

invariance and variability, as well as on the principle of personal orientation. Personal orientation determines the dynamism, flexibility, openness of the contents of physical education and functionally correlates with psychological and pedagogical peculiarities and motivational needs of students.

Key words: *conceptual model, health, students, fitness, fitness technology.*

УДК 378:37.091.12.011.3-051:613

Ганна Жара

Національний університет

«Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка

ORCID ID 0000-0002-8092-542X

DOI 10.24139/2312-5993/2018.03/088-099

ДИНАМІКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я І ЗОНИ ПРОФЕСІЙНОГО КОМФОРТУ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ У ПРОЦЕСІ БАКАЛАВРСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ: КЛІНІЧНІ ВИПАДКИ

У статті висвітлюються окремі питання формування компетентності індивідуального здоров'язбереження в майбутніх учителів на етапі бакалаврської підготовки. Описано клінічні випадки, які складають неспецифічну картину для групової динаміки внаслідок наявності в респондентів хронічних захворювань, психічних чи поведінкових розладів. Діагностичними показниками є зона професійного комфорту, індекс суб'єктивного комфорту, стан здоров'я студентів. Показано приклади схеми психовалеологічного консультування, особливості підбору засобів діагностики й корекції стану здоров'я за допомогою авторської методики проєкційної десенсибілізації. Результати продемонстрували позитивну динаміку стану здоров'я і зони професійного комфорту респондентів унаслідок застосування запропонованих засобів.

Ключові слова: *майбутній учитель, здоров'я, зона комфорту, професійна підготовка, бакалаврська підготовка, компетентність індивідуального здоров'язбереження, індивідуальне психовалеологічне консультування, методика проєкційної десенсибілізації.*

Постановка проблеми. Збереження здоров'я студентської молоді тривалий час залишається актуальним питанням теорії і практики вищої професійної освіти. Специфіка майбутньої професії вимагає формування у студентів відповідних компетенцій і компетентностей, як професійно-предметних, так і надпредметних (метапредметних). Під час професійної підготовки майбутніх учителів важливим є формування в них компетентності індивідуального здоров'язбереження як ключової для адаптації й інтродукції у професію, а також для неперервної професійної соціалізації, пов'язаної з глобалізаційними трансформаціями в освітній сфері [5; 10]. Утім цей процес може ускладнюватися внаслідок наявності в деяких студентів хронічних захворювань, психічних чи поведінкових розладів, органічних вад тощо. Такі студенти потребують більш пильної уваги та кваліфікованої допомоги у плануванні індивідуального валеогенезу [2].

Аналіз актуальних досліджень. Формування компетентності індивідуального здоров'язбереження майбутніх учителів здійснюється на всіх етапах їх професійної підготовки. Однак, динаміка показників даної компетентності, яка зазвичай спостерігається в експериментальних академічних групах [7; 11], що складаються з умовно здорових студентів, в окремих випадках не властива студентам із деякими хронічними захворюваннями й розладами здоров'я [11]. Зміни у стані здоров'я і сформованості складових компетентності індивідуального здоров'язбереження таких студентів не піддаються статистичному аналізу в групі, їх необхідно відстежувати окремо.

Раніше проведені автором дослідження [3; 11] дозволили виокремити такі діагностичні показники для донозологічної діагностики і прогнозування стану індивідуального здоров'я майбутніх учителів, як зона професійного комфорту, індекс суб'єктивного комфорту, рівень професійного вигорання, темпи старіння за біологічним та психологічним віком.

Окрім технологій формування компетентності індивідуального здоров'язбереження вчителів [4; 6], було розроблено й апробовано систему індивідуального психовалеологічного консультування (авторська методика проєкційної десенсибілізації) [8], яка дозволяє впливати на перебіг захворювань психосоматичної природи, полегшити процеси особистісної дезадаптації, знизити вразливість до стресогенних чинників.

З позицій інтегративного підходу (за Л. О. Поповою), методику проєкційної десенсибілізації можна вважати одним із засобів немедикаментозної психосоматичної гармонізації, яка «передбачає послідовне відновлення і зміцнення горизонтальних зв'язків на інформаційному, енергетичному та фізичному рівнях до їх вертикального об'єднання – мети життя» [1, с. 185].

Мета статті – описати клінічні випадки динаміки стану здоров'я й зони професійного комфорту майбутніх учителів у процесі професійної підготовки зі здійсненням спрямованого індивідуального психовалеологічного впливу.

Завдання дослідження:

1. Здійснити аналіз динаміки стану здоров'я і зони професійного комфорту студентів – майбутніх учителів, які мають відхилення у стані здоров'я, у процесі бакалаврської підготовки.

2. Розкрити особливості перебігу захворювань досліджуваного контингенту та схему добору засобів для корекції стану здоров'я у процесі індивідуального психовалеологічного консультування.

Методи дослідження. Для виокремлення невирішених питань з проблеми дослідження використано порівняльний аналіз і теоретичне узагальнення наукових джерел.

Для отримання емпіричних даних використано методику «Шкала станів» (Е. Гроль, М. Хайдер, в адаптації А. Б. Леонової, 1984) для визначення індексу суб'єктивного комфорту (ІСК); методику визначення

зони професійного комфорту [3]. Вісім параметрів зони комфорту (здоров'я, сім'я, навчання, гроші, спілкування, саморозвиток, відпочинок, хобі) оцінювалися в різні періоди (S_1 – перед вступом до університету, S_2 – на момент вступу (початок першого курсу), S_k – на момент контрольної діагностики (4 курс). За необхідності здійснювалося додаткове відстежування проміжних даних. Діагностика рівня професійного вигорання (за методикою К. Маслач та С. Джексон в адаптації Н. Є. Водопьянкової та О. С. Старченкової); біологічний вік (БВ) за методикою В. П. Войтенка та за допомогою сегментного аналізатора складу тіла TANITA BC-730; психологічний вік (ПсВ) за методикою п'ятирічних інтервалів О. О. Кроніка та Р. А. Ахмерова.

Для діагностики психосоматичних аспектів стану здоров'я респондентів використовувалися бесіди та експресивні проєктивні методики – аналіз малюнків на задану тему.

Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою Microsoft Excel; графічний аналіз – за допомогою процесора Gran1 (автори М. І. Жалдак та Ю. В. Горошко, 1992).

Виклад основного матеріалу. Клінічні випадки, описані нижче, реєструвалися протягом 2014–2018 років. Консультування здійснювалося за запитом та інформованою згодою студентів, із дотриманням принципів біоетики: неспричинення шкоди, благодіяння, поваги автономії особистості, справедливості.

Випадок 1.

Ситуація. Студент Т., першокурсник факультету фізичного виховання, звернувся за допомогою через наявні труднощі в навчанні внаслідок сильного заїкання. Т. розповів, що не може доповідати на семінарських заняттях, виступати перед групою, спілкуватися з одногрупниками й викладачами.

Аналіз ситуації. Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10), заїкання (F98.5) відноситься до класу V (F) – розділ, який описує психічні розлади; до групи F98 – Інші емоційні розлади та розлади поведінки, що зазвичай починаються в дитячому й підлітковому віці [9].

З діагностичної бесіди з'ясувалося, що заїкання в Т. виникло у віці 10 років після падіння з висоти (високий паркан). Серйозних фізичних травм під час падіння Т. не отримав. Батькам про ситуацію, що відбулася, не розповів. У подальшому виник розлад мовлення. Симптоматика ускладнюється при необхідності говорити у присутності великої кількості людей, виступати публічно, спілкуватися з викладачами й малознайомими людьми, хвилювання. Водночас під час спілкування з рідними (Т. – старша дитина в багатодітній сім'ї) має менше труднощів. Регулярні заняття з логопедом спричинили лише незначні зрушення в симптоматиці вказаного розладу – плавне мовлення спостерігається під час співу або декламування віршів сам на сам.

Діагностика. Попередня діагностика зони комфорту показала дуже низькі значення всіх параметрів, окрім параметру «навчання» (рис. 1). Інтегральні показники площі зони комфорту: перед вступом до університету $S_1=28,16$ ум.од.², на момент вступу $S_2=29,55$ ум.од.², що становить 10 % від максимальної. Рівень суб'єктивного комфорту за «Шкалою станів» оцінюється як низький: перед вступом до університету $ICK_1=40$ балів, на момент вступу $ICK_2=40$ балів. Самооцінка здоров'я – «погано».

Послідовність консультування.

Консультування здійснювалося в декілька етапів.

Під час першої зустрічі проведено консультування за авторською методикою проекційної десенсибілізації [8]. З огляду на те, що респондент має утруднення з мовленням, діагностування травматичного чинника, причинно-наслідкових зв'язків, виявлення властивостей симптому («особливості» – так ми називаємо розлад) здійснювали за допомогою експресивної проективної методики «ситуаційне малювання» (аналіз малюнків на задану тему). Т. було запропоновано тему «Моя особливість» (мається на увазі заїкання).

Аналіз малюнка, зробленого респондентом, засвідчив найбільш глибокі переживання, пов'язані з публічним виступом (зображення себе за трибуною, з плямою, що нагадує хмару, дуже сильно замальовану з виходом за контури чорним кольором – біля рота). У цілому малюнок мав різнокольорову гаму, що вказує на загальне позитивне світосприйняття.

Під час пояснення малюнка респондентом було оцінено ступінь травматичності своєї «особливості» на рівні понад 10 балів за 10-бальною шкалою. Т. прийняв свідоме рішення щодо необхідності зміни власних установок на сприйняття «особливості».

Наступний етап – проектування травматичного чинника на долоню оператора і проведення десенсибілізації (зменшення чутливості до травматичного чинника) – відбувся в режимі «договору» [8] респондента з «особливістю».

Рефреймінг – практичне переусвідомлення, переробка негативних установок у позитивні – здійснювалося також шляхом ситуаційного малювання на тему «Я без особливості». Характерним для респондента виявилось бажання забрати з собою цей малюнок і прохання до оператора знищити перший.

Для залучення позитивного ресурсу автором було підібрано для Т. систему афірмацій для саморегуляції й запуску психосоматичних змін.

Під час контролю психосоматичного стану респондента спостерігалось прискорене (схоже на холотропне) дихання, емоційне піднесення, щира посмішка, що свідчило про позитивний ефект роботи. Самооцінка травматичності «особливості» після проведеного сеансу проекційної десенсибілізації за 10-бальною шкалою склала 5–6 балів.

Друга консультаційна зустріч з респондентом відбулась через тиждень. Т. повідомив, що регулярно звертається до малюнка із зображенням себе без «особливості», тренується за допомогою запропонованих афірмацій, краще себе почуває у спілкуванні з одногрупниками, але ще має утруднення з виступами на семінарах та під час звертання до викладачів.

Респонденту було підібрано дихальні вправи, релаксаційні вправи та вправи на розвиток артикуляції і змінне розслаблення артикуляційних м'язів.

Третя консультаційна зустріч передбачала інсценування публічного виступу. Т. було запропоновано виступити з доповіддю (текстом із власного конспекту) перед незнайомою аудиторією. У якості слухачів були запрошені студенти 5 курсу, яких після промови попросили висловити свої думки щодо дій доповідача. Позитивне сприйняття аудиторією виступу Т. сприяло посиленню залученого ресурсного стану, отриманого респондентом під час першої консультації.

Варто відмітити позитивну рису респондента – наполегливість у досягненні мети позбавлення від розладу здоров'я.

У подальшому Т. періодично надавалися поради щодо планування публічних виступів, розвитку правильного дихання, взаємодії у групі.

Результати спостережень і контрольна діагностика.

Контрольні зрізи зони комфорту та індексу суб'єктивного комфорту здійснювалися в період сесії (S_3) та після неї (S_4) – для виявлення динаміки адаптації студента до умов навчання та екзаменаційного стресу. Показники зони комфорту склали відповідно $S_3=29,53$ ум.од.² (під час сесії спостерігалось незначне зменшення), $S_4=30,35$ ум.од.² (розширення зони комфорту свідчить про нормальну адаптацію [3; 11]). Показники індексу суб'єктивного комфорту під час екзаменаційної сесії залишились на низькому рівні $ICK_3=26$ балів, але майже відновились до вихідного рівня: після сесії $ICK_4=26$ балів. У той самий післясесійний період показник стану здоров'я респондента зріс на 1 бал.

У поведінковому аспекті студента Т. протягом чотирьох років навчання також спостерігалися суттєві зміни. На 2 курсі респондент вільно й майже без утруднень відповідав під час занять та на іспитах. На 3 курсі робив доповіді на студентських наукових конференціях. Під час проходження активної педагогічної практики у школі та спортивно-оздоровчому таборі утруднень не відчував ($ICK_5=46$ балів). На 4 курсі брав участь у конференціях і фестивалях як доповідач та активний спікер. Показник індексу суб'єктивного комфорту на початок 4 курсу становив $ICK_6=50$ балів (достатній рівень суб'єктивного комфорту, нормальне самопочуття). Площа зони комфорту на той самий період $S_k=153,29$ ум.од.² (54 % від максимальної), показник стану здоров'я – 8 балів. На рис. 1

представлено показники зони комфорту респондента на момент звернення (1 курс) і на момент контролю (4 курс).

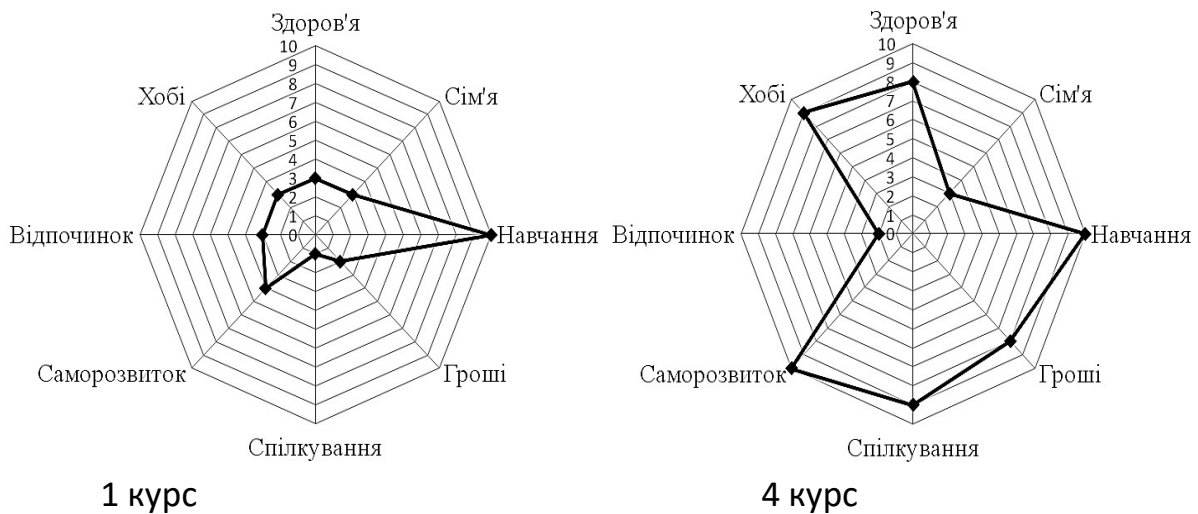


Рис. 1. Динаміка зони комфорту студента Т. з 2014 по 2017 рік.

Коефіцієнт кореляції між змінами зони комфорту й показниками стану здоров'я за описаний період $r = 0,9817$, що є достовірним на рівні $p < 0,01$.

Випадок 2.

Ситуація. Студент Є. вперше звернувся на початку 2 курсу зі скаргами на постійне (мінімум раз на місяць) загострення хронічного гастриту. Лікування, яке було призначене лікарем-гастронтерологом, допомагало лише тимчасово.

Аналіз ситуації. Проведена діагностична бесіда показала, що захворювання поступово розвивалося впродовж року. Перші симптоми з'явилися на початку першого року навчання в університеті. Респондент зазначив, що під час вступу відбулося декілька конфліктних ситуацій: з одного боку, він не зміг вступити до того закладу вищої освіти, який був у пріоритеті, а з іншого – батьки студента не схвалили остаточний вибір сина щодо майбутньої професії.

Навчається на «відмінно» та «добре». Інтелектуально добре розвинений. Втім у поведінці респондента спостерігається нетерплячість, емоційне відчуження, є прояви агресивності, неадекватного вибіркового емоційного реагування, вживання нецензурної лексики у спілкуванні з одногрупниками.

Діагностика. Інтегральний показник площі зони комфорту у студента Є. перед вступом до університету $S_1=188,59$ ум.од.², що становить 66,4 % від максимальної. Після вступу відбулося звуження зони комфорту майже на 13 %: $S_2=152,72$ ум.од.², що зазвичай спостерігається у студентів і вчителів-практиків, які обрали професію не за покликанням, а під впливом зовнішніх обставин або під тиском батьків. Протягом 1 курсу зона

комфорту респондента зривалась: під час першої сесії $S_3=122,29$ ум.од.² (43,1 % від максимальної), на початку 2 курсу $S_4=118,73$ ум.од.² (41,8 % від максимальної). Індекс суб'єктивного комфорту за «Шкалою станів» до вступу був достатнім ($ICK_1=52$ бали), після вступу на початку 1 курсу – низький ($ICK_2=37$ балів). Під час першої сесії індекс суб'єктивного комфорту збільшився до зниженого рівня ($ICK_3=47$ балів), але залишився на зниженому рівні й до початку 2 курсу ($ICK_4=43$ бали). Показник стану здоров'я – 5 балів. Самооцінка здоров'я – «погано».

Послідовність консультування.

Консультування проведено за методикою проєкційної десенсибілізації. Утруднення для оператора складало підлаштування до консультованого, оскільки з його боку спостерігалось постійне «тримання дистанції», напруження й зосередження на зовнішніх обставинах на протидію внутрішнім відчуттям.

Найбільшим психотравматичним чинником для Є. виявилися відносини з батьками – гіперсоціальний тип виховання й постійні високі вимоги до академічної успішності разом із емоційною відчуженістю та байдужістю.

Прийняття рішення щодо необхідності зміни власних установок респондентом було здійснене усвідомлено.

Проєктування травматичного чинника на долоню оператора і проведення десенсибілізації – відбувалось в режимі «прощення» [8].

Респонденту важко було проходити етап рефреймінгу, тому застосовувався прийом асоціативної візуалізації – образного представлення змін у відносинах із батьками. Ресурсним засобом для респондента стали вправи для зміни психосоматичних симптомів шляхом підвищення впевненості в собі та розвитку толерантності. Афірмації для самонавіювання підібрані з урахуванням симптомів наявного захворювання.

Від повторної консультації Є. відмовився; під час тимчасової зустрічі повідомив про покращення стану здоров'я й настання періоду ремісії. Запропоновані вправи респондент припинив виконувати.

Друге звернення за допомогою відбулось на початку 4 курсу. Є. скаржився на загострення захворювання й погіршення стану в період активної педагогічної практики (утворилась виразка 12-типалої кишки). Повторна діагностика виявила такі показники: $S_5=101,40$ ум.од.², $ICK_5=37$ балів – під час практики, $ICK_6=38$ балів – на початку 4 курсу (низький). Показник стану здоров'я – 4 бали. Самооцінка здоров'я – «дуже погано».

Додатково було здійснено діагностику професійного вигоряння й темпів старіння за біологічним та психологічним віком. Так, у респондента виявлено дуже високі показники за шкалами «емоційне виснаження» та «деперсоналізація», і високі – за шкалою «професійна успішність». Інтеграль-

ний показник професійного вигоряння інтерпретується як «вкрай високий». Психологічний вік – 34 роки, паспортний – 21 рік, біологічний вік – 18 років. Розрахунки показали прискорений темп старіння за психологічним віком і властиве студентам-спортсменам уповільнене старіння за біологічним віком.

Повторне консультування проводилося з урахуванням попереднього досвіду за модифікованою методикою.

Підлаштування під респондента здійснювалося шляхом проведення швидкої релаксації для активізації його дихання й більшого розслаблення скелетних м'язів.

Діагностика ситуації виокремила, як і в попередньому випадку, відносини Є. з батьками як психотравматичний чинник, який викликає напружений стан. До цього додалися ускладнені відносини з коханою дівчиною. Респондент відмітив, з одного боку, байдужість близьких по відношенню до себе, з іншого боку – надмірну вимогливість. У плані особистої самореалізації зазначив неприйняття й незадоволення власними діями, пов'язаними з професійно-практичною діяльністю, хоча позитивне ставлення до навчання не змінилося.

Збір інформації про психосоматичну основу стану респондента дав можливість виявити причини виникнення симптому, його місце локалізації і причинно-наслідкові зв'язки між подіями в житті Є. і загостреннями хвороби.

Найбільш помітні прояви захворювання спостерігалися під час педагогічної практики та внаслідок вимогливого ставлення батьків до успішності в навчанні. Основні установки – «вони вимагають від мене більше, ніж я можу», «мені не цікаво те, що я роблю», «я не можу їм догодити», «у мене нічого не вийде». Симптом охарактеризований респондентом як «біль, гострий, схожий на лижі, що ковзають по асфальту». Психосоматичною причиною виникнення симптому названо спротив тиску і приниженню. Кольорова гама симптому – темно-сіра.

Рішення про необхідність зміни власних установок прийнято Є. самостійно.

Проектування травматичного чинника на долоню оператора і проведення десенсибілізації відбулося в режимі «договору», із залученням уявної бесіди з батьками.

Для рефреймінгу було обрано установки на подолання страхів, переосмислення своєї значущості для рідних, розвитку морально-світоглядного розуміння сфер діяльності (професійної і повсякденної), де респондент може бути корисним і затребуваним, де він може отримати схвалення.

Ресурсним засобом стало промовляння афірмативних тверджень вголос, входження в «позу успішної людини», самоаналіз тілесних відчуттів – «наче політ», прийняття себе в цьому стані.

Під час контролю психоемоційного стану респондента симптом визначений ним як «повітряна кулька блакитного кольору». Після візуального «відпускання кульки в небо» змінився фізичний стан – як легкість у тілі, відчуття свободи. За спостереженням оператора – напруженість спала, на обличчі з'явилася довготривала посмішка.

Вихід із контакту був легким.

Результати спостережень і контрольна діагностика.

Аналіз динаміки зони комфорту Є. через три місяці після другої консультації засвідчив її розширення: $S_k=156,26$ ум.од.², що становить 55 % від максимальної. $ICK_6=48$ балів (достатній рівень суб'єктивного комфорту, нормальне самопочуття). Показник психологічного віку респондента знизився до 28 років, біологічний вік залишився незмінним. Показник стану здоров'я – 7 балів. Самооцінка здоров'я – «добре».

Є. продовжує використовувати запропоновані вправи й афірмації. Загострень захворювання протягом трьох місяців у респондента не було.

Коефіцієнт кореляції між змінами зони комфорту й показниками стану здоров'я за описаний період $r=0,9434$, що є достовірним на рівні $p<0,01$.

Висновки та перспективи подальших наукових розвідок.

Клінічні випадки формування компетентності індивідуального здоров'язбереження у студентів-майбутніх учителів, які мають суттєві відхилення у стані здоров'я, є наочним прикладом цілеспрямованого психовалеологічного впливу, який може здійснюватись у процесі професійної підготовки в закладі вищої освіти в межах валеопедагогічного супроводу і здоров'язбережувального освітнього середовища.

Динаміка стану здоров'я й зони професійного комфорту респондентів, які отримували консультаційну допомогу за методикою проєкційної десенсибілізації, продемонструвала дієвість подібного способу корекції захворювань, що мають виражену психосоматичну природу.

Для успішного здійснення психовалеологічного консультування за описаною методикою необхідна відповідна підготовка оператора й набуття ним певного досвіду у здійсненні кожного з етапів проєкційної десенсибілізації, які потребують швидкого реагування й добору індивідуально доцільних для клієнта засобів. Консультування здійснюється тільки за запитом клієнта, оператор може запропонувати свою допомогу, але клієнт має бути готовим до взаємодії і сам усвідомлено йти на контакт.

Перспективами подальших розвідок у даному напрямі вважаємо розробку методичних рекомендацій для викладачів закладів вищої освіти щодо використання методики проєкційної десенсибілізації в освітньому процесі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Апанасенко, Г. Л., Попова, Л. О., Магльований, А. В. (2011). *Санологія (медичні аспекти валеології)*. Львів: ПП "Кварт" (Apanasenko, H. L., Popova, L. O., Mahlovanyi, A. V. (2011). *Sanology (medical aspects of valeology)*. Lviv: PP "Kvart").
2. Жара, Г. І. (2017). Методологія індивідуального валеогенезу майбутнього вчителя. *Валеологія: сучасний стан, напрямки та перспективи розвитку*, 49–51 (Zhára, H. I. (2017). The methodology of the individual valeogenesis of the future teacher. *Valeology: the current state, trends and prospects of development*, 49–51).
3. Жара, Г. І. (2017). Оцінка зони професійного комфорту вчителів як засобу прогнозування динаміки їх індивідуального здоров'я. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*, 4 (68), 90–99. DOI: 10.24139/2312-5993/2017.04/090-099 (Zhára, H. I. (2017). Estimation of the teachers' professional comfort zone as a means of forecasting the dynamics of their individual health. *Pedagogical sciences: theory, history, innovative technologies*, 4 (68), 90–99. DOI: 10.24139/2312-5993/2017.04/090-099)
4. Жара, Г. І. (2018). Педагогічні технології формування компетентності індивідуального здоров'язбереження вчителів у процесі професійної підготовки та саморозвитку. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи*, 60. (Zhára, H. I. (2018). Pedagogical technologies for forming the teachers' individual health preservation competence in the process of professional training and self-development. *M. P. Drahomanov National Pedagogical University Scientific Bulletin: Series 5. Pedagogical sciences: realities and prospects*, 60).
5. Жара, Г. І. (2015). Соціальні аспекти формування індивідуального здоров'язбереження вчителя у сучасному освітньому вимірі. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт*, 129, Т. III, 132–135 (Zhára, H. I. (2015). Social aspects of teacher's individual health preservation in modern educational measurement. *Chernihiv National T. G. Shevchenko Pedagogical University Bulletin. Series: Pedagogical Sciences. Physical education and sports*, 129, Volume III, 132–135).
6. Жара, Г. І. (2017). *Технології індивідуального здоров'язбереження і профілактика професійного вигорання вчителя*. Чернігів: Десна Поліграф (Zhára, H. I. (2017). *Technologies of teacher's individual health preservation and occupational burnout prevention*. Chernihiv: Desna Polygraph).
7. Жара, Г. І. (2016). Формування компетентності індивідуального здоров'язбереження майбутніх учителів у процесі виховної роботи куратора академічної групи. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт*, 136, 79–84 (Zhara, H. I. (2016). Formation of the future teachers' individual health preservation competence in the process of tutor's educational work. *Chernihiv National T. G. Shevchenko Pedagogical University Bulletin. Series: Pedagogical Sciences. Physical education and sports*, 136, 79–84).
8. Жарая, А. И. (2013). Сохранение профессионального здоровья будущих учителей в процессе индивидуального психовалеологического консультирования. *Здоровье для всех*, 5, 171–173 (Zharaia, A. I. (2013). Preservation of professional health of the future teachers in the process of individual psycho-valeological counseling. *Health for all*, 5, 171–173).
9. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. World Health Organization (2010). Retrieved from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
10. Scheuch, K., Haufe, E., Seibt, R. (2015). Teachers' Health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112 (20), 347–356. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0347.

11. Zhara, H. (2014–2015). Interrelation of future teachers' health and their professional comfort zone: analysis of the problem. *European Humanities Studies: State and Society*, 4, 136–149. Slupsk.

РЕЗЮМЕ

Жарая Анна. Динамика состояния здоровья и зоны профессионального комфорта будущих учителей в процессе бакалаврской подготовки: клинические случаи.

В статье освещаются отдельные вопросы формирования компетентности индивидуального здоровьесбережения у будущих учителей на этапе бакалаврской подготовки. Описаны клинические случаи, которые составляют неспецифическую картину для групповой динамики вследствие наличия у респондентов хронических заболеваний, психических или поведенческих расстройств. Диагностическими показателями являются зона профессионального комфорта, индекс субъективного комфорта, состояние здоровья студентов. Показаны примеры схемы психовалеологического консультирования, особенности подбора средств диагностики и коррекции состояния здоровья с помощью авторской методики проекционной десенсибилизации. Результаты продемонстрировали положительную динамику состояния здоровья и зоны профессионального комфорта респондентов в результате применения предложенных средств.

Ключевые слова: будущий учитель, здоровье, зона комфорта, профессиональная подготовка, бакалаврская подготовка, компетентность индивидуального здоровьесбережения, индивидуальное психовалеологическое консультирование, методика проекционной десенсибилизации.

SUMMARY

Zhara Hanna. Dynamics of health status and professional comfort zone of the future teachers in the process of bachelor's training: clinical cases.

The purpose of the article is to describe the clinical cases of the dynamics of the health status and future teachers' professional comfort zone in the process of professional training with the implementation of targeted individual psycho-valeological effects. The article highlights some issues of the future teachers' individual health preservation competence forming at the stage of bachelor's training. There are described clinical cases that make up a nonspecific picture for group dynamics due to the presence of chronic illnesses, mental or behavioral disorders in the respondents. The research methods were analysis and synthesis of scientific sources, diagnostic indicators were the professional comfort zone, the subjective comfort index, the health status of students, occupational burnout level, biological and psychological age. For the diagnosis of psychosomatic aspects of the health of respondents, there were used interview and expressive projective techniques – analysis of drawings on a given topic. The examples of psycho-valeological counseling scheme, features of diagnostic tools selection and correction of the health status with the help of the author's technique of projection desensibilization are shown. The steps of the methodology are: tuning to the respondent, diagnosing the situation, collecting information about the psychosomatic basis of the respondent's condition, respondent's conscious decision making on the need to change own settings and behavior, designing a traumatic factor on the operator's palm and conducting desensibilization, reframing, attracting resources, monitoring and self-control of psycho-emotional and physical condition of the client, out of contact. The results showed a positive dynamics of the health status and the professional comfort zone of respondents as a result of the application of the proposed means. For the successful implementation of psycho-valeological counseling by the described

method, appropriate training of the operator and gaining some experience in the implementation of each of the stages of projection desensibilization, which require rapid response and selection of individually appropriate for the client means necessary for the operator. The counseling is carried out only at the request of the client, the operator can offer his help, but the client must be prepared to interact and consciously go to the contact.

Key words: *future teacher, health, comfort zone, professional training, bachelor's training, individual health preservation competence, individual psycho-valeological counseling, method of projective desensibilization.*

УДК 616.8+614

Ганна Заїкіна

Сумський державний педагогічний
університет імені А. С. Макаренка

ORCID ID 0000-0003-3094-4259

DOI 10.24139/2312-5993/2018.03/099-110

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПІДЛІТКІВ ЯК ХАРАКТЕРИСТИКА ІНФОРМАЦІЙНОГО НЕВРОЗУ

У статті розглядається проблема комплексної оцінки психофізіологічного стану підлітків із різним інформаційним навантаженням як характеристики «інформаційного неврозу». Оцінка психофізіологічного стану здійснена на основі визначення «ціни» навчально-пізнавальної діяльності з використанням математичної моделі. У ході дослідження виявлено низький рівень адаптаційного потенціалу організму до розумових навантажень, зниження рівня функціонального стану організму, наявність невротичних розладів, зниження загального тону організму у 37,0 % учнів гімназії, які навчаються в умовах надмірних інформаційних навантажень та 17,0 % учнів із традиційною формою організації навчального процесу. Дуже високий рівень психофізіологічної «ціни» навчально-пізнавальної діяльності виявлений у 34,5 % гімназистів та 11 % школярів, що вказує на наявність гострих порушень або зривів адаптаційних механізмів організму, крім того, може свідчити про наявність «інформаційного неврозу», що потребує додаткових обстежень учнів та аналізу стану їх здоров'я.

Ключові слова: *«інформаційний невроз», психофізіологічна «ціна», працездатність, варіабельність ритму серця, сенсомоторні реакції.*

Постановка проблеми. Ураховуючи той факт, що ХХІ століття визнано століттям інформаційних технологій, актуальним постає питання адаптації людей різного віку до інформаційних навантажень різної інтенсивності. За умов невідповідності інформаційних характеристик особливостям вищої нервової діяльності в людини можуть розвиватися патології ВНД, у тому числі й зриви ВНД, які у свій час І. Павлов назвав неврозами.

Стрімкі перетворення в системі шкільної освіти, інтенсифікація процесу навчання, створення спеціалізованих загальноосвітніх навчальних закладів із поглибленим вивченням різних предметів призводять до значного збільшення інформаційного навантаження учнів, що в поєднанні з