

Говорухина А. А., Щербакова А. Э., Ракшина Н. С.

*Сургутский государственный педагогический университет,
Сургутское медицинское училище, Сургут*

**Качество жизни педагогов и его взаимосвязь с психологическими
и гемодинамическими особенностями в условиях
реформирования системы образования**

**Quality of the teacher's life and its relation with psychologic and
hemodynamic specialities in the conditions of reformation
of the educational system**

УДК 37.015.3+378.172

Аннотация. Получены сведения о качестве жизни и его составляющих одной из профессиональных групп населения – педагогов различных образовательных учреждений. Приводятся результаты исследования морфофункциональных и психологических показателей педагогов, работающих в условиях реформирования системы образования.

Summary. We obtained the information about quality of life and its components of one of the professional groups of population – teachers of different educational institutions. The article presents the Results of research of morfofuncional and psychological indexes of the teachers, working in the conditions of reformation of the educational system.

Ключевые слова: качество жизни, преподаватели, стресс, физическое функционирование, психическое функционирование.

Key words: quality of life, teachers, stress, physical functioning, psychical functioning.

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югра 28.02.2006 принят закон №35-оз «О качестве жизни населения Ханты-Мансийского АО – Югры», согласно которому качество жизни (КЖ) населения автономного округа – это совокупность социально-экономических и иных критериев, отражающих уровень и степень достигнутого благосостояния человека в различных сферах его жизнедеятельности как основного условия устойчивого социального развития гражданского общества и личности.

Растущий интерес к проблематике качества жизни свидетельствует, что наше общество озабочено уже не столько проблемами самосохранения, сколько вопросами устойчивого социального развития и восстановления своей роли и своего места в мировом сообществе. Этот интерес обусловлен и процессом глобализации, который диктует для модернизирующихся государств необходимость в создании достойных условий жизни не только для будущих, но и ныне живущих поколений. Значимость проблемы качества жизни в России возрастает и в связи с тем, что человеческий ресурс в условиях активно идущих процессов старения и депопуляции населения становится самым дефицитным ресурсом [1, 2]. По мнению В. И. Петрова и Н. Н. Седовой [2, 15], КЖ – есть адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу. Данная трактовка позволяет выявить критерии субъективной оценки параметров КЖ.

Качество жизни населения оценивается по медико-демографическим, экологическим, социальным и экономическим показателям [3, 49]. КЖ – важное понятие не только для здравоохранения, но и для всех сфер современного общества, так как конечной целью активности всех институтов является благополучие человека. В настоящее время в России изучение КЖ приобретает особую актуальность в свете реализации приоритетных национальных проектов. Эффективность реализации национального проекта, направленного на улучшение качества жизни людей, может и должна быть определена с использованием метода оценки КЖ [3, 39].

В настоящее время становится очевидным, что необходимы объективные критерии оценки общественного здоровья и механизмы выработки политических, экономических приоритетов по его улучшению [4, 29]. Общеизвестно, что нуждаются в развитии методологические подходы к оценкам общественного и группового здоровья, на основе которых можно было бы сформировать позитивные критерии целевой функции по охране здоровья. В разрабатываемых в настоящее время планах социально-экономического развития территорий, как правило, недостаточно учитывается региональный компонент, нет должной «адресности» планируемых к реализации мероприятий.

Анализ литературных источников показывает, что несмотря на значительные разночтения в трактовке понятия КЖ, большинство авторов сходятся в том, что его определяющими компонентами являются состояние здоровья и степень удовлетворенности личности собственной жизнью. Изучение КЖ чрезвычайно важно, так как с его помощью можно не только выявить субъективные характеристики гигиенических, медико-биологических, социально-экономических и психолого-педагогических параметров условий жизнедеятельности участников образовательного процесса, но также установить степень их взаимосвязи с объективными показателями.

От здоровья педагогов во многом зависит успешность учебно-воспитательного процесса. Интенсивные интеллектуальные и психологические нагрузки являются значимыми факторами риска развития различных патологий. Именно поэтому своевременная диагностика и профилактика могут стать залогом улучшения здоровья и качества жизни в целом участников образовательного процесса.

Методика исследования

Исследования выполнены сотрудниками лаборатории «Здоровый образ жизни и охрана здоровья» Сургутского государственного педагогического университета в 2009-2011 гг. В исследовании приняли участие педагоги различных образовательных учреждений г. Сургута и Сургутского района (лицей, медицинское училище, педагогический университет, учреждение дополнительного образования). Возраст участников эксперимента составлял от 22 до 70 лет. Все они не имели серьезных жалоб на состояние здоровья и в течение последнего месяца не обращались за медицинской помощью. При интерпретации данных обследования выделено две группы: группа 1 – 78 преподавателей в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст $33,3 \pm 0,81$ года); группа 2 – 91 преподаватель в возрасте от 41 до 70 лет (средний возраст $51,2 \pm 0,84$ года). В исследовании принимали участие только женщины, поскольку мужская часть педагогических коллективов была крайне малочисленна и не могла быть использована для определения гендерных различий.

По общепринятым методикам определяли антропометрические показатели (рост, вес, ОГК), артериальное давление (АД) определяли по методу Короткова [5, 3; 6, 38]. На основании регистрируемых показателей АД рассчитывали пульсовое давление (ПД), среднее динамическое давление (СДД). Регистрация частоты сердечных сокращений (ЧСС) осуществлялась автоматически по данным электрокардиографии с использованием АПК «Нейро-Софт-8». Рассчитывали систолический объем (СО), минутный объем крови (МОК), ударный индекс (УИ) и сердечный (СИ) индексы, индекс кровообращения (ИК), общее периферическое сопротивление артериальных сосудов (ОПСС), удельное периферического сопротивления сосудов (УПСС).

Для определения тревожности нами использована методика, разработанная Ч. Д. Спилбергером (США) и адаптированная Ю. Л. Ханиным.

Уровень депрессии принявших участие в исследовании лиц определяли с использованием шкалы депрессии Бека, которая предназначена для количественной и качественной оценки депрессии и позволяет не только выявить наличие депрессивных симптомов, но и определять степень их выраженности. Оценку субъективного состояния качества жизни осуществляли, используя международный вопросник SF-36 [7, 250]. Участникам эксперимента предлагалось ответить на вопросы по 36 пунктам, сгруппированным в восемь шкал [8, 38]. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье. Все

шкалы формируют два компонента: физический компонент здоровья (физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RP), болевая шкала (BP), общее состояние здоровья (GH) и психологический компонент здоровья (жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE), психическое здоровье (MH).

Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием пакета программ «Statistica 6.0».

Результаты исследования

Анкета оценки качества жизни SF-36 является типичным примером шкал для субъективной оценки человеком состояния своего здоровья. Результаты исследования, выполненного с применением указанной методики, показывают, насколько хорошо или плохо здоровье педагогов по их собственным представлениям. В то же время здоровье является базовой характеристикой качества жизни наряду с уровнем жизни и социально-психологическим функционированием, поэтому предлагаемые результаты исследований можно использовать как один из показателей качества жизни участников образовательного процесса [9, 24].

Компоненты КЖ, связанные со здоровьем, позволяют дать глубокий многоаспектный анализ важных составляющих здоровья человека в соответствии с критериями ВОЗ [10, 18].

Сравнение двух возрастных групп преподавателей по показателям качества жизни позволило выявить достоверные различия между ними по большинству оцениваемых критериев (табл. 1).

Таблица 1. Показатели качества жизни педагогов

Показатели	Группа 1 (<40 лет)	Группа 2 (≥40 лет)	P
PF – физическое функционирование	90,8±1,85	83,1±2,09	0,000
RP – ролевое функционирование	73,1±7,06	73,8±5,6	0,574
BP-болевая шкала	75,8±4,89	71,8±2,07	0,000
GH – общее состояние здоровья	54,8±2,68	51,6±2,07	0,000
VT – жизнеспособность	61,9±3,46	65,9±2,28	0,000
SF – социальное функционирование	76,9±5,03	76,8±2,37	0,893
RE – эмоциональное состояние	67,9±6,79	73,2±5,36	0,000
MH – психическое здоровье	68,5±3,67	73,5±2,17	0,000

При анализе физического функционирования (PF), отражающего субъективную оценку респондентом объема своей физической нагрузки, активности, не ограниченной состоянием здоровья, было выявлено, что в группе 1 его величина (90,8±1,85) достоверно превышает аналогичный показатель в старшей группе (83,1±2,09). Это превышение прогнозируемо, однако, стоит отметить, что баллы, набранные педагогами по шкале физического функционирования, достаточно высоки и не вполне соответствуют полученным функциональным показателям. Показатели ролевого функционирования (RP) в обеих группах были несколько ниже условной нормы (73,1 – группа 1 и 73,8 – группа 2) и не обнаружили достоверных различий. Величина RP свидетельствует о том, что физическое состояние влияет на повседневную деятельность педагогов и в некоторой степени ограничивает ее. Показатели болевой шкалы и общего состояния здоровья были ниже условной нормы в 75 баллов и ухудшались с возрастом.

Общее состояние здоровья было низким в обеих группах (54,8±2,68 и 51,6±2,07 баллов соответственно). Чем ниже баллов по шкале GH набирает испытуемый, тем хуже его состояние здоровья. Величина этого показателя вызывает серьезные опасения, поскольку свидетельствует о недостаточно внимательном отношении преподавателей к своему здоровью. Зачастую большинство из них переносят на ногах острые респираторные инфекции, не обращаются к специалистам и по поводу более серьезных патологий. В процессе длительной

и напряженной преподавательской деятельности может наступить состояние утомления как нормальная реакция организма на выполняемую работу, объективно характеризующая снижение возможности успешно ее продолжать, чему сопутствует субъективное чувство усталости.

Важность изучения психологических аспектов качества жизни и удовлетворенности им педагогов обусловлена тем, что они находятся в постоянном взаимодействии с обучающимися. Следовательно, образ жизни, субъективная оценка своей жизни педагогами, их удовлетворенность ее качеством влияют на формирование общественного сознания современной молодёжи. Между тем эти психологические характеристики личности педагогов изучены недостаточно. Отсюда вытекает, что существует научная проблема, суть которой в необходимости исследования удовлетворенности преподавателей различных образовательных учреждений качеством своей жизни в целом и в различных его компонентах, а также взаимосвязей между этими компонентами.

Установлено, что показатели психологического компонента здоровья у педагогов старшей возрастной группы превышали аналогичные значения педагогов группы 1. Низкие баллы по шкале жизнеспособности свидетельствуют об утомлении и снижении жизненной активности, что негативно сказывается на напряженной профессиональной деятельности преподавателей, требуя от более молодых педагогов повышения нервного напряжения.

Социальное функционирование (SF) – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность. Количество баллов, набранных участниками эксперимента по этой шкале, в обеих возрастных группах было примерно равным (76,7 и 76,9 в группах 1 и 2 соответственно). Полученные результаты свидетельствуют о том, что у всех обследованных педагогов не наблюдалось уменьшения социальных контактов, снижения уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Шкала RE оценивает степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Результаты по этому критерию в обеих группах были ниже условной нормы в 75 баллов, что подтверждает высокую степень эмоционального напряжения педагогов обеих групп. Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленной ухудшением эмоционального состояния. Достоверно более высокие значения по шкале эмоционального состояния отмечены у педагогов группы 2 по сравнению с группой 1 (73,2 и 63,9 соответственно).

Количество баллов, набранных испытуемыми по шкале психического здоровья (MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие значения свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии [11, 19; 12, 139]. При помощи используемого метода мы оценивали именно субъективную оценку самочувствия преподавателями.

Проведенные нами исследования подтверждают важность и необходимость осуществления мониторинга показателей физического и психического компонентов качества жизни и других критериев, характеризующих состояние здоровья педагогов, для своевременного выделения группы риска, и проведения необходимых корректирующих мероприятий.

Изучая образ жизни преподавателей, необходимо учитывать специфику профессиональной педагогической деятельности данной социальной группы, которая связана с непосредственным участием педагогов в трансформациях социальной среды посредством взаимодействия с учащейся молодёжью. В ходе переустройств современного общества возрастает важность формирования нравственного потенциала общества, которое находится в ведении такой социальной группы, как педагоги. Образ жизни, субъективная оценка качества жизни, ценностные ориентации педагогов – все эти социально-психологические категории найдут своё отражение в формировании социального сознания будущего поколения.

Успех первичной профилактики заболеваний во многом зависит от устранения модифицируемых факторов риска и требует проведения, как масштабных популяционных исследований, так и кагортных исследований определенных категорий населения. Для проведения

своевременных профилактических мероприятий необходимо иметь сведения о функциональном и психологическом состоянии обследуемых лиц.

подавляющее большинство педагогов, принявших участие в нашем исследовании, оценивали свой уровень физической активности как низкий, недостаточный. Менее 5% преподавателей указали, что ежедневно выполняют гимнастические упражнения или регулярно посещают спортивный зал. Нерациональное питание, неправильная организация труда и отдыха, дефицит времени, повышенные интеллектуальные и эмоциональные нагрузки – все эти факторы могут стать причиной повышенного содержания жира в организме [13, 101].

Результаты оценки соматометрических показателей педагогов, принявших участие в исследовании, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Соматометрические характеристики преподавателей различных возрастных групп, $M \pm m$

Показатели	Группа 1 (<40 лет)	Группа 2 (\geq 40 лет)	P
ИМТ, кг/м ²	25,9 \pm 1,04	28,9 \pm 0,69	0,015
ОГК, см	95,3 \pm 1,82	101,3 \pm 1,43	0,009
Длина тела, кг	164,2 \pm 0,75	161,3 \pm 0,62	0,003
Масса тела, кг	69,8 \pm 1,98	75,3 \pm 1,80	0,041
Содержание жира в организме, %	27,5 \pm 1,37	33,8 \pm 0,93	0,000
Индекс Эрисмана	13,4 \pm 1,81	20,6 \pm 1,44	0,002

За последние годы существенно вырос интерес к метаболическим факторам риска, которые в сочетании с традиционными, в 2-3 раза увеличивают вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также их осложнений. Ожирение является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, оно рассматривается как один из доминирующих метаболических факторов риска.

Избыточная масса тела часто сочетается с малоподвижным образом жизни, сахарным диабетом, нарушениями липидного обмена. Все эти признаки значительно ухудшают качество жизни, а также многие люди с ожирением страдают от болей, ограничения подвижности, имеют низкую самооценку, депрессию, эмоциональный дистресс и другие психологические проблемы. В России ожирение выявляется в 51% случаев, что сопоставимо с данными других европейских стран.

При анкетировании было выяснено, что большинство педагогов не знакомы с уровнями показателей холестерина, глюкозы крови, индекса массы тела, критериями абдоминального ожирения и количественными критериями недостаточной физической активности, которые рассматриваются в настоящее время как факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, что является основанием проведения более активных профилактических мероприятий в рамках Национального проекта «Здоровье» [14, 99].

Установлено, что ИМТ превышал нормативные значения (>25 кг/м²) у 63% обследованных педагогов, при этом в 1-й группе этот показатель составил 43,5%, тогда как в группе 2 – 79,7%. Наибольшие корреляционные связи показатели ИМТ, массы тела и процентного содержания жира имели с АДД, АДС и СДД (табл. 3).

Таблица 3. Корреляционные взаимосвязи (R_s) соматометрических показателей с возрастными и гемодинамическими особенностями

Показатели	Масса тела, кг	ИМТ, кг/м ²	Содержание жира, %
Возраст	0,024	0,108	0,162
Северный стаж	- 0,035	- 0,007	- 0,052
Пед. стаж	0,041	0,103	0,144
АДД	0,459	0,456	0,303
АДС	0,414	0,411	0,271
ПД	0,029	- 0,009	0,134
СДД	0,441	0,463	0,344

Как было отмечено выше, увеличению числа лиц с избыточной массой тела и ожирением способствуют особенности жизни современного человека: повышенная нервно-эмоциональная нагрузка, сочетающаяся с низкой физической активностью и выраженным нарушением питания. Длительное пребывание в помещениях создает условия для гипоксии и гиподинамии. Недостаток движения с разбалансированным питанием приводит к нарушениям в липидном обмене и повышению массы тела за счет избыточного отложения жира в подкожной клетчатке. Показатели массы тела и ИМТ обнаруживали наиболее сильные корреляционные связи с АДД, АДС, СДД.

Среди этиологических факторов развития ожирения значительную роль играют острый и хронический стресс, при этом психологические последствия стресса способствуют возникновению нарушений пищевого поведения. Перечисленные выше особенности в значительной степени характеризуют большинство современных преподавателей, как представителей одной из наиболее эмоционально-напряженных профессий. В связи с этим необходим грамотный контроль и коррекция нарушений массы тела и образа жизни участников образовательного процесса, особенно в условиях Севера, где природно-климатические факторы оказывают дополнительное стрессовое воздействие.

На основании вышеизложенного можно заключить, что большинство педагогов, принявших участие исследовании, имели ИМТ и содержание жира в организме выше условной нормы, причем с возрастом отмечается тенденция кувеличению этих показателей. Лица, имеющие высокие значения ИМТ, и страдающие ожирением входят в группу риска не только по функциональным, но и психологическим характеристикам. Следовательно, необходим контроль показателей массы тела и содержания жира в организме, консультация врачей, диетологов, спортивных инструкторов, организация правильного питания с учетом возрастных особенностей педагогов.

В последние годы все большее внимание специалистов по медицине труда во всем мире привлекает проблема психосоциальных факторов производственной природы, под которыми в самом общем виде понимается совокупность условий, ведущих к возникновению стресса на рабочем месте. По данным экспертов ВОЗ, психосоциальные факторы могут способствовать формированию стресса на работе, приводить к ухудшению состояния здоровья работников, снижать эффективность профессиональной деятельности. При этом задолго до клинического проявления болезни наблюдаются расстройства различных психических процессов, свойств и состояний человека, снижающих качество его жизни и оптимум функционирования его психосоматической жизнедеятельности

Измерение тревожности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. У каждого человека существует свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля [15, 14].

Под личностной тревожностью понимается относительно устойчивая индивидуальная характеристика, дающая представление о предрасположенности человека к тревожности, т.е. его склонности воспринимать многие ситуации как угрожающие и реагировать на эти ситуации появлением состояния тревоги различного уровня. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги.

Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, тревожностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушение внимания, а высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными, невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями [15, 15].

ВОЗ выявило относительно неожиданную и, можно сказать, шокирующую тенденцию: к 2020 г. психические заболевания будут среди ведущих причин инвалидизации. Тревожные расстройства часто сочетаются с депрессией и различными (преимущественно психосомати-

ческими) заболеваниями, такими, как язва 12-перстной кишки, артериальная гипертензия, ревматоидный артрит [16, 50].

Анализ уровня личностной тревожности преподавателей выявил достоверные отличия ($p=0,05$) между возрастными группами (табл.4).

Таблица 4. Психологические характеристики преподавателей различных возрастных групп, $M \pm m$

Показатели	Группа 1 (<40 лет)	Группа 2 (≥ 40 лет)	P
	Уровень тревожности		
PT	46,53 \pm 2,514	49,57 \pm 2,303	0,000
ЛТ	42,6 \pm 1,378	48,25 \pm 1,223	0,000
Уровень депрессии			
C-A	5,43 \pm 1,048	5,21 \pm 0,633	0,187
S-P	3,33 \pm 0,503	4,0 \pm 0,443	0,000
Σ	8,77 \pm 1,505	9,21 \pm 0,982	0,075

Установлено, что среди педагогов первой группы наиболее часто встречающейся была легкая форма депрессии, тогда как в группе 2 – умеренная. Как отмечают многие исследователи, распространённость депрессии связана с постарением населения и увеличением количества разнообразных социальных стрессогенных событий, провоцирующих развитие этого нарушения [17, 104]. Показатели депрессии обнаружили наиболее тесные взаимосвязи с индексом напряжения и длительностью педагогического стажа (табл. 5).

Таблица 5. Корреляционные взаимосвязи психологических и функциональных показателей (R_s)

Показатели	ЛТ	PT	C-A	S-P	Σ
Возраст	0,058	0,071	0,183	0,324	0,228
ИН	0,104	0,113	0,293	0,356	0,321
Педагогический стаж	0,045	0,050	0,322	0,339	0,349
АДД	0,091	0,061	0,079	0,113	0,118
АДС	0,157	0,098	0,044	0,158	0,089
ПСС	0,060	0,059	0,163	0,310	0,201

Многочисленными исследованиями подтверждена связь между АГ и тревогой. Клинический опыт и ряд исследований показывают, что депрессивные и тревожно-депрессивные состояния утяжеляют течение ССЗ. Они являются одной из причин значительного ухудшения качества жизни. Исследования связи между сердечно-сосудистыми заболеваниями и депрессией показали, что признаки депрессии предшествуют развитию ССЗ и даже умеренная депрессия является фактором риска АГ [13, 101; 12, 139; 18, 126].

Нами установлена наиболее сильная связь между психологическими особенностями педагогов и педагогическим стажем, индексом напряжения по Баевскому, ПСС. Следовательно, педагоги, имеющие высокие показатели тревожности и депрессии могут входить в группу риска, как лица, склонные к развитию артериальной гипертензии.

Гемодинамические показатели педагогов двух возрастных групп представлены в таблице 6. Полученные результаты свидетельствуют, что в среднем показатели АДС обследованных педагогов не превышали условной нормы, однако частота встречаемости артериальной гипертензии составила 17% и 22% соответственно в 1-й и 2-й возрастных группах. Также установлено достоверное увеличение с возрастом показателей ЧСС, ПД, СО, ИК, УИ, СИ. Прогнозирование риска развития является важнейшим первичным элементом звена профилактики неинфекционной патологии [19, 14]. Многочисленными исследованиями показано, что доминирующими факторами риска развития сердечнососудистых заболеваний в Российской Федерации являются артериальная гипертензия, курение, алкоголь и стресс [20, 6].

Таблица 6. Гемодинамические характеристики преподавателей различных возрастных групп, $M \pm m$

Показатели	Группа 1 (<40 лет)	Группа 2 (≥ 40 лет)	P
АДС	121,7 \pm 2,17	124,4 \pm 2,2	0,000
АДД	85,9 \pm 1,9	85,2 \pm 1,6	0,075
ЧСС	73,6 \pm 1,6	76,0 \pm 1,4	0,000
ПД	38,8 \pm 1,4	39,5 \pm 1,7	0,039
СДД	99,4 \pm 1,9	99,8 \pm 2,02	0,366
СО	138,9 \pm 2,9	198,1 \pm 3,9	0,000
ИК	154,7 \pm 7,1	206,6 \pm 8,4	0,000
УИ	79,1 \pm 2,6	108,3 \pm 2,6	0,000
СИ	5829,3 \pm 230,5	8233,5 \pm 263,2	0,000

Однако, для людей, проживающих в условиях ХМАО – Югры, еще одним фактором, оказывающим выраженное негативное влияние на качество жизни и уровень здоровья населения, являются неблагоприятные климатоэкологические условия региона.

Интенсификация образования требует от всех участников образовательного процесса значительного напряжения внимания, стабильно высокой работоспособности в течение длительного времени. При этом психоэмоциональное напряжение сочетается со сниженной продолжительностью ночного сна, двигательной активности и времени пребывания на свежем воздухе. Перенапряжение может носить застойный характер и, тем самым, способствовать развитию различных психосоматических дисфункций.

Так, в результате проведенного исследования установлено, что составляющие физического компонента качества жизни выше у педагогов моложе 40 лет, тогда как большинство составляющих психологического компонента были выше у педагогов старшей возрастной группы.

У педагогов старше 40 лет достоверно чаще встречались избыточная масса тела, высокий процент содержания жира в организме и индекс массы тела, превышающий нормативные значения.

Показатели тревожности и депрессии в старшей возрастной группе статистически значимо превышали значения аналогичных показателей у педагогов моложе 40 лет.

Установлено, что у педагогов старшей возрастной группы такие гемодинамические параметры, как систолический объем, индекс кровообращения, ударный и сердечный индексы достоверно превышали аналогичные значения педагогов моложе 40 лет.

Литература

1. Маликов Н. С. К вопросу о содержании понятия «качество жизни» и его // Уровень жизни регионов России, 2002. № 2. С. 1-6.
2. Петров В. И., Седова Н. Н. Проблемы качества жизни в биоэтике. Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2001. 96 с.
3. Чубирко М. И., Пичужкина Н. М., Ласточкина Г. В. Качество жизни населения Воронежской области // Здоровоохранение Российской Федерации. 2010. № 1. С. 49-52.
4. Медик В. А. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М.: Медицина, 2006. 528 с.
5. Оганов Р. Г. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно освободить усилением профилактики / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // Профилактическая медицина, 2009. № 6. С. 3-7.
6. Современные неинвазивные методы измерения артериального давления для диагностики артериальной гипертензии и оценки эффективности антигипертензивной терапии. Пособие для врачей / А. Н. Рогоза [и др.]. М.: «Медика», 2007. 72 с.
7. Ware J., Kosinski M., Keller S. SF-36 Physical and mental health summary scores: a user's manual. Boston. The Health Institute, New England Medical Center, 1994. P. 250.
8. Новик И. И., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю. Л. Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа групп», 2007. 382 с.

9. Говорухина А. А. К вопросу о субъективной оценке качества жизни и показателей функционального состояния участников образовательного процесса г. Сургута / А. А. Говорухина [и др.] // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. 2009. № 1(4). С. 20-25.
10. Артюхов И. П. Качество жизни жителей Крайнего Севера как один из критериев оценки здоровья / И. П. Артюхов [и др.] // Здоровоохранение Российской Федерации. 2009. № 2. С.18-20.
11. Yeh C. I. Taiwanese student, gender, age, interdependent self-construal, and collective self-esteem as predictors of professional psychological help-seeking attitudes // Cultur. Divers. Ethnic. Minor. 2002. Vol. 8. N 1. P. 19-29.
12. Agelink M.W. Relationship between major depression and heart rate variability. Clinical consequences and implications for antidepressive treatment / M.W. Agelink, C. Boz, H. Ullrichet. all. Psychiatry Research. 2002. 113:139-149.
13. Говорухина А. А., Попова М. А., Щербакова А. Э. Психологические и сердечнососудистые нарушения у педагогов Ханты-Мансийского автономного округа-Югры в условиях модернизации образования // Тезисы докладов II международного конгресса «Кардиология на перекрестке наук». Тюмень, 2011. С.101.
14. Говорухина А. А., Попова М. А., Щербакова А. Э. Частота гиподинамии и избыточной массы тела среди педагогов Сургута разных возрастных групп // Тезисы докладов II Международного конгресса «Кардиология на перекрестке наук». Тюмень, 2011. С.99-100.
15. Райгородский Р. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: «БФХРАХ». 1998. 672 с.
16. Брандштейн Л. М. Биполярное аффективное расстройство // Российский медицинский журнал. 2009. № 2. С.50-53.
17. Вельтищев Д. Ю. Аффективная модель стрессовых расстройств: психическая травма, ядерный аффект и депрессивный спектр // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т.16. № 3. С. 104-108.
18. Pickering Th. The effects of occupational stress on blood pressure in man and women // Acta physiol. scand. 1997. Vol. 161. № 640. P. 125-128.
19. Батюшкин М. М. Прогнозирование сердечно-сосудистых заболеваний. Ростов-н/Д.: МАРТ. 2006. 144 с.
20. Глазунов И. С., Потемкина Р. А., Попович М. В. Разработка системы мониторинга поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в России (Исследование в Москве) . М.: Макс-пресс, 2002. С. 6-95.