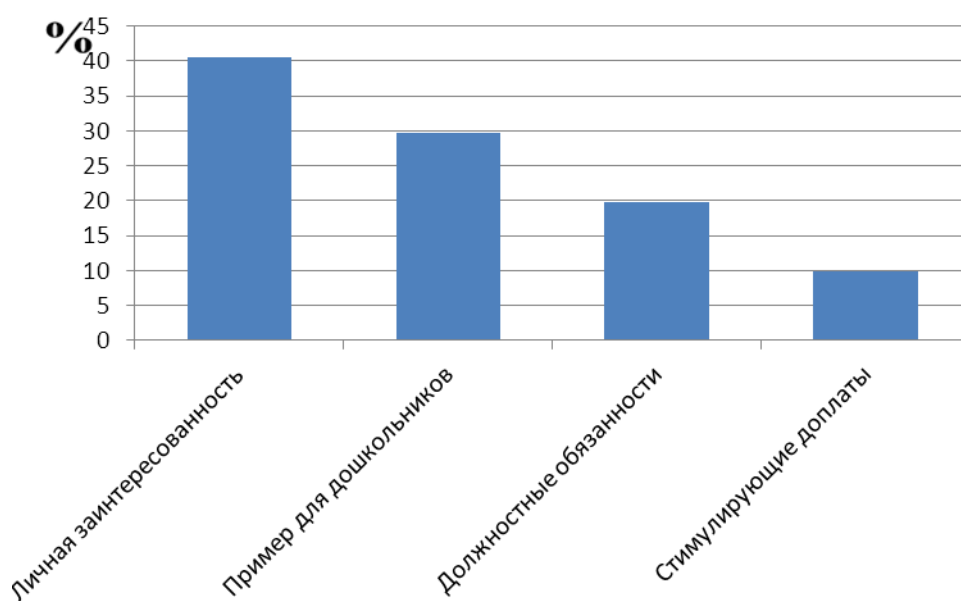


Рис. 2.12. Доминирующая мотивация участия педагогов в здоровьесозидающей жизнедеятельности (в %)

А анализ медицинской документации позволил определить витальный компонент культуры здоровья педагогов (реальное состояние компонентов здоровья). В качестве источника информации выступали «Листы нетрудоспособности». Специфика дошкольного образовательного

учреждения такова, что сотрудник в состоянии нездоровья просто не может приступить к исполнению своих должностных обязанностей. Поэтому считаем данный источник информации достоверным и достаточным для анализа данного компонента культуры здоровья педагогов.

Анализ «Листов нетрудоспособности» показал, что 18 педагогов (60,4%) в течение учебного года не болели и не прерывали свою профессиональную деятельность, 9 педагогов (29,7%) педагогов разово воспользовались «Листом нетрудоспособности» и 3 человека (9,9%) делали это два и более раз.

Графически уровень развития витального компонента культуры здоровья педагогов представим на рисунке 2.13.

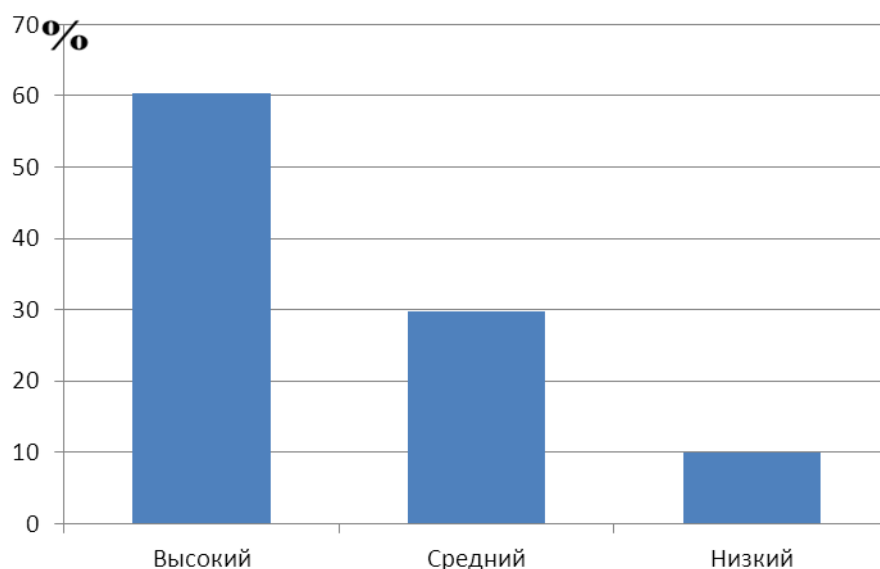


Рис. 2.13. Уровень развития витального компонента культуры здоровья педагогов (в %)

На педагогических часах в МБДОУ д/с №14 "Золотой ключик" педагоги неоднократно анализировали преимущества использования личностно-ориентированных технологий для решения целого ряда профессиональных задач. Основные выводы, которые они сделали: личностно-ориентированные технологии характеризуются антропоцентричностью, гуманистической и психотерапевтической

направленностью и имеют целью разностороннее, свободное и творческое развитие и детей и педагогов как субъектов деятельности.

Итогом тематических педагогических часов стало анкетирование педагогов с целью выявления их приоритетов в использовании потенциала личностно-ориентированных технологий. Все педагогам было дано единственное задание: «Аргументировано укажите наиболее эффективную с Вашей точки зрения личностно – ориентированную технологию».

Данные этого опроса представим на рисунке 2.14.

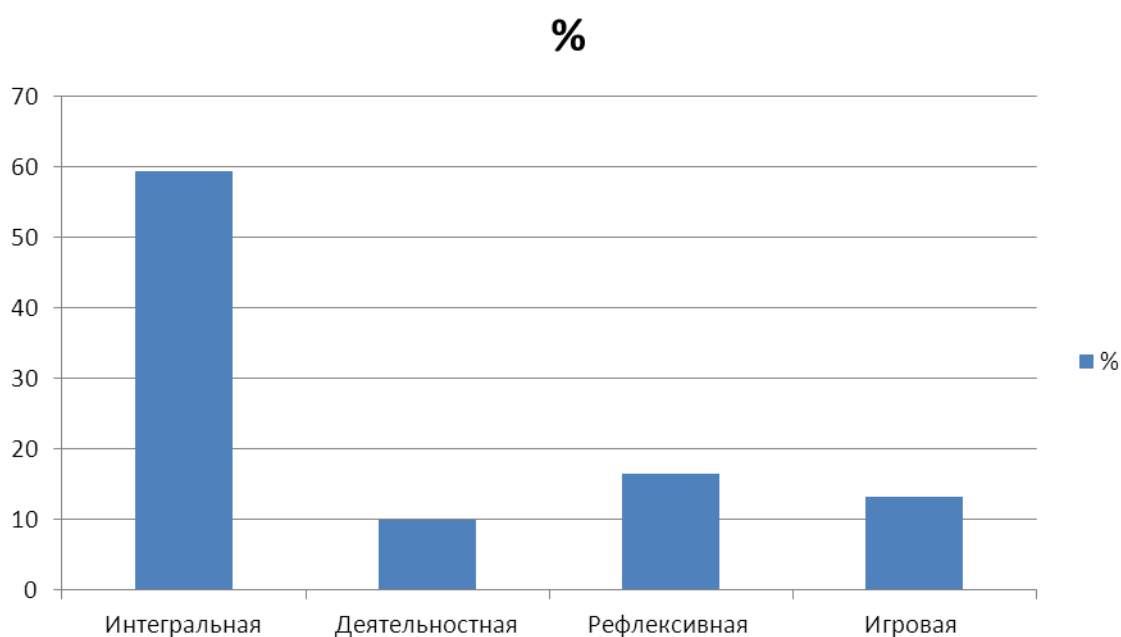


Рис. 2.14. Выявление приоритетов педагогов в использовании потенциала личностно-ориентированных технологий (в %)

По данным анкетирования 4 педагога (13,2%) в качестве оптимальной выделяют для себя технологию имитационного моделирования (или игровую технологию). Характерной чертой этой технологии является моделирование жизненно важных профессиональных затруднений в образовательном пространстве и поиск путей их решения (в том числе и в контексте проблемы культуры здоровья).

3 педагога (9,9%) в качестве оптимальной выделяют деятельностную технологию. Характерной чертой этой технологии является способность

педагога проектировать предстоящую деятельность, быть ее активным субъектом.

Еще 5 педагогов (16,5%) в качестве оптимальной выделяют для себя рефлексивную технологию. Особенностью этой технологии является осознание педагогом деятельности: того как, каким способом получен результат, какие при этом встречались затруднения, как они были устранены, и что чувствовал он при этом.

18 педагогов (59,4%) считают оптимальной возможность объединить особенности всех технологий в одну и получение интегральной технологии. Ярким представителем интегральной технологии является проектная деятельность, в основе которой лежит проект, который с точки зрения педагогов открывает максимальные возможности для решения широкого круга профессиональных задач, в том числе, и в контексте проблемы культуры здоровья).

Таким образом, результаты данного этапа опытно – экспериментального исследования подтверждают актуальность проблемы культуры здоровья педагогов. Педагог в современном дошкольном образовательном учреждении выступает как образец для всех участников образовательного процесса, но при этом сам не всегда демонстрирует достаточный уровень культуры здоровья.

Данные нашего исследования показывают, что педагоги не всегда достаточно мотивированы в вопросах формирования культуры здоровья, только часть педагогического коллектива демонстрирует готовность рефлексировать, активно включаться в деятельность по повышению культуры здоровья (собственного и других участников образовательного процесса) и повышать свой уровень образования в данном вопросе.

2.2. Апробация авторской личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения

Опираясь на работы Л.Н. Волошиной и схему личностно-ориентированной технологии, обеспечивающей эффективность развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения, которая подробно представлена нами в первой главе, мы определили направления и содержание работы развитию культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Личностно-ориентированные технологии строятся с учетом вариативности содержания деятельности. Это означает с одной стороны, признание разнообразия содержания и форм здоровьесберегающей деятельности, выбор которых должен осуществляться с учетом интересов и способностей педагогов, с другой стороны – содержание деятельности, его средства и методы организуются так, чтобы педагог мог проявить избирательность к виду и форме здоровьесберегающей деятельности.

На основе полученных результатов нами были определены условия и разработаны направления и содержание технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Разработанные нами этапы реализации технологии стали организационной основой для их реализации. Данная работа представляет собой инновационное направление деятельности дошкольного образовательного учреждения и педагогов дошкольного образовательного учреждения.

Главной целью разработки и внедрения в практику дошкольной организации технологии являлась реализация личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Разработка личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения является социально значимой проблемой, а инновационные процессы выступают механизмом разработки новых направлений в развитии профессиональных компетенций работников дошкольного образования и повышения педагогической культуры в вопросах здоровья и здоровьесбережения всех участников образовательного процесса.

В параграфе 1.3. нами уже было уточнено, что личностно-ориентированная технология всегда реализуется в предметно-пространственной развивающей среде, отвечающей требованиям содержания новой ООП ДО с ФГОС ДО, которая позволяет педагогу проявить свою активность, наиболее полно реализовать себя, свои возможности и профессиональные интересы.

Цель личностно – ориентированной технологии – заложить в человеке механизмы самореализации, саморазвития, адаптации, саморегуляции, самовоспитания, необходимые для развития у человека культуры здоровья и становления самобытного личностного образа.

Первый этап работы (*целевой компонент технологии*) по реализации технологии направлен на формирование готовности педагога к реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья. Основными задачами этого этапа являются: сформировать мотивационную готовность педагога к реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья; обеспечить устойчивую направленность педагогической деятельности на развитие культуры здоровья педагога. Такой педагог сможет оказать помощь и методическую поддержку коллеге или профессиональную помощь ребенку, в зависимости от тех сложностей или успехов, которые он демонстрирует, создаст учебные ситуации в разных режимных моментах. Решению данных задач способствовал комплекс приоритетных условий.

Реализация *технологического компонента технологии* заключалась в определении оптимальных форм и методов работы и осуществлялась в следующих формах: лекции-диалоги на педагогических часах, участие в тематических методических объединениях, использование позиционной модели обучения, проведение деловых игр и семинаров-практикумов. Перед семинарами и лекциями – диалогами старший воспитатель рекомендовала педагогам познакомиться с литературой по обсуждаемой проблеме, поразмышлять и ответить на поставленные вопросы.

На педагогических часах в дискуссионной форме рассматривались проблемы и варианты реализации личностно-ориентированных технологий развития культуры здоровья. Педагогами осуществлялся анализ параметров, характеризующих состояние культуры здоровья педагога. Эти формы работы с педагогами предполагали обеспечение активной включенности в анализ целей и ценностей процесса реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья, их соотнесение со своей личностной и профессиональной позицией.

Через многообразие методов работы, предусматривающих обратную связь, возможно формирование рефлексивной позиции педагогов, обеспечение личностного понимания профессиональных задач в контексте реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья.

Работа по реализации *технологического компонента* личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья представлена в таблице 2.1.

Таблица 2.1.

Реализации технологического компонента личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья

№ п/п	Тема	Оценка сформированности компетенций
1	Теоретические и концептуальные подходы к организации	Определение цели и задач педагогической деятельности в

	деятельности детского сада по реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья	ДОУ. Определение подходов к реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья
2	Нормативно-правовое обеспечение деятельности современного ДОУ по реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья	Использование метода «Опрос эксперта» по теме реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья
3	Гуманизация как ведущий принцип педагогической деятельности в вопросах реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья	Составление портфолио педагогов, публичное представление достижений педагогического коллектива ДОУ
4	Ценностно-смысловое самоопределение педагога в процессе педагогической деятельности по реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья	Составление «Коллажа ценностей педагога» в контексте реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья
5	Психолого-педагогическое сопровождение процесса реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья	Составление «Информационных уголков» для всех участников образовательного процесса (коллег, детей и родителей) с целью информирования о реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья
6	Рефлексия	Защита авторского педагогического опыта (АПО) на муниципальном и региональном уровнях

Одним из обязательных условий реализации *содержательного компонента технологии* является разработка и публикация методических пособий, тезисов региональных и всероссийских конференций, статей в специализированных изданиях, содержание которых отражает вопросы реализации личностно-ориентированных технологий развития культуры

здоровья. Главная задача этапа - повышение уровня методической грамотности педагогов в вопросах культуры здоровья педагогов ДОУ. На этапе реализации данного компонента в качестве координатора работы педагогического коллектива выступает старший воспитатель. Именно он с педагогами занимается разработкой и подготовкой материалов к публикации. В качестве основных форм работы выступают – работа творческих групп ДОУ, наставничество, научно-методический совет ДОУ, организация работы Школы молодого воспитателя и др.

Педагоги вовлекались в разные виды здоровьесберегающей деятельности, для этого в практике работы эффективно сочетали групповые и индивидуальные стратегии. В процессе реализации личностно-ориентированной технологии были активно задействованы все материально-технические объекты и возможности ДОУ: комната психологической разгрузки, тренажерный зал с инструктором – консультантом, зал для занятий аэробикой и т.д. Под руководством старшего воспитателя и инструктора по физической культуре проводилась подготовка к участию в спортивных конкурсах и подготовка к сдаче норм ГТО. Педагоги на уровне ДОУ обобщили актуальный педагогический опыт по проблеме культуры здоровья педагога ДОУ. Активно использовались стимулирующие надбавки за показатели культуры здоровья.

Содержание работы по реализации *содержательного компонента* технологии по реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья представлено в таблице 2.2.

Таблица 2.2.

Реализация содержательного компонента технологии

№ п/п	Тема	Оценка сформированности компетенций
1	Современные образовательные технологии реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья	Беседы, анкетирование, тестирование
2	Личностно-ориентированные технологии	Разработка проектов по

	развития культуры здоровья	вопросам развития культуры здоровья. Создание портфолио педагогов. Презентация авторских проектов.
--	----------------------------	--

Следовательно, работа в рамках реализации данного компонента позволит обогатить знания педагогов о современных личностно-ориентированных технологиях, обеспечивающих развитие культуры здоровья.

Содержание *критериально-оценочного компонента* было направлено на развитие и совершенствование системы педагогических умений педагогов. Теоретический материал строился на основе проблемного обучения с использованием лекций аналитического типа и лекций - диалогов. Такая форма работы позволяла каждому педагогу аргументировано высказать свое мнение.

В рамках реализации данного этапа особое внимание уделяется разработке, составлению и обсуждению на практических занятиях педагогов.

Таблица 2.3.

Формирование системы педагогических умений педагогов

№ п/п	Тема	Оценка сформированности компетенций
1	Социально-педагогические условия реализации личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья	Составление конспектов мероприятий и открытый показ
2	Особенности психолого-педагогического сопровождения педагогов с разным уровнем сформированности культуры здоровья	Защита образовательных проектов, обмен опытом (на методических семинарах, педагогических часах, городских методических объединениях)
3	Портфолио личных достижений педагогов	Представление портфолио педагогов

4	Развитие профессионально-значимых личностных качеств педагогов дошкольного образования	Проектирование модели практического применения стратегии, основанной на принципах гуманизма, ценностного отношения к достижениям каждого, уважения и абсолютного принятия
5	Портфолио педагога дошкольного образования	Защита портфолио педагога дошкольного образования

С этой целью нами была организована работа со старшим воспитателем для внедрения личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья в практику работы дошкольного образовательного учреждения.

Сотрудничество с педагогами осуществлялось через такие формы работы как проведение педсоветов, семинаров-практикумов, консультаций, деловых игр, мастер классов по проблеме развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения и личностно-ориентированных технологий как средства развития.

Подробно представим наиболее с нашей точки зрения интересные и эффективные мероприятия.

Первым подобным мероприятием нами был проведен *тематический педагогический час «Культура здоровья педагога»*.

В ходе данного мероприятия в форме дискуссии были рассмотрены следующие вопросы:

1. Содержание и структура культуры здоровья личности педагога.
2. Стресс как угроза здоровью педагога. Характеристика, физиологический механизм возникновения, симптомы, причины стресса.
3. Способы профилактики и преодоления чрезмерного стресса.

Было уточнено, что культура здоровья педагога – компонент общей и профессиональной культуры педагога, отражающий научно-обоснованный и подтвержденный традициями народа опыт здорового образа жизни, который

педагог, как его носитель, передаёт воспитанникам в своей профессиональной деятельности.

В структуре культуры здоровья педагога выделяются основные его компоненты:

1. Устойчивая мотивация здорового образа жизни (ЗОЖ);
2. Профессиональная компетентность в области ЗОЖ;
3. Владение здоровьесберегающими технологиями педагогической деятельности и способами здоровьесберегающего профессионального поведения («поведенческая грамотность»).

Дискуссионная форма мероприятия позволила педагогам проявить свою активность, наиболее полно и аргументировано высказать свою точку зрения, привести примеры из практики, обозначить свои профессиональные интересы. Опытные педагоги со стажем высказали свое мнение и имели возможность дать ряд рекомендаций молодым специалистам.

Итогом дискуссии стало определение педагогами наиболее эффективных и эргономичных способов борьбы со стрессом, среди них педагоги особо выделили:

1. Разработать систему приоритетов в своей работе. Оценить свою работу следующим образом: «должен сделать сейчас», «должен сделать сегодня», «сделать позднее на этой неделе» и «сделать, когда будет время». Это позволит грамотно распределять и использовать свое рабочее время и при этом конструктивно выстроить отношения с коллегами и руководством.

2. Действовать. Любая деятельность, особенно физический труд – в стрессовой ситуации выполняет роль «громоотвода». Стресс является очень сильным источником энергии. Купировать его можно самым простым способом: навести порядок на рабочем месте; организовать подвижную игру для воспитанников и принять в ней активное участие и т.д.

4. Творить. Любая творческая работа может отвлечь от негативных переживаний. А работа с детьми в группе дает возможность ежедневно рисовать, танцевать, петь, лепить, шить, конструировать и т.д.

Затем был организован и проведен *семинар-практикум для педагогов «Формирование культуры здоровья всех участников образовательного процесса»*. Цель семинара-практикума: уточнение и углубление компетенций педагогов в вопросах формирования культуры здоровья у детей дошкольного возраста посредством активной включенности педагогического состава.

Задачи семинара:

1. Формировать и закреплять профессиональные знания, умения и навыки педагогов в работе с детьми по сохранению и укреплению здоровья.
2. Способствовать росту педагогического мастерства, создать благоприятную атмосферу для творческой работы всех участников образовательного процесса.

Таким образом, процесс приобщения дошкольников к культуре здоровья можно представить в следующей последовательности:

Формирование «образа здоровья» + практические умения → начальная здоровьесберегающая компетентность.

Формированию культуры здоровья необходимо уделять внимание с раннего возраста, формируя осознанное отношение к своему здоровью через «образы здоровья» на доступном для овладения детьми этого возраста материале и практические навыки по уходу за своим организмом как основы начальной здоровьесберегающей компетентности.

В результате педагогами были определены направления деятельности по формированию культуры здоровья, а именно:

1. Формирование представлений о здоровом образе жизни.
2. Привитие стойких культурно-гигиенических навыков.
3. Обучение уходу за своим телом, навыкам оказания элементарной помощи.
4. Формирование привычки ежедневных физкультурных упражнений.
5. Развитие представлений о строении собственного тела.
6. Формирование представлений о том, что полезно и что вредно для организма.

7. Выработка осознанного отношения к своему здоровью, умения определить свои состояния и ощущения.

Педагогам были предложены дидактические игры, направленные на формирование культуры здоровья воспитанников. Например, *дидактическая игра «Назови правильно»*.

Цель игры: закрепление знаний о средствах гигиены, их назначении и правильном применении.

Материал: предметные картинки разнообразной тематики, в т.ч. с изображением средств гигиены, фишки.

Описание: дети выбирают из многообразия предметов те, которые помогают им ухаживать за собой. Например: «Я умываюсь» (какие предметы помогают тебе в этом), «Я принимаю душ» и т.д. За правильный выбор – фишка.

Данная игра позволяет педагогам творчески подойти к выбору наглядного материала, формулированию заданий и анализу результатов.

Для педагогов и родителей был предложен *тест «В хорошей ли вы форме?»*.

Чтобы постоянно поддерживать себя в хорошей форме, нужно ежедневно давать организму хотя бы небольшую физическую нагрузку. Этот тест поможет педагогам определить, насколько их распорядок дня помогает поддерживать хорошую физическую форму.

Одной из самых популярных среди педагогов форм работы стала подготовка воспитанников к *городскому спортивному празднику*. Подготовка к этому мероприятию позволила сплотить педагогический коллектив, в оптимальных условиях обозначить воспитанникам ценность данной формы работы, повысить компетентность педагогов, детей и родителей в вопросах культуры здоровья и т.д. Подробный сценарий праздника представлен в приложении 6.

Создание материально – технического обеспечения, то есть пополнение развивающей предметно - пространственной среды новыми

пособиями, буклетами, материалами для стендов способствовали просвещению педагогов в вопросах культуры здоровья и технологий ее развития.

Таким образом, организация и проведение подобных мероприятий позволяет каждому педагогу и целому педагогическому коллективу проявить свою активность, наиболее полно реализовать себя, свои возможности и профессиональные интересы, выйти на новый уровень взаимодействия с воспитанниками и коллегами, сформировать более высокий уровень здоровьесберегающих компетенций, сформировать механизмы самореализации, саморазвития, адаптации, саморегуляции, самовоспитания, необходимые для развития у педагогов культуры здоровья и становления самобытного личностного образа.

Реализация на практике проблемного подхода сформировала у педагогов способность осознанно выбирать оптимальные методы развития культуры здоровья, позитивно принимать новые формы и методы работы, способность принимать здоровьесберегающие решения и брать на себя ответственность за эти решения. У педагогов сформировалась полнота и прочность знаний о формах и методах развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

2.3. Анализ результатов опытно-экспериментальной работы по развитию культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения с использованием личностно-ориентированных технологий

С целью оценки эффективности реализации разработанной нами авторской личностно-ориентированной технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения, был проведен контрольный этап экспериментальной работы.

На контрольном этапе был использован те же диагностические методики, что и на констатирующем этапе исследования.

Результаты позволили отследить положительную динамику по всем диагностическим показателям развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Анализ результатов анкеты А.М. Лощакова позволил установить изменения в уровне развития ценностно – ориентационного компонента культуры здоровья педагогов.

Было выявлено, что практически все информационные потребности педагогов в вопросах здоровья удовлетворены, и остался стойкий профессиональный и личностный интерес к данной проблеме.

Таблица 2.9

Результаты диагностики уровней развития ценностно – ориентационного компонента культуры здоровья педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (%)

№ п/п	Компоненты	Потребность в информации (%)	
		Констатирующий	Контрольный
1.	Направления профилактики	13,2	6,6
2.	Профилактика	13,2	6,6
3.	Принципы рационального питания	9,9	-
4.	Понятие о стрессе и его фазах	16,5	3,3
5.	Формирование ЗОЖ дошкольников	16,5	6,6

Как показали результаты контрольного этапа всего 5 сотрудников (16,5%) по сравнению с 21 сотрудником (69,3%) на констатирующем этапе испытывают потребность в информации по данному направлению.

Часть педагоги по прежнему нуждаются в информации по таким вопросам, как «основные виды и направления профилактики заболеваний в образовательных учреждениях» - 6,6% (в основном это молодые сотрудники), «профилактика различных инфекционных и неинфекционных заболеваний» - 6,6%, «понятие о стрессе и его фазах» - 3,%, «формирование здорового образа жизни дошкольников» - 6,6%.

Динамика количественных результатов изучения профессиональной позиции на разных этапах эксперимента представлена на рисунке 2.15.

В процессе анализа источников получения информации педагоги так же показали существенные изменения источников информации. И мы получили следующие данные: среди источников получения информации 21 педагогом были названы средства массовой информации – 23,1%; 22 сотрудников назвали медицинских работников – 72,6%; кафедры ВУЗа при изучении учебных дисциплин выбрали уже 12 педагогов – 39,6%; научно-методическая литература является источником уже для 24 педагогов – 79,2%; друзья (подруги) и родители теперь выступают в качестве источника для 6 педагогов, что составляет 19,8 %. Интернет в качестве источников информации на данном этапе педагогами не был указан.

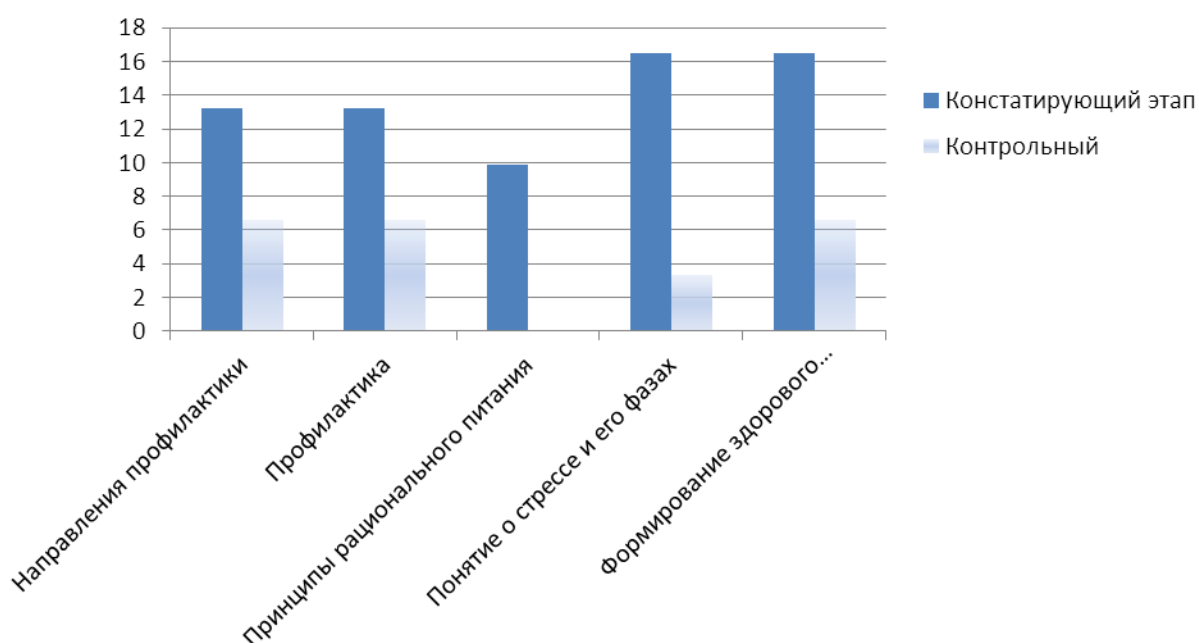


Рис. 2.15. Показатели уровней развития ценностно – ориентационного компонента культуры здоровья педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (%)

Наибольшим доверием в качестве источников информации теперь у педагогов пользуются: научно-методическая литература; медицинские работники; кафедры ВУЗа при изучении учебных дисциплин. При анализе качества поступающей информации видна положительная динамика в сторону повышения качества и достоверности информационных источников.

В качестве причин, мешающих искать качественную информацию, 2 педагога по прежнему указывают на недостаток времени (6,6 %).

Теперь критически оценивают полученную информацию 24 респондентов (79,2%), принимают «на веру» всю информацию всего 2 педагога (6,6%), и 4 педагогов (13,2%) избирательно относятся к информации, которую получают.

Графически эти данные представлены на рисунке 2.16.

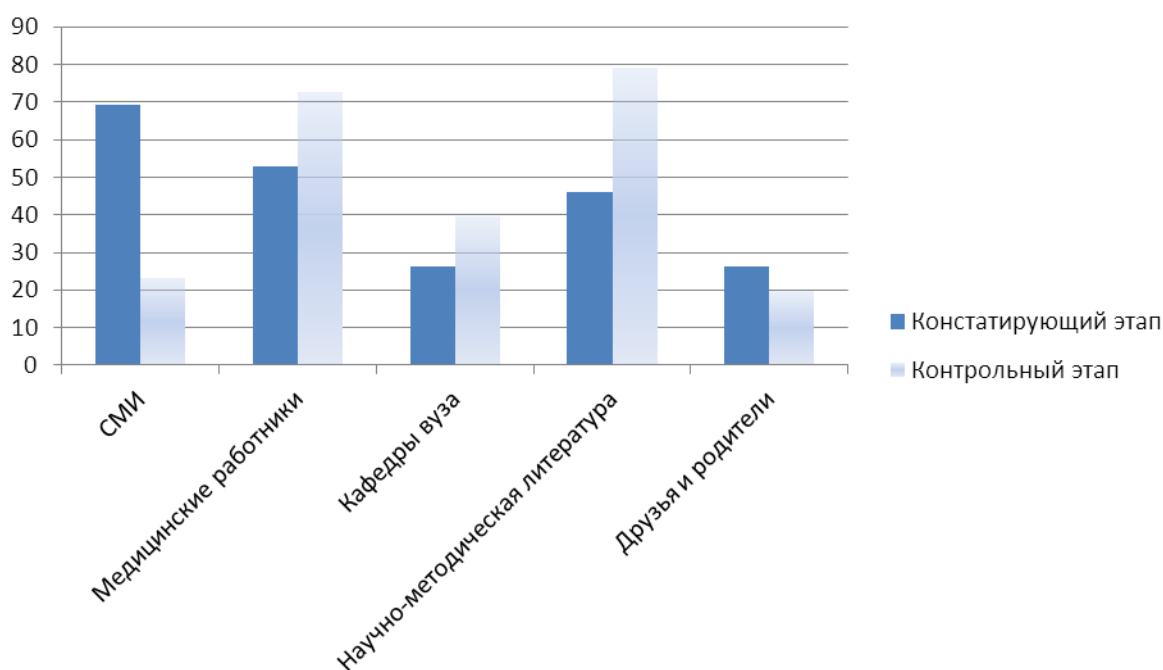


Рис. 2.16. Показатели источников информации в вопросах культуры здоровья педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (%)

Таким образом, обнаружена гетерохронность в развитии отдельных компонентов культуры здоровья, которую необходимо учитывать в педагогическом процессе.

Частота распространенности высокого уровня культуры здоровья составила:

- 79,2% (24 педагога) на контрольном этапе по сравнению с 26,4% (8 педагогов) на констатирующем этапе эксперимента - в структуре ценностно-мотивационного;

- 72,6% (22 педагога) на контрольном этапе по сравнению с 19,8% (6 педагогов) на констатирующем этапе эксперимента - в структуре рефлексивного;

- 69,3% (21 педагог) на контрольном этапе по сравнению с 16,5% (5 педагогов) на констатирующем этапе эксперимента - в структуре деятельностного;

- 59,4% (18 педагогов) на контрольном этапе по сравнению с 19,8% (6 педагогов) на констатирующем этапе эксперимента - в структуре когнитивного компонентов.

Графически эти данные представлены на рисунке 2.17.

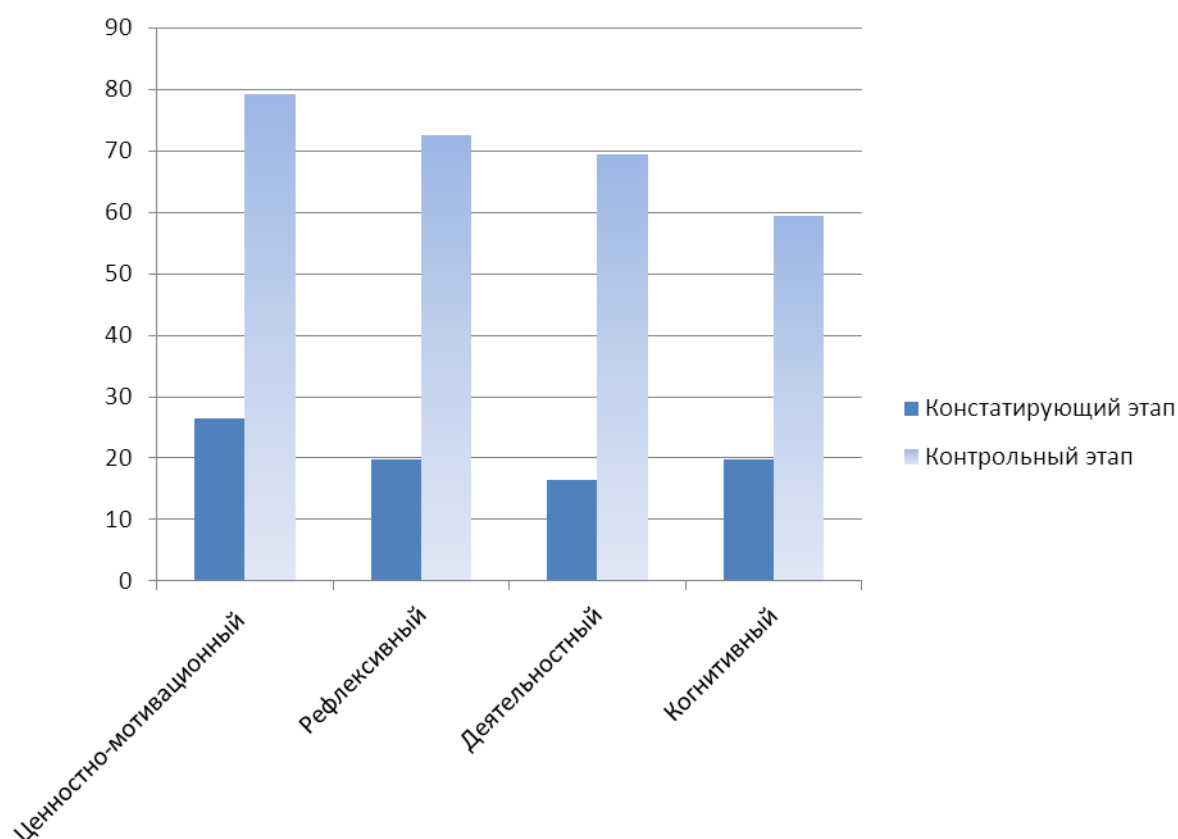


Рис. 2.17. Показатели высокого уровня развития культуры здоровья педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (%)

Анализ данных, полученных по методике М. Рокича, выявил различия в определении жизненных ценностей педагогов.

В целом по группе педагогов показатели иерархии ценностей распределились таким образом:

По результатам диагностики ценностных ориентаций личности нами повторно были выделены 2 группы педагогов: с преобладанием терминальных и инструментальных ценностей. Большинство педагогов в качестве доминирующих ценностей по-прежнему для себя определяют терминальные ценности, но на данном этапе эксперимента таких педагогов стало больше. Терминальные ценности – 26 педагогов (85,8%) и только 3 педагога (9,9%) – инструментальные ценности.

Следовательно, еще больше педагогов определяют для себя как приоритетные ценности-цели и только четверть респондентов - ценности-средства.

Результаты представлены в виде рисунка 2.18.

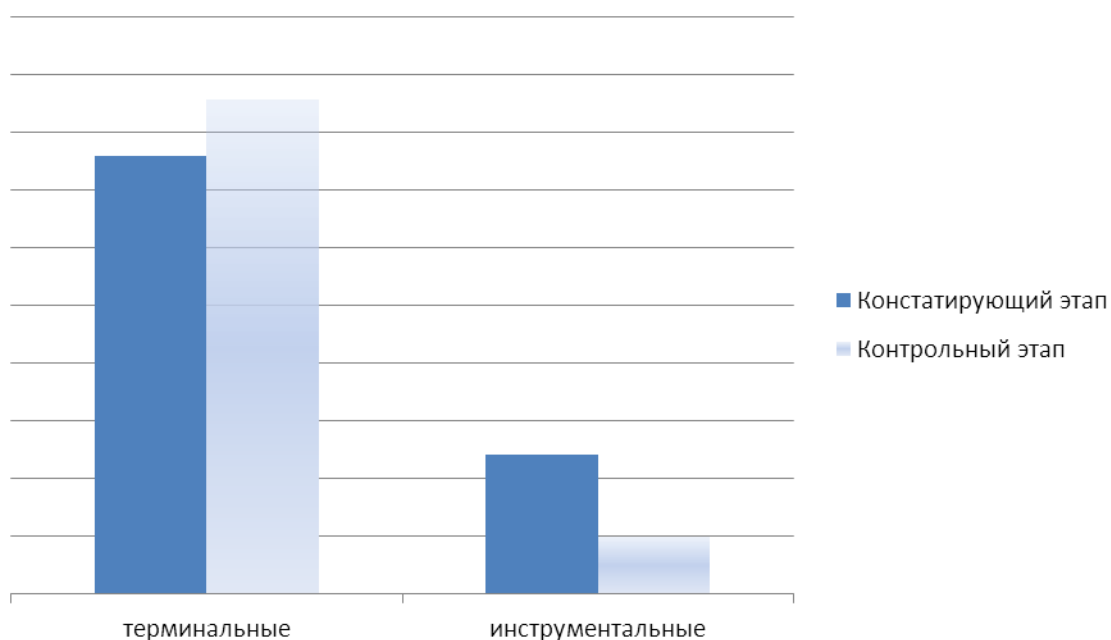


Рис. 2.18. Значимость различных типов ценностей для педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (%)

Более подробный анализ позволит нам изучить содержательные характеристики ценностных ориентаций педагогов.

Представим данные по педагогическому коллективу в целом.

По отношению к семье, как ценности, устойчиво-позитивное отношение отмечается у 28 педагогов (93,4%) по сравнению с 25 педагогами (82,5%) на предыдущем этапе. Ценность семьи для них высоко значим. Такие испытуемые дорожат семейными традициями и устоями, помнят о разных мелочах, приятных кому-то из членов семьи. Семейные праздники всегда проходят при их участии и помощи в подготовке. Они хотят счастливую семью.

У 2 (6,6%) от общего числа педагогов по сравнению с 9,9% (3 человека) на предыдущем этапе отмечается ситуативно-позитивное отношение к семье. Семья для таких респондентов представляет определенную ценность, но сам факт наличия семьи, семейных традиций воспринимается им как естественный по другому просто не может быть. Они принимают участие в семейных праздниках, но без напоминания не всегда вспомнят о дне рождения кого-то из близких. Заботу родных воспринимают как само собой разумеющуюся.

Ситуативно-негативное, то есть потребительское отношение к семье на данном этапе не выявлено.

Представим эти данные графически на рисунке 2.19.

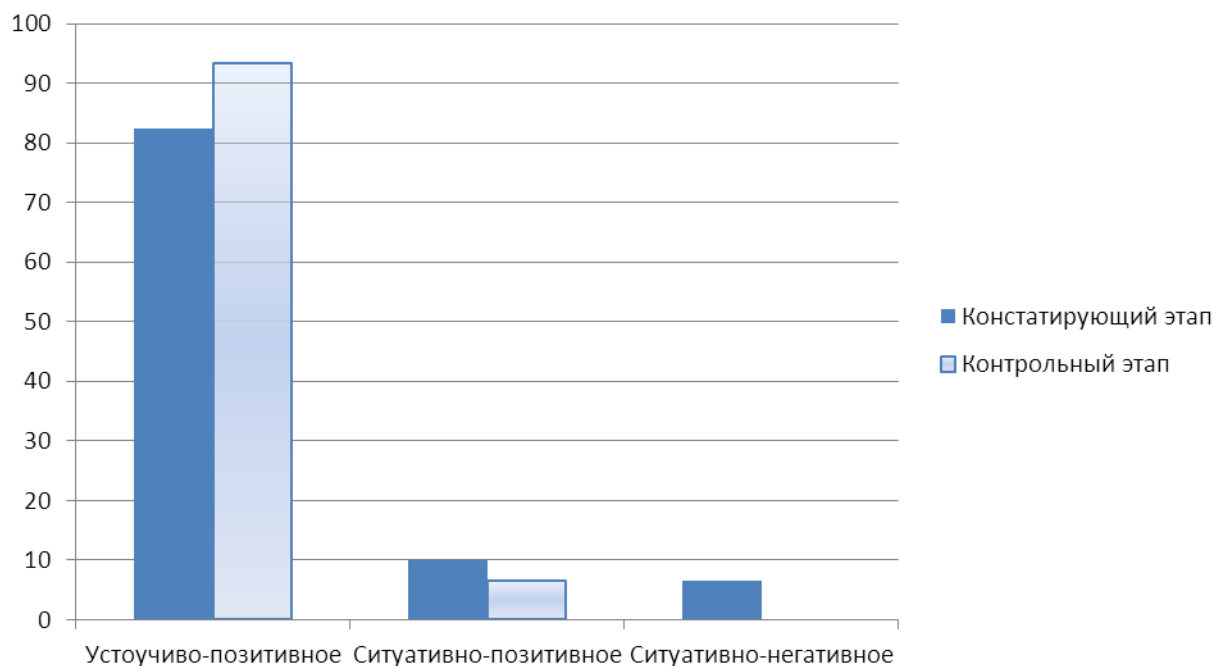


Рис. 2.19. Отношение к семье как ценности в группе педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (%)

По отношению к природе уже у 16 педагогов (52.8%), отмечают устойчиво-позитивное отношение (педагоги с развитым экологическим сознанием) по сравнению с 29,7% педагогов, то есть 9 человек на предыдущем этапе эксперимента. Для них естественно чувство жалости и сопереживания любым животным; они готовы убирать лес и чистить водоемы, находя эти занятия увлекательными и важными лично для себя.

У 11 педагогов (36.3%) по сравнению 18 педагогов (59,4%) на констатирующем этапе демонстрируют ситуативно-позитивное отношение. Заботятся о животных, цветах, но главным образом о тех, которые принадлежат непосредственно им. Экологические проблемы воспринимаются ими как объективно важные, но при этом не зависящие от них лично.

Ситуативно-негативное отношение (собственное мнение об экологических проблемах зависит от конъюнктуры) по-прежнему отмечается у 3 педагогов (9.9%). Таким педагогам удобнее не обращаться

внимания на такие мелочи, как брошенный ими мусор и т.д. И сами неотреагируют, если то же самое делают другие. Всех животных они делят на полезных и бесполезных, радующих их взгляд и вызывающих брезгливое отношение.

Представим эти данные графически (рис. 2.20).

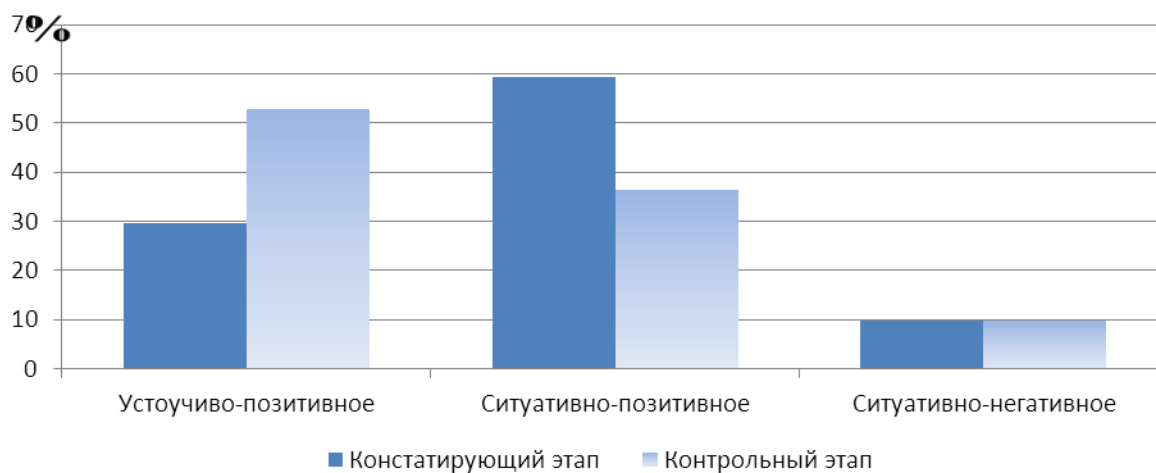


Рис. 2.20. Отношение к природе как ценности в группе педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (в %)

По показателям отношения к культуре устойчиво-позитивное отношение свойственно уже 14 педагогам (47,2%) по сравнению с 6 педагогами (19,8%) на констатирующем этапе. Культурные формы поведения, лично значимы для таких испытуемых и деятельно реализуются ими в повседневной жизни. Им чужды грубость, «украшение» речи нецензурными оборотами, они внимательны и тактичны по отношению к другим людям. Они понимают необходимость сбережения того культурного достояния, которое досталось нам в наследство от прошлого, и категорически не приемлют вандализма.

16 педагогов (52,8%) по сравнению с 19 педагогами (62,7%) демонстрируют ситуативно-позитивное отношение к культуре. Они признают объективную ценность культурных форм поведения, но отнюдь не всегда руководствуются ими в своей повседневной жизни. Они хотят выглядеть «культурным личностью», но не готовы прикладывать

ежедневные усилия к этому. Они находят оправдание эпизодическим проявлениям со своей стороны хамства («я бываю грубой только в ответ»), неряшливости и нецензурной брани. Но при этом вандалы антипатичны им.

Ситуативно-негативное отношение к культуре на данном этапе не выявлено.

Представим и эти данные графически (рис. 2.21).

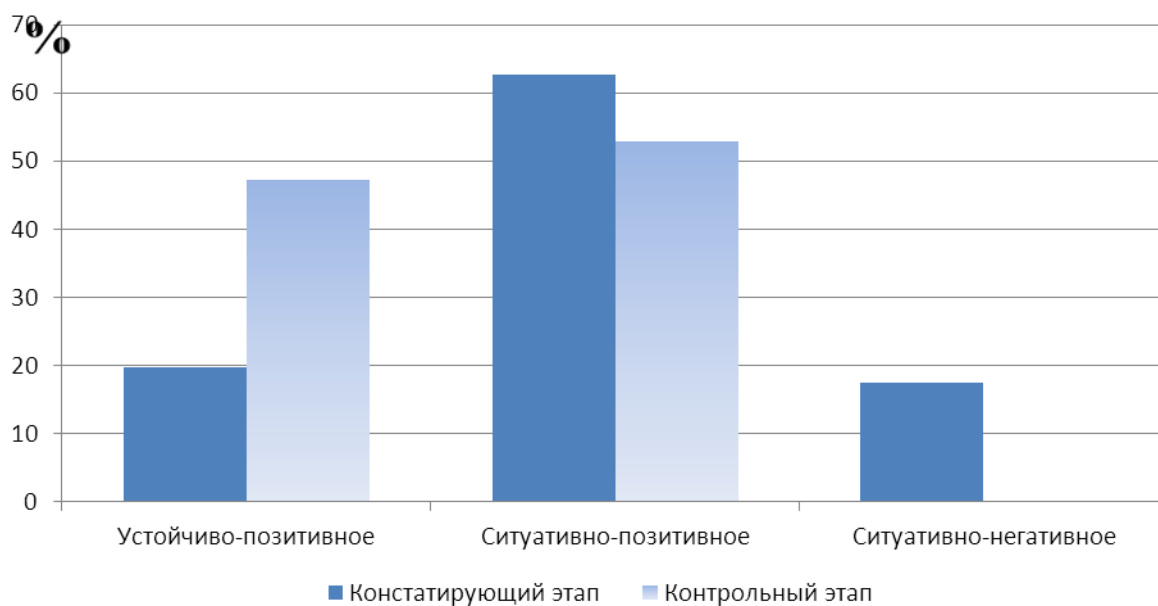


Рис. 2.21. Отношение к культуре как ценности в группе педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (в %)

Устойчиво-позитивное отношение к знаниям отмечают уже 14 педагогов (47,2%) по сравнению с 8 педагогов (26,4%). Для них присуща точка зрения, согласно которой успешность профессионального роста, карьеры напрямую связана с глубиной знаний и стремится к их получению.

Ситуативно-позитивное отношение отмечается у 16 педагогов (52,8%) по сравнению 17 педагогов (56,1%). Такие педагоги охотно учатся на протяжении всей жизни, но по своей инициативе вряд ли будут долго копаться в книгах, чтобы найти значение непонятого им термина или факта. В их сознании знания и профессиональный рост, безусловно, связаны.

Ситуативно-негативное отношение к знаниям культуре на контрольном этапе не выявлено.

Представим и эти данные графически (рис. 2.22).

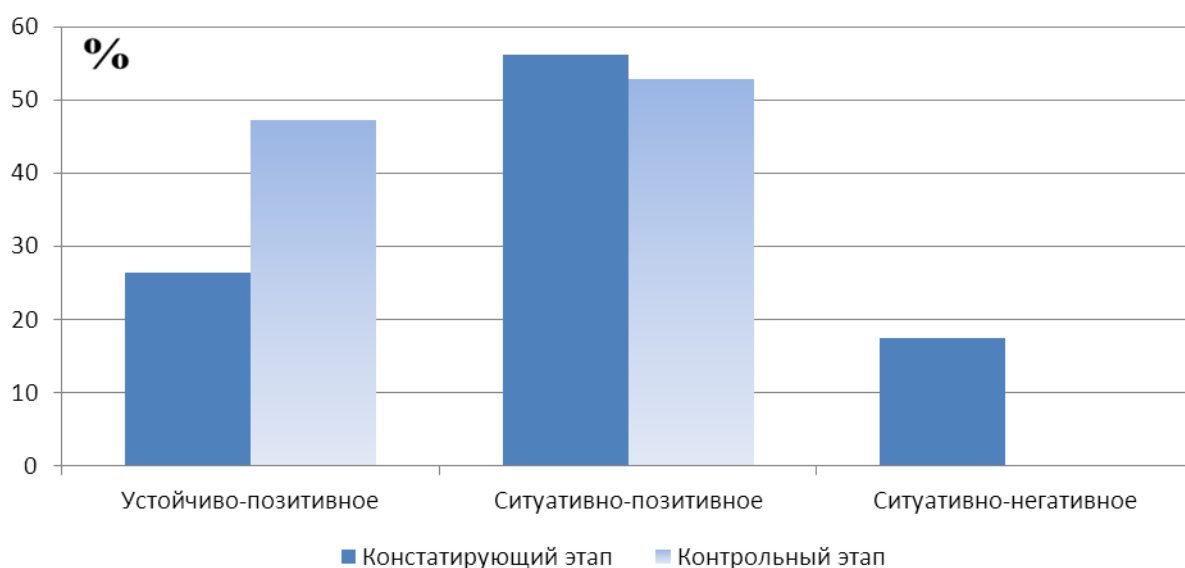


Рис. 2.22. Отношение к знаниям как ценности в группе педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (в %)

Изучение отношения педагогов к личности как таковой показало, что 26 педагогов (86,8%), а не 17 педагогов (56,1%) как на предыдущем этапе эксперимента отмечают устойчиво-позитивное отношение, ценность личности, как он есть во всех своих проявлениях. Человеческая жизнь для них бесценна. Они милосердны, способны к сочувствию, состраданию и прощению.

Ситуативно-позитивное отношение демонстрируют 4 педагога (13,2%) по сравнению с 13 педагогов (43,9%) как на констатирующем этапе. Они могут продемонстрировать свой гуманизм, но в глубине души отдельные категории людей (например, попрошайки или бомжи) представляются им теми, кто не заслуживает к себе доброго отношения.

Ситуативно-негативное отношение у педагогов нашего коллектива повторно не выявлено.

Представим и эти данные графически (рис. 2.23).

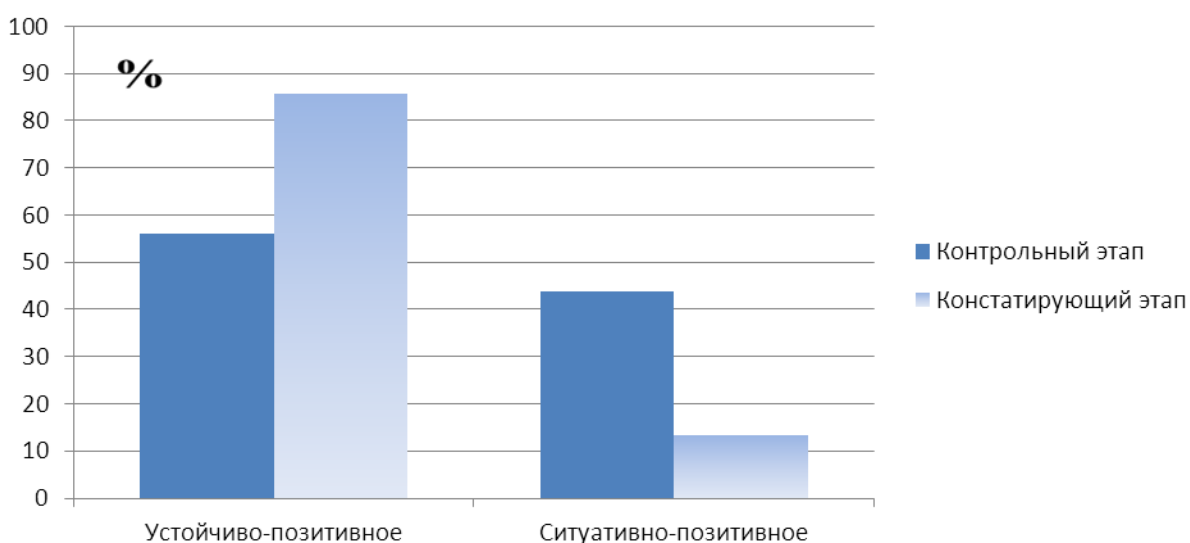


Рис. 2.23. Отношение к культуре как ценности в группе педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (в %)

Устойчиво-позитивное отношение к здоровью отмечают уже у 21 педагога (69,3), а не у 13 педагогов (43,9%) как на предыдущем этапе диагностики. Для них присуща точка зрения, согласно которой здоровье является первоосновой всего. Для таких респондентов уровень их физического благополучия определяет качество их жизни, а многие режимные моменты (правильный распорядок дня, культура питания, психогигиена) представляют самостоятельную ценность.

Ситуативно-позитивное отношение отмечается у 9 педагогов (30,7%) по сравнению с 15 педагогов (49,5%) на предыдущем этапе эксперимента. Такие педагоги так же серьезно относятся к своему здоровью, но по своей инициативе вряд ли будут уделять этому вопросу много сил и времени. В их сознании здоровье выступает обязательным условием успешной карьеры, интересного отдыха и т.д.

И ситуативно-негативное отношение к здоровью не выявлено.

Представим и эти данные графически (рис. 2.24).

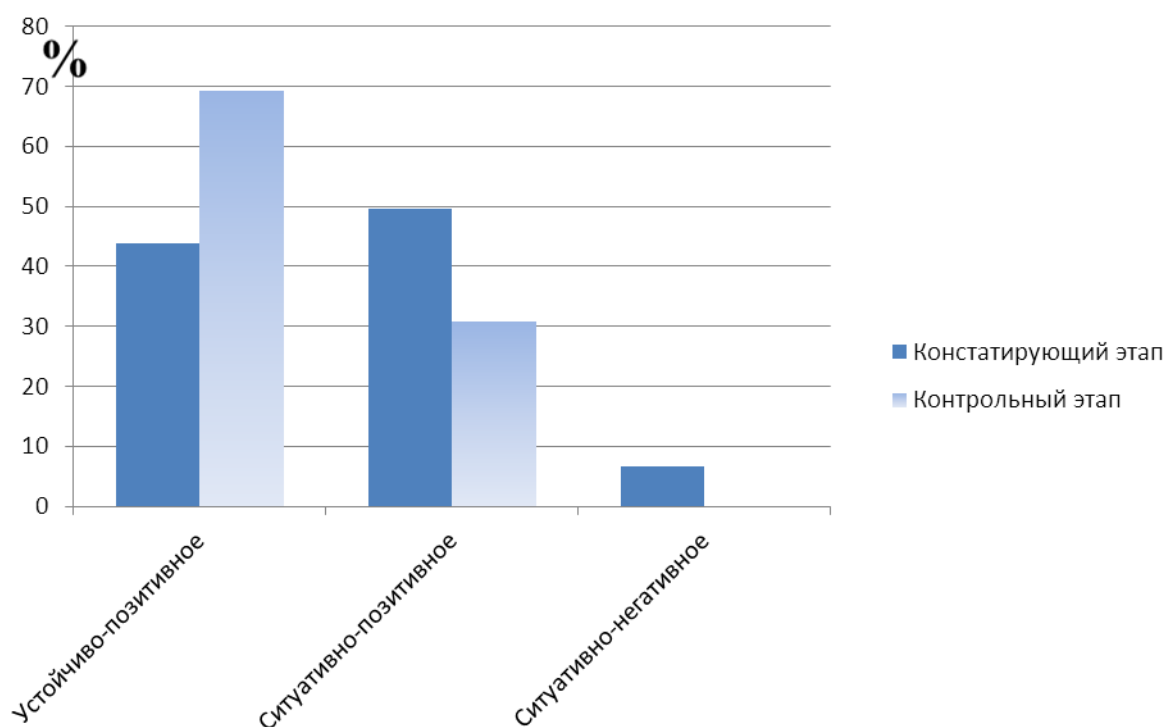


Рис. 2.24. Отношение к здоровью как ценности в группе педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (в %)

При анализе показателей ценностных ориентаций повторно подтвердилась значимыми для современных педагогов ценность семьи, природы, культуры, знаний и ценность личности как таковой при качественном росте показателей по всем шкалам методики.

Диагностика *деятельностного компонента культуры здоровья* повторно осуществлялась с помощью анкетирования педагогов на вопрос выявления форм активности в здоровьесозидающей жизнедеятельности. В бланк анкеты были внесены все мероприятия по здоровьесбережению за отчетный период. Педагогам необходимо было отметить, в каком количестве мероприятий они принимали участие и насколько охотно.

Анализ результатов на первый вопрос показал, что уже 26 педагогов (86,8%) по сравнению с 18 педагогами (59,4%) на предыдущем этапе эксперимента принимали участие во всех спортивных, просветительских и иных мероприятиях, направленных на включение педагогов в различные формы активности в здоровьесозидающей жизнедеятельности. И 4 педагога

(13,2%) по разным причинам не участвовали в большинстве таких мероприятий.

Графически активность педагогов представим на рисунке 2.25.

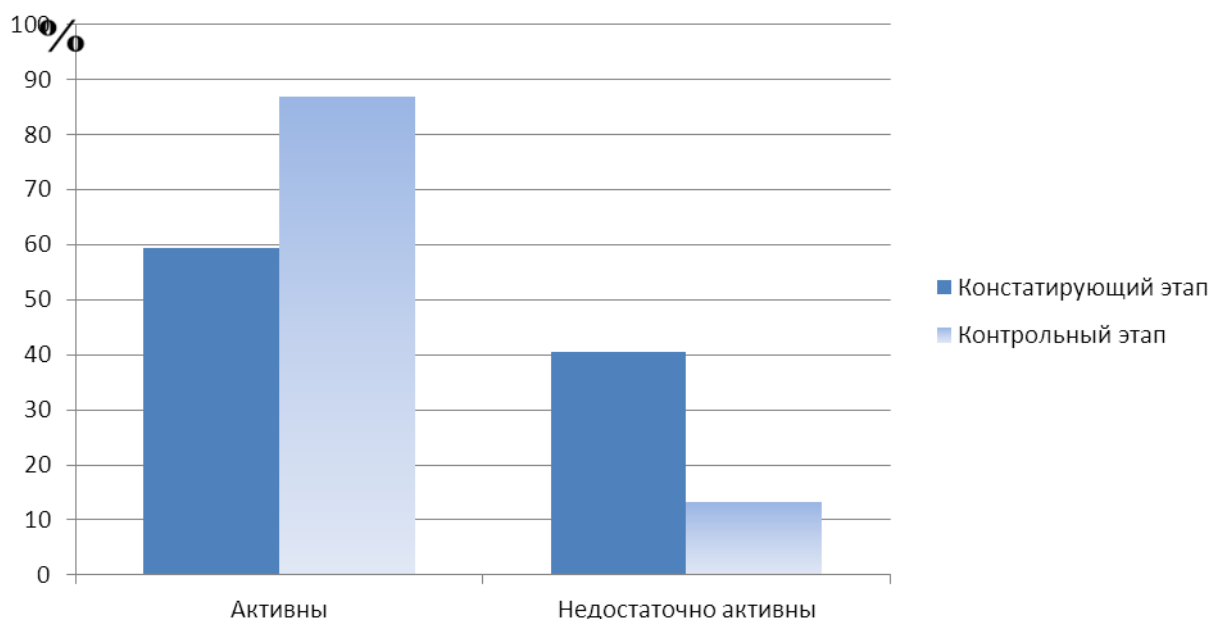


Рис. 2.25. Активность педагогов в здоровьесозидающей жизнедеятельности на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (в %)

Таким образом, данные рисунка 2.25 убедительно свидетельствуют, что достаточно большая часть педагогического коллектива уже нуждается в дополнительной мотивации и просвещении в вопросах участия в мероприятиях, направленных на развитие *деятельностного компонента* культуры здоровья педагогов ДОО.

Анализ ведущей мотивации участия в таких мероприятиях показал, что 20 педагогов (66,5%) по сравнению с 12 педагогами (40,6%) на констатирующем этапе эксперимента принимают активное участие по причине как профессионально так и личной заинтересованности. Они испытывают потребность вести здоровый образ жизни, заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих, соблюдают режим и получают от этого удовольствие.

И 10 педагогов (33,5) по сравнению 9 педагогов (29,7%) на предыдущем этапе эксперимента считают для себя необходимым принимать участие в таких мероприятиях, так как это дает возможность на личном примере показать дошкольникам ценности и содержательность здоровьесозидающей жизнедеятельности.

Графически доминирующую мотивацию педагогов представим на рисунке 2.26.

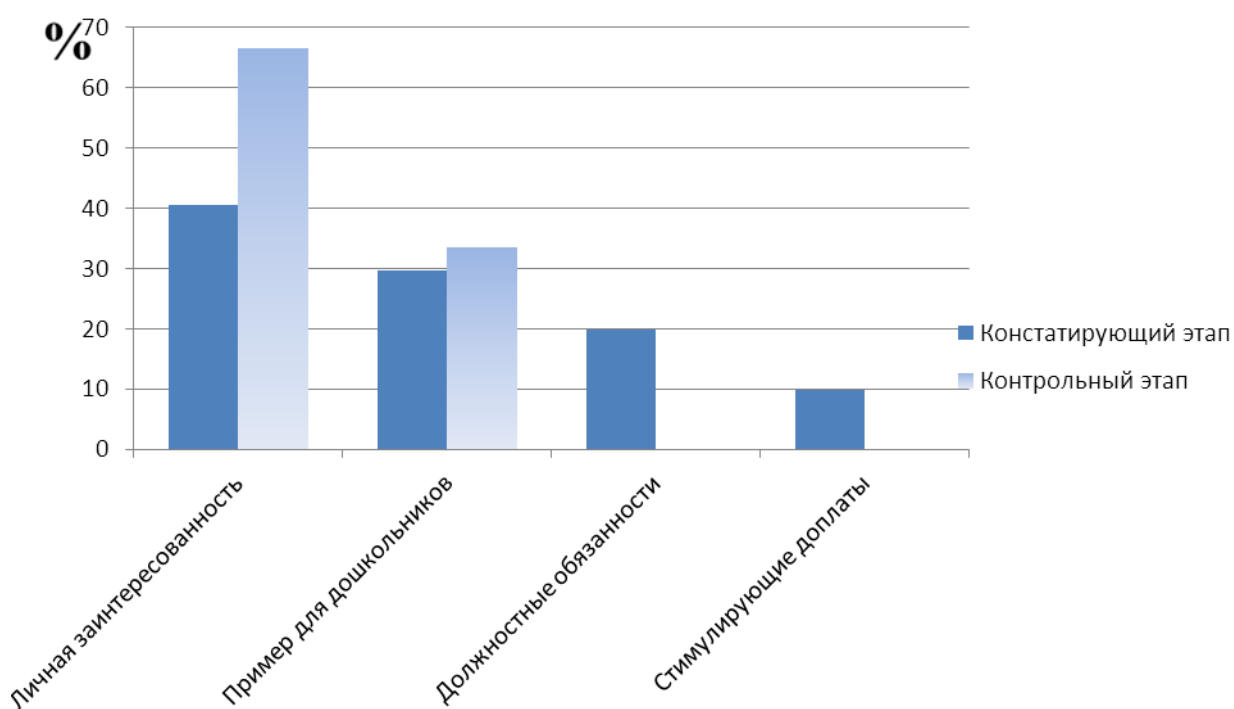


Рис. 2.26. Доминирующая мотивация участия педагогов в здоровьесозидающей жизнедеятельности на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (в %)

А анализ медицинской документации позволил определить витальный компонент культуры здоровья педагогов (реальное состояние компонентов здоровья) на контрольном этапе. В качестве источника информации выступали «Листы нетрудоспособности».

Анализ «Листов нетрудоспособности» показал, что уже 22 педагога (72,6%) по сравнению 18 педагогов (60,4%) на констатирующем этапе

эксперимента в течение учебного года не болели и не прерывали свою профессиональную деятельность,

Уже 8 педагогов (26,4%), а не 9 (29,7%) как на констатирующем этапе эксперимента в разово воспользовались «Листом нетрудоспособности».

Два и более раза в течение учебного года не болел ни один педагог.

Графически уровень развития витального компонента культуры здоровья педагогов представим на рисунке 2.27.

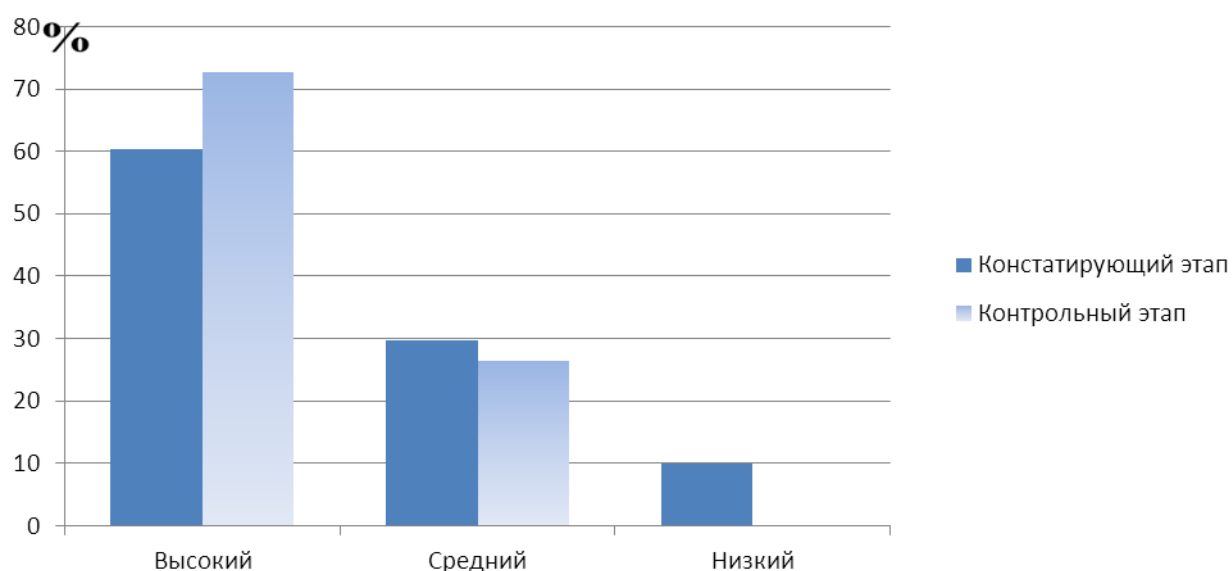


Рис. 2.27. Уровень развития витального компонента культуры здоровья педагогов на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (в %)

Таким образом, результаты контрольного этапа опытно – экспериментального исследования подтверждают эффективности личностно-ориентированных технологий в развитии культуры здоровья педагогов. Педагог в современном дошкольном образовательном учреждении выступает как образец для всех участников образовательного процесса, и при этом просто обязан сам демонстрировать достаточный уровень культуры здоровья.

Заключение

В нашем исследовании изучались личностно-ориентированные технологии развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

В результате проведенного нами исследования удалось реализовать все поставленные задачи. Было изучено понятие «культура здоровья» в психолого-педагогической литературе; определены целевые ориентиры, структура и направленность личностно-ориентированных технологий развития культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения; оценен уровень сформированности культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения; апробирована личностно-ориентированная технология в развитии культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения; обработаны и обобщены результаты опытно-экспериментальной работы по развитию культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения.

Теоретический анализ по проблеме исследования позволил установить, что культура здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения - это категория, интегрирующая личностные и профессиональные качества, определяющие здоровьесберегающий стиль поведения педагога и эффективную деятельность по формированию здорового образа жизни дошкольников.

Культура здоровья педагога развивается в специально созданных условиях профессионального образования, преимущественно на последипломном этапе, в процессе профессиональной деятельности. Основными препятствиями для развития высокого уровня культуры здоровья педагога являются объективные и субъективные факторы, к числу которых относятся: фактическое отсутствие системы непрерывного педагогического образования педагогов в области здоровья, высокая интенсивность

профессиональной деятельности, отсутствие необходимого методического обеспечения, пассивность самих педагогов.

Показатели развития культуры здоровья служат основой для проектирования личностно - ориентированного педагогического сопровождения на этапе саморазвития и самообразования в области здоровьесбережения.

Эффективность работы по развитию культуры здоровья воспитателя на этапе самообразования обеспечивается комплексом психолого-педагогических (внутренних) и организационно - педагогических (внешних) компонентов технологии, обеспечивающих стимулирование личностно-профессионального развития воспитателя в данной сфере.

Критериями эффективности технологии развития культуры здоровья являются: ценностно-ориентационный показатель (первичное осознание здоровья как ценности), деятельностный (активность в здоровьесозидающей жизнедеятельности) и витальный (реальное состояние компонентов здоровья).

Констатирующий этап эксперимента показал, что педагоги не всегда достаточно мотивированы в вопросах формирования культуры здоровья, только часть педагогического коллектива демонстрирует готовность рефлексировать, активно включаться в деятельность по повышению культуры здоровья (собственного и других участников образовательного процесса) и повышать свой уровень образования в данном вопросе.

Таким образом, результаты данного этапа опытно – экспериментального исследования подтверждают актуальность проблемы культуры здоровья педагогов. Педагог в современном дошкольном образовательном учреждении выступает как образец для всех участников образовательного процесса, но при этом сам не всегда демонстрирует достаточный уровень культуры здоровья.

На формирующем этапе опытно – экспериментальной работы нами была реализована личностно-ориентированная технология развития

культуры здоровья педагога дошкольного образовательного учреждения. Данная технология представлена целевым, технологическим, содержательным и критериально-оценочным блоками. Личностно-ориентированная технология строилась с учетом вариативности содержания деятельности. Это означает с одной стороны, признание разнообразия содержания и форм здоровьесберегающей деятельности, выбор которых должен осуществляться с учетом интересов и способностей педагогов, а с другой стороны – содержание деятельности, ее средства и методы были организованы так, чтобы педагог мог проявить избирательность к виду и форме здоровьесберегающей деятельности. Педагоги вовлекались в разные виды здоровьесберегающей деятельности, для этого в практике работы эффективно сочетали групповые и индивидуальные стратегии. В процессе реализации личностно-ориентированной технологии были активно задействованы все материально-технические объекты и возможности ДООУ: комната психологической разгрузки, тренажерный зал с инструктором – консультантом, зал для занятий аэробикой и т.д. Под руководством старшего воспитателя и инструктора по физической культуре проводилась подготовка к участию в спортивных конкурсах и подготовка к сдаче норм ГТО. Педагоги на уровне ДООУ обобщили актуальный педагогический опыт по проблеме культуры здоровья педагога ДООУ. Активно использовались стимулирующие надбавки за показатели культуры здоровья.

Результаты контрольного этапа опытно-экспериментальной работы показали положительную динамику по всем диагностируемым критериям. Всего 5 сотрудников (16,5%) по сравнению с 21 сотрудником (69,3%) на констатирующем этапе испытывают потребность в информации по данному направлению.

Частота распространенности высокого уровня культуры здоровья составила: 79,2% (24 педагога) на контрольном этапе по сравнению с 26,4% (8 педагогов) на констатирующем этапе эксперимента - в структуре ценностно-мотивационного; 72,6% (22 педагога) на контрольном этапе по

сравнению по сравнению 19,8% (6 педагогов) на констатирующем этапе эксперимента - в структуре рефлексивного; 69,3% (21 педагог) на контрольном этапе по сравнению с 16,5% (5 педагогов) на констатирующем этапе эксперимента - в структуре деятельностного; 59,4% (18 педагогов) на контрольном этапе по сравнению с 19,8% (6 педагогов) на констатирующем этапе эксперимента - в структуре когнитивного компонентов.

Анализ данных, полученных по методике М. Рокича, выявил, что большинство педагогов в качестве доминирующих ценностей для себя определяют терминальные ценности, но на данном этапе эксперимента таких педагогов стало больше. Терминальные ценности – 26 педагогов (85,8%) и только 3 педагога (9,9%) – инструментальные ценности. Следовательно, еще больше педагогов определяют для себя как приоритетные ценности-цели и только четверть респондентов - ценности-средства.

Устойчиво-позитивное отношение к здоровью отмечают уже у 21 педагога (69,3), а не у 13 педагогов (43,9%) как на предыдущем этапе диагностики. Ситуативно-позитивное отношение отмечается у 9 педагогов (30,7%) по сравнению с 15 педагогов (49,5%) на предыдущем этапе эксперимента. И ситуативно-негативное отношение к здоровью не выявлено.

При этом уже 26 педагогов (86,8%) по сравнению с 18 педагогами (59,4%) на предыдущем этапе эксперимента принимали участие во всех спортивных, просветительских и иных мероприятиях, направленных на включение педагогов в различные формы активности в здоровьесозидающей жизнедеятельности. И 4 педагога (13,2%) по разным причинам не участвовали в большинстве таких мероприятий.

Анализ ведущей мотивации участия в таких мероприятиях показал, что 20 педагогов (66,5%) по сравнению с 12 педагогами (40,6%) на констатирующем этапе эксперимента принимают активное участие по причине как профессионально так и личной заинтересованности. Они

испытывают потребность вести здоровый образ жизни, заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих, соблюдают режим и получают от этого удовольствие.

И 10 педагогов (33,5) по сравнению 9 педагогов (29,7%) на предыдущем этапе эксперимента считают для себя необходимым принимать участие в таких мероприятиях, так как это дает возможность на личном примере показать дошкольникам ценности и содержательность здоровьесозидающей жизнедеятельности.

А анализ медицинской документации позволил определить витальный компонент культуры здоровья педагогов (реальное состояние компонентов здоровья) на контрольном этапе. В качестве источника информации выступали «Листы нетрудоспособности».

Анализ «Листов нетрудоспособности» показал, что уже 22 педагога (72,6%) по сравнению 18 педагогов (60,4%) на констатирующем этапе эксперимента в течение учебного года не болели и не прерывали свою профессиональную деятельность,

уже 8 педагогов (26,4%), а не 9 (29,7%) как на констатирующем этапе эксперимента в разово воспользовались «Листом нетрудоспособности». Два и более раза в течение учебного года не болел ни один педагог.

Таким образом, результаты контрольного этапа опытно – экспериментального исследования подтверждают эффективности личностно-ориентированных технологий в развитии культуры здоровья педагогов.