

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М. П. ДРАГОМАНОВА

На правах рукопису

Гетьман Тетяна Олександрівна

УДК 37.015.3-057.874:371.78

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДШИХ
ШКОЛЯРІВ**

19.00.07 – педагогічна та вікова психологія

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук

Науковий керівник:

доктор психологічних наук, професор
Ставицька Світлана Олексіївна

Київ - 2014

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	10
1.1. Теоретичний аналіз вивчення феномена здоров'я та його видів.....	10
1.2. Психічне та психологічне здоров'я молодших школярів у контексті вікових особливостей їх розвитку	24
1.3. Основні чинники впливу на здоров'я дітей молодшого шкільного віку .	34
Висновки до першого розділу	48
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ В ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ	50
2.1. Методичні підходи до вивчення проблеми психологічних чинників впливу на здоров'я молодших школярів	50
2.2. Провідні психологічні чинники впливу на здоров'я дітей молодшого шкільного віку	56
2.2.1. Ставлення до навчання та особливості його впливу на здоров'я молодших школярів	68
2.2.2. Вплив на здоров'я молодшого школяра його ціннісного ставлення до себе та до інших	75
2.2.3. Особливості впливу соціального середовища на здоров'я молодших школярів	87
2.2.4. Особливості впливу індивідуально-типологічних властивостей молодших школярів на їх здоров'я	94
2.3. Ієрархія психологічних чинників впливу на збереження здоров'я молодших школярів на різних етапах їх навчання в початковій школі	102
Висновки до другого розділу.....	118

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ	123
3.1. Теоретичне обґрунтування комплексної програми профілактики, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку	123
3.2. Психогігієнічні засоби збереження фізичного та соціально- психологічного здоров'я молодших школярів	130
3.3. Змістові та організаційні аспекти тренінгу збереження та зміцнення психічного здоров'я дітей молодшого шкільного віку	140
3.4. Динаміка впливу психологічних чинників на збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку	160
Висновки до третього розділу	175
ВИСНОВКИ	177
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	181
ДОДАТКИ	201

ВСТУП

Актуальність дослідження. Збереження здоров'я людини є одним із пріоритетних завдань демократичного суспільства. Здоров'я закладається з дитинства, тому будь-яке відхилення у розвитку організму, будь-яка хвороба відбиваються в подальшому на стані здоров'я дорослої людини. Сучасні наукові підходи до визначення і розуміння здоров'я є предметом наукової дискусії щодо його сутності, якісних і кількісних характеристик, пошуку шляхів збереження. Тенденція визначення здоров'я з урахування соціально-психологічних та психофізіологічних аспектів життєдіяльності людини простежується у чисельних наукових працях (Р. М. Баєвський, І. І. Брехман, В. П. Казначєєв, Є. І. Кудрявцева, Ю. П. Лісцін, В. М. Оржеховська та ін.). Дослідники також акцентують увагу на питаннях психічного й психологічного здоров'я (М. Є. Бачерикова, С. Д. Максименко, В. П. Петленко, Р. О. Стефанчук та ін.).

Проблема загального погіршення здоров'я дітей та підлітків стимулює вчених-психологів до пошуку нових шляхів охорони і зміцнення їх здоров'я. Це зумовило появу наукових робіт, у яких робляться спроби: знайти способи збереження та зміцнення фізичного здоров'я дітей у процесі їх навчання і виховання (Г. П. Апанасенко, І. А. Аршавський, А. Л. Попова, В. О. Шаповалова), забезпечити корекцію педагогічного процесу з метою його позитивного впливу на здоров'я школярів (В. А. Ананьєв, М. М. Безруких, Т. Є. Бойченко, О. Д. Дубогай), розробку й реалізацію педагогічним колективом комплексних програм збереження здоров'я дітей (Л. Г. Татарникова, Г. К. Зайцев та ін.). Зважаючи на це, одним з головних завдань всіх інституцій і закладів, що мають відношення до підростаючого покоління, стає збереження, розвиток і зміцнення здоров'я дітей (В. Андріянов, Т. Мельников). Особливо актуальною ця вимога є по відношенню до початкової школи, адже молодший школяр дуже чутливий і відкритий до оточення, а нове шкільне середовище

здійснює особливий вплив на його здоров'я. Тому, для успішного вирішення проблеми збереження здоров'я дітей необхідно визначити чинники, які його детермінують. Однак, проблема психологічних чинників збереження здоров'я дітей, зокрема, учнів початкової школи, залишається мало дослідженою, тоді як їх виявлення сприятиме забезпеченню індивідуального психолого-педагогічного підходу до процесу навчання й виховання кожного учня та створить оптимальні умови для збереження здоров'я дітей у педагогічному процесі.

Таким чином, соціальна значущість та недостатня розробленість зазначеної проблематики у сучасній психолого-педагогічній теорії і практиці зумовили вибір теми дисертаційного дослідження *"Психологічні чинники збереження здоров'я молодших школярів"*.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема входить до плану науково-дослідних робіт кафедри соціальної психології та психотерапії Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова й затверджена Вченою радою університету (протокол № 13 від 22.06.2006) та узгоджена Міжвідомчою радою з координації наукових досліджень у галузі педагогіки та психології НАПН України (протокол № 3 від 26.03.2014).

Мета дослідження: здійснити теоретичне та емпіричне дослідження психологічних чинників впливу на здоров'я молодших школярів; розробити та впровадити психологічний супровід чинників збереження здоров'я дітей початкової школи.

Згідно поставленої мети було визначено **завдання дослідження:**

1. Визначити теоретичні підходи до вивчення проблеми психологічних чинників збереження здоров'я особистості.
2. Виявити й емпірично дослідити провідні психологічні чинники впливу на збереження здоров'я молодших школярів.
3. Обґрунтувати критерії, визначити рівні та показники психологічного здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

4. Розробити, обґрунтувати та апробувати програму психологічного супроводу збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку в системі початкової школи.

Об'єкт дослідження – збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

Предмет дослідження – психологічні чинники збереження здоров'я молодших школярів.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань нами була розроблена програма дослідження, реалізація якої передбачала використання комплексу загальнонаукових методів: *теоретичних*: системно-структурний аналіз, синтез, порівняння та узагальнення психологічної та педагогічної літератури з проблеми дослідження; *емпіричних*: анкетування, бесіди, спостереження, тестів, констатувального та формувального експерименту. Кількісне опрацювання еспериментально отриманих результатів дослідження здійснювалося за допомогою комп'ютерної програми Statistica 6.0. з використанням методів непараметричної статистики.

На різних етапах дослідження було використано такі психодіагностичні методики: "Тест шкільної тривожності" для дітей (адапт. Т. Патрико, Г. Кучерява), методика дослідження самооцінки (Т. В. Дембо, С. Я. Рубінштейн), проєктивні методики "Два будинки" (А. Л. Венгер, Г. А. Цукерман), "Моє здоров'я" та "Кінетичний малюнок сім'ї" (Р. С. Бернса, С. Х. Кауфмана в адапт. О. В. Соколової), опитувальник "Коло" Г. Айзенка, опитувальник для учителів "Оцінка емпатійності керівника" (Є. М. Потапчук).

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося на базі ЗОШ № 9 м. Ніжина, ЗОШ № 314 м. Києва, Талалаївської ЗОШ І-ІІІ ст. Ніжинського р-н Чернігівської обл. До дослідження було залучено 387 молодших школярів у віці 6-10 років (учні 1-4 класів, з них хлопців – 212, дівчат – 175), а також їх учителі й вихователі груп продовженого дня. Теоретична, діагностична та корекційно-розвивальна робота, спрямована на

визначення психологічних чинників збереження та зміцнення здоров'я молодших школярів, проводилася впродовж 2006-2014 р.

Наукова новизна і теоретичне значення дослідження полягають у тому, що вперше:

- здійснено системне теоретико-експериментальне дослідження психологічних чинників збереження здоров'я молодших школярів; обґрунтовано критерії психологічного здоров'я учнів початкової школи (наявність чи відсутність: хронічних захворювань, емоційних переживань негативної модальності, пов'язаних зі школою, переживань негативної модальності пов'язаних з сімейною ситуацією); визначені рівні (низький, середній, високий) здоров'я молодших школярів;

- визначено основні психологічні чинники, які впливають на здоров'я учнів початкової школи і забезпечують позитивну динаміку збереження здоров'я молодших школярів: сприятлива сімейна ситуація – задоволеність сімейним і соціальним статусом, відсутність конфліктності в сім'ї; низький показник тривожності та відсутність страхів, пов'язаних із ситуаціями контакту з учителем, з ровесниками, із самовираженням та перевіркою знань; високий рівень емоційної стабільності та позитивної шкільної мотивації, задоволеність результатами навчання; адекватна самооцінка та впевненість у собі; переважаючий інтернальний локус контролю у сфері навчальних невдач; високий рівень фізіологічного опору шкільним страхам; позитивне активне ставлення до власного здоров'я, установка на здоровий спосіб життя, здорове харчування; високий рівень задоволеності життям; здатність до емпатії, доброзичливе ставлення до людей, низький рівень конфліктності та агресивності, розвинені навички міжособистісного спілкування;

- на основі виділених психологічних чинників теоретично обґрунтовано доцільність, розроблено та експериментально доведено ефективність застосування комплексної програми профілактики, зміцнення та збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку;

- поглиблено та розширено уявлення про такі складові збереження здоров'я молодших школярів як, фізична, психічна та соціальна;

- набула подальшого розвитку система знань про сутність, зміст та особливості збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що апробований пакет психодіагностичних методик для визначення психологічних чинників впливу та рівнів здоров'я дітей молодшого шкільного віку, а також авторська програма "*Психологічного супроводу збереження здоров'я молодших школярів*" та навчально-методичний посібник "*Профілактика, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку*" можуть бути використані практичними психологами та учителями у навчально-виховному процесі початкової школи та викладачами вищих педагогічних навчальних закладів у підготовці фахівців для початкової ланки освіти.

Апробація та впровадження результатів дисертації. Основні теоретичні та практичні положення та результати дисертаційного дослідження доповідалися й отримали схвалення на *9 Міжнародних науково-практичних конференціях* - "*Проблеми становлення фахівця-психолога у процесі вузівського навчання*" (м. Ніжин, 15-17 листопада 2006 р.), "*Наука, освіта, суспільство очима молодих*" (м. Рівне, 15-16 травня 2008 р.), "*Проблеми духовності в психології розвитку особистості*" (м. Ніжин, 21-23 травня 2008р.), "*Актуальні проблеми практичної психології*" (м. Херсон, 23-24 квітня 2009 р.), "*Методологія та технології практичної психології в системі вищої освіти*" (м. Київ, 10-11 квітня 2009 р.), "*Духовність у становленні та розвитку особистості*" (м. Суми, 1-2 жовтня 2009 р.), "*Методологія та технології практичної психології в системі вищої освіти*" (15-16 травня 2012 р.), "*Проблеми переживання життєвої кризи*" (м. Ніжин, 12-13 квітня 2011 р.), *VI Харківських Міжнародних психологічних читань "Психологія у суспільстві, що трансформується"*, присвячених пам'яті О. М. Лактіонова (м. Харків, 16 квітня 2010 р.); *4 всеукраїнських науково-практичних конференціях* -

"Сучасні технології навчання в початковій освіті" (м. Київ, 13-14 квітня 2006 р.), "Молодь, освіта, наука, культура і національна самосвідомість" (м. Київ, 25-27 квітня 2006 р.), "Актуальні проблеми формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді" (м. Ніжин, 14-16 листопада 2007 р), "Професійна підготовка фахівців соціально-педагогічної сфери в умовах інтеграції України до європейського освітнього простору" (11-12 жовтня 2012 р.); звітних наукових конференціях викладачів кафедри загальної та практичної психології НДУ імені Миколи Гоголя (2006-2014 рр.), звітних наукових конференціях викладачів і аспірантів та на засіданнях кафедри соціальної психології та психотерапії НПУ імені М. П. Драгоманова (2012-2014 рр.).

Результати дисертаційного дослідження *впроваджено* у навчально-виховний процес Талалаївської ЗОШ I-III ст. Чернігівської обл. (протокол № 7 від 28.03.2007), Білогородської загальноосвітньої школи I-III ст. № 2 Київської обл. (довідка № 23 від 29.01.2010) Інституту педагогіки і психології НПУ імені М. П. Драгоманова (довідка №53/13 від 12.12. 2013), загальноосвітньої школи № 9 міста Ніжина (довідка № 68 від 25.04. 2014)), Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя (довідка № 05 від 18.06.2014).

Публікації. Результати дослідження висвітлено у 19 одноосібній публікації автора, серед яких 11 статей надруковано у наукових фахових виданнях України, 1 стаття у зарубіжному виданні, 6 – матеріали науково-практичних конференцій, 1 навчально-методичний посібник.

Структура та обсяг дисертації Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, який налічує 199 найменувань (з них 10 іноземною мовою) та 8 додатків. Основний зміст дисертації викладено на 180 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 35 таблиць і 3 рисунки на 16 сторінках. Загальний обсяг дисертації 230 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1. Теоретичний аналіз вивчення феномену здоров'я та його видів

Проблема здоров'я особистості вважається однією з найважливіших та найскладніших проблем сучасної науки. Симптомом нашого часу, за словами В. Франкла, є "колективні ноогенні неврози", які охопили передусім цивілізовані країни [191].

У суспільстві, на думку С. П. Тищенко, спостерігається та ж сама залежність, що й у житті окремої людини: в міру погіршення стану здоров'я, а тим більш утрати його – інтерес до здоров'я зростає, а саме здоров'я усвідомлюється як найбільша цінність. Щодо нашої країни, авторка вказує на прямий зв'язок між зниженням рівня здоров'я населення та економічною і екологічною кризами. Безсумнівним є також вплив на здоров'я людей "слідів" чорнобильської біди, які даватимуть про себе знати впродовж ще багатьох років [170, с. 344].

Назване вище актуалізує проблему збереження здоров'я населення, що відображено в державних документах, у яких серед першочергових функцій освітнього процесу виокремлюють задачу забезпечення здоров'я дітей та молоді [56; 108; 52; 73; 109; 53; 172].

У документі "Національна доктрина розвитку освіти" підкреслюється, що пріоритетним завданням системи освіти є виховання людини в дусі відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих як до найвищої індивідуальної і суспільної цінності [108].

Актуальність цієї проблеми привертає до себе пильну увагу багатьох вчених-дослідників різних галузей науки і практики – психології, педагогіки,

філософії, соціології, релігії, медицини, валеології тощо [67; 182; 183; 1; 33; 34; 97; 98; 10; 112; 129; 84; 156; 124].

На сучасному етапі розвитку вчення про здоров'я предметом дискусії науковців є ряд проблем, зокрема таких, як сутність здоров'я, види здоров'я, його якісні й кількісні характеристики тощо.

Зупинимося більш детально на аналізі різних підходів до визначення сутності поняття "здоров'я". Як показав теоретичний аналіз, у науковій літературі існує значне розходження у тлумаченні цього поняття. Однак, спільним є те, що як у зарубіжній, так і вітчизняній науці підкреслюється необхідність розглядати здоров'я не тільки як категорію медичну, а й соціально-психологічну і філософську [110; 192; 107].

Так, І. І. Брехман стверджує, що наука про здоров'я не повинна обмежитись медициною, а має набути інтегрального характеру, формуючись на основі екології, біології, психології, педагогіки, медицини та інших наук [31].

Враховуючи складну внутрішню організацію людини, компоненти якої вивчаються представниками різних наук, можна передбачити, що поняття здоров'я є складним і неоднозначним. Так, у преамбулі статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) записано, що здоров'я – це стан повного фізичного, духовного, психологічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад [43].

Ю. П. Лісцін, трактує здоров'я людини як гармонійну єдність біологічних та соціальних якостей. Автор указує на зумовленість цієї єдності вродженими та набутими біологічними і соціальними впливами. Відповідно, хвороба – це порушення цієї гармонії і єдності [90].

Тому, аналізуючи проблему здоров'я ми повинні зосереджуватися на вивченні рівноваги, яка встановлюється між організмом і зовнішнім середовищем, у першу чергу соціальним. У психологічному словнику вказується, що у широкому значенні під поняттям "здоров'я" дослідники розуміють можливість організму людини адаптуватися до нових умов з мінімальними затратами ресурсів і часу [25]. Такої ж позиції дотримується і

Р. М. Баєвський, який розуміє здоров'я як можливість організму людини адаптуватися до змін оточуючого середовища, при вільній взаємодії з останнім, на основі біологічної, психологічної та соціальної сутності людини [11].

За Ю. С. Вельтіщевим, повноцінне здоров'я – такий стан організму, коли функції його систем та органів знаходяться у динамічній рівновазі з зовнішнім середовищем. На думку автора, поняття здоров'я має включати біологічні та соціальні характеристики людини і оцінку її функціональних резервів, що дозволяє організму адаптуватися до різних умов навколишнього середовища. Тобто, здоров'я людини розглядається не тільки як біологічна, а й соціальна категорія, зумовлена здійсненням соціальних контактів на рівні сім'ї, колективу, суспільства [38; 39].

Такий підхід, на наш погляд, має сенс, оскільки людина – істота не тільки біологічна, а й соціальна. Прояви її здоров'я або нездоров'я пов'язані не тільки з нормальним функціонуванням організму, а й обумовлені її психосоціальним благополуччям, ефективною соціально-психологічною адаптацією, реалізацією своєї особистості в оточуючому світі. Тому, на наш погляд, категорія "здоров'я" індивіда може розглядатися у контексті вирішення психологічних та педагогічних проблем розвитку людини.

В. Казначеев, враховуючи нову концепцію здоров'я, яка полягає у встановленні рівноваги між адаптивними можливостями (потенціалом здоров'я) організму та умовами середовища (природного, соціального), що постійно змінюються, розглядає здоров'я як динамічний процес збереження і розвитку біологічних, фізіологічних і психічних функцій оптимальної працездатності, соціальної активності при максимальній тривалості життя [65].

Тенденція визначення здоров'я з урахування соціально-психологічних аспектів життєдіяльності людини простежується у чисельних наукових працях [60; 86; 32; 4].

Так, М. Г. Мандела та Я. І. Звиняцьковський вважають, що "здоров'я людини" – це стан відносно автономної життєдіяльності, що самоналагоджується у локальному середовищі, де "локальне середовище" –

найближче оточення індивідуума, сукупність зв'язків (соціальних та біологічних), які об'єднують його з навколишнім середовищем та суспільством [99].

За С. Д. Максименком, здоров'я – це глобальний психічний стан особистості, що характеризується динамічною гармонійністю внутрішніх переживань та пов'язаних з цим ефективністю і успішністю діяльності людини [94]. Т. М. Титаренко пропонує дотримуватись думки, що здоров'я є формою життєдіяльності, яка забезпечує необхідну якість життя і достатню її тривалість [168].

Т. Є. Бойченко розглядає здоров'я "як багатомірний і водночас цілісний феномен гармонійної життєдіяльності людини. Воно знаходить свій вираз через взаємоузгоджені стани, явища і процеси формування, зміцнення, збереження, споживання, відновлення, передачі фізичних, психічних, соціальних і духовних складових життєдіяльності людини, груп людей, спільнот, суспільства в цілому" [22].

П. І. Калью все розмаїття дефініцій здоров'я поділяє на чотири групи й виділяє такі концептуальні моделі визначення поняття здоров'я.

1. *Медична модель* передбачає визначення здоров'я, що містить лише медичні ознаки й характеристики. Здоров'ям вважають відсутність захворювань і їх симптомів.

2. *Біомедична модель* розглядає здоров'я як відсутність у людини органічних порушень і суб'єктивних відчуттів нездоров'я. Увага акцентується на природно-біологічній сутності людини, підкреслюється домінантне значення біологічних закономірностей в життєдіяльності людини та її здоров'ї.

3. *Біосоціальна модель* до поняття "здоров'я" включає біологічні й соціальні ознаки, які розглядаються в єдності, однак, соціальним ознакам надається пріоритетне значення.

4. *Ціннісно-соціальна модель* де здоров'я є самоцінністю для людини, необхідною передумовою для повноцінного життя, задоволення матеріальних і

духовних потреб, участі у праці й соціальному житті, в економічній, науковій, культурній та в інших видах діяльності [68].

Різноманіття моделей визначення поняття здоров'я вказує на різне бачення науковцями його видів та чинників, які можуть на нього впливати.

Найбільш системне виокремлення видів здоров'я знаходимо у публікаціях В. П. Петленка, А. Л. Попова, Р. З. Поташнюка, Ю. Антономова, А. Рогози, які виокремлюють соматичне, фізичне, психічне, моральне та соціальне здоров'я.

Так, Р. З. Поташнюк розрізняє такі види здоров'я, як соматичне, фізичне, моральне та психічне. Під *соматичним здоров'ям* він розуміє поточний стан органів і систем організму людини, основу якого складає біологічна програма індивідуального розвитку, зумовлена основними потребами, які домінують на різних етапах онтогенетичного розвитку. Ці потреби, по-перше, є пусковим механізмом розвитку людини, по-друге, вони забезпечують індивідуалізацію цього процесу. *Фізичне здоров'я* автор розуміє як рівень росту і розвитку органів та систем організму, основу якого становлять морфологічні й функційні резерви, що забезпечують адаптаційні реакції до зміни умов навколишнього середовища.

Моральне здоров'я Р. З. Поташнюк розглядає як комплекс характеристик мотиваційної і потребово-інформаційної сфери життєдіяльності. Його основу якого визначає система цінностей, настанов і мотивів поведінки індивіда в суспільстві. Вчений вважає, що моральним здоров'ям є висока духовність людини, яка пов'язана з загальнолюдськими цінностями – добром, любов'ю і красою. Щодо *психічного здоров'я*, то під цим поняттям автор розуміє стан психічної сфери людини, її загальний душевний комфорт, що забезпечує адекватну психоемоційну і поведінкову реакцію. Такий стан зумовлюється як біологічними, так і соціальними потребами, а також можливостями їх задоволення [128].

Виокремлюючи соціальне здоров'я, автори в основному наголошують на проблемі взаємин особистості з близьким та далеким соціумом, самореалізації

особистісних домагань у соціальному середовищі, реалізації соціальних потреб та залежності соціального здоров'я від фізичного і психічного здоров'я.

За словами В. М. Оржеховської, соціальна складова здоров'я – це передусім сформована громадянська відповідальність за виконання соціальних ролей у суспільстві; позитивно спрямована комунікативність; доброзичливість у ставленні до людей; здатність до самоактуалізації в колективі; самовиховання [111].

На думку Г. В. Беленької, О. Л. Богініч, М. А. Машовець, здоров'я як інтегрована якість повноцінного людського життя містить такі складові: фізичну, психічну, духовну та соціальну [19, с. 98].

У визначенні ВООЗ виділяється три складові здоров'я – фізична, душевна і соціальна [43].

Узагальнюючи різні підходи до виділення видів здоров'я, П. І. Калью звертає увагу на те, що з 79 визначень у 22 виділялась його психічна (розумова) складова, у семи, окрім психічної, визначена ще й психологічна (духовна) складова, ще у дев'яти – соціальна – у сенсі виконання важливих соціальних функцій здоров'я близьких за контекстом до психологічної [68].

Співвідношення означених видів здоров'я, обговорювались у багатьох наукових працях [69; 35; 85].

Відповідно до цілісного погляду на феномен здоров'я, визначені види тісно взаємопов'язані між собою і діють у сукупності. Однак, аналіз даної проблематики свідчить про характерну тенденцію останніх років: зміну безумовно домінуючого пріоритету соматичного, фізичного аспекту здоров'я на пріоритет соціально-психологічного [121; 122; 123].

Така ситуація зумовлена недостатньою ефективністю спроб підвищити рівень здоров'я людини через акцент на формування лише фізичного і соматичного здоров'я. Поєднання фізичного, соматичного, психічного та соціально-психологічного здоров'я особистості актуалізує проблему визначення саме психологічних чинників його становлення і розвитку на різних етапах онтогенезу.

Саме тому далі доцільно зупинитися на визначенні сутності таких понять, як "фізичне здоров'я" та "психічне здоров'я".

Розглянемо більш детально кожен з цих видів. За словами В. М. Оржеховської, фізична складова здоров'я – це правильне функціонування всіх систем організму, позитивне ставлення до свого здоров'я, прагнення фізичної досконалості й загальної фізичної працездатності, загартованість організму, дотримання раціонального режиму дня, виконання вимог особистої гігієни, правильне харчування [111].

Фізичне здоров'я – це рівень росту та розвитку органів і систем організму, основу якого складають морфологічні та функціональні резерви, що забезпечують адаптаційні реакції. Це один із важливих компонентів у складній структурі стану здоров'я людини, що обумовлює життєздатність організму. Воно залежить від успадкованих генетичних задатків, здоров'я батьків індивіда та природних і соціальних умов, в яких він живе.

До основних показників фізичного здоров'я відносять:

- рівень фізичного розвитку (антропологічні показники маси тіла, зросту, об'єму грудної клітки);
- рівень фізичної підготовленості (оволодіння руховими вміннями та навичками, розвиток фізичних якостей);
- рівень функціональних можливостей організму (гармонійний розвиток усіх фізіологічних систем: серцево-судинної, дихальної, нервової, опорно-рухового апарату тощо);
- рівень фізичної працездатності, помірність енергетичних затрат при м'язовій діяльності, адекватність реакцій на фізичні навантаження;
- рівень розвитку адаптаційних механізмів організму до впливів різних факторів навколишнього середовища;
- рівень захворюваності, ступінь протиінфекційної стійкості [19, с.98].

Як зазначає Т. М. Титаренко, фізичне здоров'я передбачає хороше самопочуття, бадьорість, наявність енергії, працездатність та відсутність захворювань [168].

Фізичне і психічне здоров'я тісно взаємопов'язані. Фізичне здоров'я – це стан, який зумовлюється функціонуванням фізіологічних систем організму (дихальної, серцево-судинної тощо). Психічне здоров'я – це нормалізація психоемоційної та інтелектуальної сфери урізних видах життєдіяльності людини. Фізичний стан людини залежить від функціонування нервово-психічної та імунної систем, тоді як фізичне нездоров'я – це і психічні травми, і комплекси.

На думку А. В. Підаєва, О. Ф. Возіанова, В. Ф. Москаленка, В. М. Пономаренка, в ієрархії загальнолюдських цінностей психічне здоров'я посідає провідне місце, забезпечуючи потенціал нації і конкретної людини [114].

Поняття *психічного здоров'я* з'явилося у науці не випадково. Воно узагальнює різні смисли і відображає валеологічний, психосоціальний і соціально-педагогічний погляд на сутність людини [117]. У психологічній літературі саме поняття психічного здоров'я трактується як стан душевного благополуччя, який характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну умовам дійсності регуляцію поведінки і діяльності [134].

Принципово інший підхід з'явився, коли на базі розвитку ідей гуманістичної і екзистенційної психології була запропонована концепція "позитивного психічного здоров'я", згідно з якою здорове функціонування особистості розглядається як позитивний процес, що має самостійну цінність. Він описується через поняття "самореалізація", "самоактуалізація" (Ш. Бюлер, К. Гольдштейн, А. Маслоу), "повноцінне людське функціонування" (К. Роджерс), "прагнення до смислу" (В. Франкл). Згідно з таким підходом, патологічні порушення психічного здоров'я є наслідком помилкового, неправильного розвитку особистості, її потенцій і спрямованості на гуманістичні цінності [20; 100; 101; 142; 118; 174; 175].

Сам термін "психічне здоров'я" належить одному із засновників гуманістичного напрямку у психології А. Маслоу. Відмінною рисою його

концепції є постійне акцентування взаємозв'язку між здоров'ям особистості, що самоактуалізується, й основними (базовими) потребами і цінностями, споконвіку властивими людській природі. Вчений стверджує, що неможливість задовольнити базові психологічні потреби, такі як потреба безпеки, любові, поваги, самоповаги, ідентичності й самоактуалізації, призводить до хвороб і різного роду розладів, які прийнято називати неврозами і психозами. А. Маслоу особливо підкреслював, що не можна вичерпно визначити здорову (самоактуалізовану) особистість без згадування про систему її цінностей та метамотивів. Вищі цінності мають "інстинктоподібну природу", тобто споконвічно закладені в самій природі людини. Кожен має потребу в них, щоб: а) уникнути хвороби; б) досягти "олюднення" чи наблизитися до нього (тобто всебічно реалізувати своє покликання) [100, с. 41].

Самоактуалізація, у теорії А Маслоу, виступає головним показником психічного здоров'я. Вчений вважав, що здорова людина – це щаслива людина, яка живе у гармонії з собою і не відчуває внутрішнього розладу, а здоровий розвиток - це розвиток у напрямку самоактуалізації: емоційної зрілості, продуктивності, істинності. Вчений склав уніфікований перелік з 15 характеристик самоактуалізованих людей, на основі якого можна описати портрет здорової особистості: більш ефективно сприйняття реальності; прийняття себе, інших і природи; безпосередність, простота і природність; центрованість на проблемі; незалежність - потреба в самоті; автономія - незалежність від культури й оточення; свіжість сприйняття; містичні переживання ("пікові-переживання"); суспільний інтерес; глибокі міжособистісні стосунки; демократичний характер; розмежування цілей і засобів; філософське почуття гумору; креативність, здатність до творчості; опір окультуренню [166, с. 29]. На думку вченого, більшість людей первісно, біологічно спрямовані на збереження здоров'я, а не на хворобу, страждання або смерть [117, с. 187]. Здорова людина, відповідно до такого підходу, має розглядатися у всій сукупності її біологічних, психологічних і духовних проявів, що рівнозначно представлені в мотиваційній сфері особистості. Як

вважає А. Маслоу, стратегічний напрямок майбутніх біологічних досліджень має ґрунтуватися на тому факті, " ... що між психічним і фізичним здоров'ям існує синергічний взаємозв'язок" [100].

Основоположник класичного психоаналізу З. Фрейд [176-177] вказував на те, що функціонування зрілої особистості характеризується спроможністю продуктивно працювати і підтримувати добрі міжособистісні стосунки. Вчений зазначав, що для збереження душевного здоров'я особистості, необхідна взаємодія всіх трьох систем – "Ід", "Его" та "Над-Его", які повинні підтримувати або (під час порушень) відновлювати оптимальний рівень динамічного розвитку душевного життя, збільшуючи задоволення і, зводячи до мінімуму, невдоволеність [176].

Представники трансперсональних психологічних вчень (Р. Ассаджолі, С. Гроф, К. Юнг) [8; 51; 186; 187; 188] у своїх підходах прагнули інтегрувати науковий світогляд сучасної епохи і древні езотеричні, містичні і релігійні традиції людства. Ними було зроблено спробу знайти науковий чи психологічний шлях до універсальї духовного досвіду.

Здоров'я у трансперсональному розумінні виступає лише як одна з необхідних умов збереження цілісності індивідуума при зіткненні з вищим (містичним) досвідом. Тільки здоровий індивід здатен досягти трансперсональних рівнів існування, знаходячи нові духовні якості і зберігаючи при цьому ідентичність. У давніх алхімічних текстах стверджувалося, що "звільнення залежить від знання, а знання – від навчання, а навчання доступне лише тому, хто має здорове тіло" [166].

К. Юнг розглядав основні проблеми здоров'я і патології в аспекті вищої цілісності, до досягнення якої (часто неусвідомлено) прагне людина і яка нескінченно перевершує обмеженість індивідуальної свідомості. Призначення людини, за К. Юнгом, полягає у досягненні вищої психічної і духовної цілісності, що потенційно закладена в архетипі Самості.

Перехід від страждаючої невротичної особистості до індивідуальності, що перебуває у процесі індивідуації (психологічного і духовного синтезу), і

становить основу юнгіанської психотерапії. Психічне здоров'я, за юнгіанським підходом, можна визначити як одну з умов осмисленої індивідуації: психічно здорова людина здатна сприйняти вихідний від Самості імператив і спрямувати всі душевні устремління до досягнення головної життєвої мети – осягнення вищого змісту і повноти Буття [166].

Х. Кохут, який є автором теорії, що об'єднує основні положення психоаналізу та гуманістичної психології, підіймаючи проблему психічного здоров'я особистості, підкреслює: "психічне здоров'я все частіше досягається шляхом зцілення фрагментованої раніше самості, частково завдяки відновленню цілісної Самості, через відновлення емпатійної близькості з чутливими об'єктами самості так як особливий стан нашої самості впливає на наше функціонування, наше самопочуття, є течію нашого життя і "вшир і вглиб" [75, с. 262].

Д. Роттер розглядав людей як когнітивні утворення, які досягають мети і створюють стратегії поведінки протягом життя [165].

Американський психолог А. Елліс, намагаючись об'єднати критерії психічного і соціального здоров'я, виділив: "інтерес до себе; суспільний інтерес; самоуправління (самоконтроль); високу фрустраційну стійкість; гнучкість поведінки; сприйняття невизначеності; орієнтацію на творчі плани; наукове мислення; сприйняття себе; ризик; тривалий гедонізм; нон-утопізм; відповідальність за свої емоційні порушення" [138, с. 59].

Засновник гештальтпсихології Ф. Перлз визначає психічне здоров'я і зрілість як здатність замінити зовнішню підтримку і регуляцію самопідтримкою і саморегуляцією. Індивіди, які себе підтримують і регулюють, усвідомлюють власну здатність вибирати засоби задоволення потреб, коли ці потреби дають про себе знати [118; 195].

Здорова особистість – це особистість, яка досягла найбільшого усвідомлювання, вважають представники гештальттеорії. Такі люди розуміють, що тілесні сигнали можуть вказати на потребу в зміні поведінки.

Отже, проблемою психічного здоров'я на сьогодні займаються цілий ряд науковців. Чимало праць присвячено рівневій структурі психічного здоров'я на основі членування останнього на три рівні: базовим є психофізіологічний рівень, більш високий – індивідуально-психологічний рівень здоров'я і найвищий – особистісно-смісловий [184]. За А. Ребером, термін "психічне здоров'я" часто використовується саме для характеристики тієї людини, яка функціонує на високому рівні поведінкового й емоційного регулювання, а не лише тієї, яка не є психічно хворою" [141].

На багатоступеневість психічного здоров'я вказує С. Д. Максименко. Вчений пропонує визначати це поняття на підставі того, як людина ставиться до себе, як вона ставиться до інших і як справляється з потребами життя. Спираючись на матеріали Всесвітньої федерації психічного здоров'я, С. Д. Максименко конкретизує кожний з цих видів ставлення. До цього він використовує показники, які відображають особливості функціонування психічно здорових людей у процесі їх життєдіяльності. Так, перший вид ставлення віддзеркалює гармонію у сфері самосвідомості людини, її позитивне самосприйняття (людина не зменшує і не перебільшує свої здібності, вона добре ставиться до себе); другий вид ставлення відображає позитивне емоційно-ціннісне ставлення людини до оточуючих (вона любить людей і довіряє їм, відчувається добре поруч з іншими); і, нарешті, третій вид ставлення: до вимог життя засвідчує, що психічно здорова людина є ефективно діючою у навколишньому середовищі (її діяльність не детермінується лише зовнішніми силами, вона вільно ставить перед собою цілі, самостійно приймає рішення і бере на себе відповідальність за свої вчинки). Окрім того, підкреслює автор, психічно здорова особистість відзначається стресостійкістю, усвідомлює й відстоює власні права і потреби. Реалізація означених видів ставлення дає людині духовний спокій та відчуття щастя [96].

С. П. Тищенко визначає психічне здоров'я як стан психосоматичного і психологічного благополуччя, який ґрунтується на відчутті сили і цінності власного "Я" людини, її здатності досягати узгодженості з собою та іншими на

основі доцільної, з огляду на умови навколишньої дійсності, регуляції поведінки і діяльності [170, с. 362].

На детермінованість психічного і психологічного здоров'я соціальними й біологічними чинниками та розуміння цього феномену як стану рівноваги індивіда з оточуючим природним і суспільним середовищем, вказують ряд науковців, серед них В. І. Бобрицька та М. В. Гринькова, Р. О. Стефанчук, В.П. Белов, А. В. Шмаков, В. Я. Семке [36; 163; 16; 155]. За визначенням М. Є. Бачерикова, В. П. Петленка і Є. А. Щербини, психічне здоров'я – це такий відносно стійкий стан організму і особистості, який дає змогу людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні та соціальні умови, здійснювати й забезпечувати свої індивідуальні й суспільні (колективні) біологічні та соціальні потреби на основі нормального функціонування психофізичних систем, здорових психосоматичних і соматопсихічних співвідношень в організмі [13].

Б. Д. Петраков і Л. Б. Петракова, вказуючи на складність і багатоаспектність визначення психічного здоров'я, на підставі аналізу емпіричних досліджень, роблять висновок, що психічне здоров'я – це динамічний процес психічної діяльності, якому властиві детермінованість психічних явищ, гармонійний взаємозв'язок між відображенням обставин дійсності і ставленням індивіда до неї. Також, адекватність реакцій на оточуючі соціальні, біологічні, психічні і фізичні умови, завдяки здатності людини контролювати власну поведінку, планувати і здійснювати свій життєвий шлях у мікро- і макросоціальному середовищі [120]. М. Є. Андрос та І. Blumberg під поняттям психічного здоров'я особистості розуміють таке функціонування психіки індивіда, яке забезпечує йому гармонійну взаємодію з навколишнім світом [3; 190].

Як зазначає О. Танасійчук, психічне здоров'я є відносно усталеною характеристикою біосоціальної істоти. Воно забезпечує активність поведінки людини, належний рівень її адаптованості та самодостатності у навколишньому природному і соціальному середовищі. Вчена виділяє показники психічного

здоров'я: адекватна до життєвих завдань продуктивність мислення; збалансованість інтелекту; здатність ставити перед собою мету; підпорядкування вчинків моральним вимогам; відчуття обов'язку; володіння собою; відчуття душевного комфорту, не зважаючи на обставини [164].

Деякі вчені використовують такі поняття, як "психологічне здоров'я", "нервово-психічне здоров'я" і "особистісне здоров'я" [29; 149; 173]. Автори, які пропонують виділити названі види здоров'я, недостатньо чітко окреслюють їх специфіку. Зрозуміло лише одне, зазначає І. В. Дубровіна, психологічне здоров'я нерозривно пов'язане із здоров'ям психічним, стан і розвиток якого ще не займає належного місця в педагогічних і психологічних програмах роботи з дитиною" [149]. На думку А. В. Шувалова, термін "психологічне здоров'я" людини фіксує два категоріальних словосполучення: психологія здоров'я і психологія людини – фундаментальні категорії для перспектив розвитку психології як науково-практичної дисципліни [185].

О. В. Завгородня вказує на те, що психологічне здоров'я можна характеризувати як стан відкритості досвіду, тісного контакту із внутрішньою та зовнішньою реальністю та конструктивного самовираження у життєвій практиці. Відповідно ознаками психологічного нездоров'я є байдужість, пасивність, перевага зовнішньої мотивації, страх самовиявлення, деструктивність та руйнівний вплив на оточення [55].

На думку Г. О. Бондаря психологія здоров'я спирається на теорію і практику попередження розвитку різноманітних захворювань, як нервово-психічних, так і соматичних, включаючи створення особистісних умов індивідуального розвитку, компенсації і адаптації до вимог актуального навколишнього середовища [26].

Отже, виявлені в процесі аналізу літературних джерел положення розкривають сутність здоров'я, особливості різних його видів, передусім, фізичного, психічного, психологічного, соціального, а також їх детермінованість та взаємодію. Узагальнені теоретичні положення стосовно проблеми здоров'я спрямовують нас на пошук чинників та умов збереження

здоров'я особистості в процесі онтогенезу, зокрема, в період її навчання у початковій школі.

1.2. Психічне та психологічне здоров'я молодших школярів у контекст вікових особливостей їх розвитку

Сучасні реалії перебування дітей у школі вимагають підвищеної уваги до проблеми збереження їхнього здоров'я. Адже важко не погодитися з думкою С. Холла: "Знання, куплене ціною здоров'я, яке у вищому сенсі є саме по собі щось досконале або святе, не варте такої дорогої ціни. Здоров'ям обумовлено вищі радості життя, здоров'я означає досконалу зрілість, національний добробут. Чи не повинні ми поставити собі з тривогою запитання: яка користь дитині, якщо вона оволодіє пізнанням усього світу, але втратить при цьому здоров'я?" [179, с. 83].

Особливо актуальною стає ця проблема для дітей молодшого шкільного віку, коли дитина вперше потрапляє в шкільне середовище. Атмосфера шкільного навчання, що складається із сукупності фізичних, емоційних, комунікативних, розумових навантажень, висуває все складніші вимоги до особистості молодшого школяра. Тому недаремно проблема збереження здоров'я школярів на сьогодні хвилює багатьох науковців. Як зазначає С.Д.Максименко: "Збереження здоров'я дитини – найсуттєвіша вимога до діяльності всіх без винятку інституцій і закладів, що мають відношення до підростаючого покоління. Особливо гострою ця вимога є до системи освіти, адже вона охоплює значний за часом проміжок людського життя" [94, с. 4].

На основі попереднього теоретичного аналізу психологічних досліджень можна стверджувати, що здоров'я особистості – складноорганізоване утворення, яке характеризується динамічністю. Саме тому при вивченні особливостей його збереження у молодшому шкільному віці необхідно враховувати вікову специфіку емоційного розвитку, учбової діяльності

молодшого школяра, його соціальної взаємодії, тобто всього того, що визначає специфіку психічного і психологічного здоров'я дитини у цей віковий період. Необхідно підкреслити, що кожному віковому етапу відповідає не просто сукупність окремих особливостей, а своєрідність цілісної структури особистості дитини, наявність специфічних для даного етапу тенденцій її психофізіологічного дозрівання та розвитку, особливостей емоційного життя та соціальної ситуації розвитку.

У багатьох психологічних працях здоров'я дитини співвідноситься з переживаннями психологічного комфорту і дискомфорту. Психологічний дискомфорт виникає в результаті фрустрації потреб дитини, що призводить до депривації. Фрустрація однієї або декількох потреб молодших школярів лежить в основі шкільних неврозів, які проявляються у вигляді різних захворювань психосоматичного характеру (бронхіальна астма, головні болі ін.)

Одна із головних потреб людини – це досягнення успіху в тій діяльності, яка є основною для неї. Для учнів початкових класів такою є учбова діяльність [54]. Саме тому необхідно зупинитися на аналізі досліджень, присвячених особливостям емоційних переживань молодших школярів, пов'язаних з провідним видом діяльності. Адже ці переживання здійснюють істотний вплив на психічне і психологічне здоров'я молодшого школяра.

За словами П. М. Якобсона, у молодшому шкільному віці, виникають нові і значно сильніші (порівняно з дошкільним дитинством) негативні емоційні переживання. Зокрема, з'являється переживання тривожності, пов'язаної із учбовою діяльністю [189].

Б. І. Кочубей та Є. В. Новикова встановили, що переживання тривожності неминуче супроводжує учбову діяльність дитини у будь-якій школі. Висока тривожність притаманна порівняно незначній кількості молодших школярів, але саме у них спостерігається своєрідний нервовий розлад, який часто виявляється у стійкому стресі щодо відвідування школи і супроводжується реакцією пасивного протесту. До основних причин тривожності, як вказують автори, належать "завищені вимоги до дитини; негнучка, догматична система

навчання, що не враховує власну активність дитини, її здібності, інтереси і нахили" [82]. Проблемою тривожності у молодшому шкільному віці досить ґрунтовно займалася С. О. Ставицька [161].

У молодших школярів виникають певні переживання, пов'язані з успіхами або неуспіхами у засвоєнні шкільних знань [153; 158]. Як зазначає відомий канадський вчений Г. Сельє "ніщо не бентежить більше, ніж невдача, ніщо не захочує сильніше, ніж успіх" [153]. За результатами досліджень О. Я. Миленського, важливо знати не тільки те, як діти засвоюють знання і оволодівають навичками, а і як вони переживають свої учбові успіхи і невдачі. Ці почуття розкривають зміну в самопочутті дитини [105].

В. О. Сухомлинський звертав увагу на залежність між станом здоров'я дитини і її самостійною розумовою діяльністю. Він вказував: "Здоров'я залежить і від того, які домашні завдання задають дитині, як і коли вона їх виконує. Велику роль відіграє емоційне забарвлення самостійної розумової праці дома. Якщо дитина береться за книгу без бажання, це не тільки пригнічує її духовні сили, а й несприятливо відображається на складній системі взаємодії внутрішніх органів. Я знаю багато випадків, коли у дитини, яка переживає відразу до занять, серйозно порушується травлення, виникають шлунково-кишкові захворювання і т.д." [130]. М. М. Безруких, С. П. Єфімова, Є. Н. Юркевич також вказують на залежність між станом психофізіологічного здоров'я і труднощами навчання у молодших школярів [14].

Як відомо, для молодших школярів найбільш ефективними формами навчання є такі, які включають елементи гри. Л. П. Іванченко, С. Г. Іванченко, І. В. Макущенко, розглядають оздоровчі рухливо-пізнавальні ігри як найефективніший природний спосіб розвитку культури здоров'я дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Ці ігри мають гігієнічне, оздоровче, педагогічне, психологічне, пізнавальне та естетичне значення [62].

Молодші школярі мають значні резерви розвитку. У цей період відбувається активне анатомо-фізіологічне дозрівання організму. Істотно зростає, порівняно з дошкільником, фізична витривалість дитини. Разом з тим,

зі вступом дитини до школи значно зростає її фізичне навантаження. У зв'язку з цим С. Корнієнко засвідчує, що правильно організований руховий режим дітей молодшого шкільного віку у школі і вдома не тільки покращує їх фізичний розвиток, а й сприяє підвищенню успішності [74].

О. Остапенко зазначає, що саме у цей період важливо здійснювати цілеспрямовану роботу з кожним учнем, спрямовану на формування у школярів системи знань про вплив фізичних вправ на розвиток організму, широко застосовувати ігрові методи в підвищенні емоційності уроків фізичної культури, використовувати стимули для розвитку в школярів позитивних мотивів щодо самостійних занять фізичною культурою тощо [113].

М. Лавренчук, вказуючи на вікові особливості психофізіологічного розвитку молодшого школяра, констатує, що для дітей цього віку характерні найпростіші, природні прояви темпераменту в так званому "чистому" вигляді, тобто яскраво виражені риси темпераменту. Це пояснюється тим, що в поведінці учнів початкових класів виразніше та прозоріше виявляються типологічні особливості вищої нервової діяльності (фізіологічні основи темпераменту, які пізніше перекриваються, маскуються звичними формами поведінки, що склалася в житті особистості). Оскільки в молодшого школяра характер ще не сформувався, намічаються лише деякі його риси, то дитина даного віку ще не здатна володіти своїм темпераментом, стримувати його прояви, якщо вони розходяться з її вимогами до своєї поведінки. Це може спричинити глибокі внутрішні переживання [88]. Відповідно темперамент можна розглядати одним з найважливіших психофізіологічних чинників, що впливає на психічне і психологічне здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

Однією із причин розладів здоров'я молодшого школяра є ігнорування особливостей психофізіологічного розвитку дитини при організації навчально-виховного процесу та недотримання психогігієнічних рекомендацій щодо організації внутрішньо шкільного середовища. За словами М. Тихонової, емоційна дезадаптація, яка може виникати у дитини в період початкового навчання, пов'язана із впливом індивідуально-психологічних чинників -

уроджених, стійких типологічно зумовлених характеристик особистості: меланхолічний та холеричний тип НС, емоційна нестабільність, високий рівень особистісної тривожності, мотивація уникнення невдач. Виявлення цих чинників дасть змогу прогнозувати виникнення емоційної дезадаптації молодших школярів, а здійснення цілеспрямованої психопрофілактичної й психокорекційної дії сприятиме зниженню кількості емоційно дезадаптованих дітей і гостроти вияву емоційної дезадаптації в учнів початкової школи [169].

Л. С. Виготський вважає, що дослідження емоційного життя школяра передбачає вивчення особливостей його соціальної ситуації розвитку через врахування того особливого поєднання внутрішніх процесів розвитку і зовнішніх умов, які є типовими для цього вікового етапу [44]. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я на основі аналізу результатів численних досліджень в різних країнах впевнено довели, що порушення психічного здоров'я найчастіше спостерігається у дітей, які страждають від недостатнього спілкування з дорослими і їх ворожого ставлення, а також дітей, які ростуть в умовах сімейного розладу. До того ж порушення психічного здоров'я в дитинстві мають дві характерні риси: по-перше, вони виражають лише кількісні відхилення від нормального процесу психічного розвитку; по-друге, багато їх проявів можна розглядати як реакцію на специфічні ситуації. Так, діти часто мають серйозні труднощі в одній ситуації, але успішно справляються з іншими ситуаціями. Наприклад, у них можуть спостерігатися порушення поведінки у школі, а дома вони ведуть себе нормально, або навпаки. Особливу увагу експерти ВООЗ звернули на те, що саме в дитинстві проблеми психічного здоров'я мають більш прямий зв'язок з оточуючими обставинами, порівняно з іншими віковими періодами.

У багатьох роботах медичного характеру (М. М. Кабанов, А. І. Захаров, Д. Р. Ісаєв, В. П. Козлов, С. М. Громбах, А. Н. Вінокуров та ін.), вказується, що дитячий вік характеризується підвищеною чуттєвістю до середовищних впливів і, на цьому фоні, ряд додаткових факторів робить деяких дітей особливо схильними до нервово-психічних порушень. Встановленим вважається факт,

що в основі неврозу у дітей лежить деформація системи відносин особистості, яка розвивається. Це призводить її до невротичного розвитку, яка розуміється в межах концепції неврозів В. М. Мясичева як порушення особливо важливих відносин особистості, які утворюють цілісну систему. А. І. Захаров підкреслює: "Успішно лікувати невроз дитини можна тільки тоді, коли зрозумілі джерела його походження, нерозривно пов'язані з особистісними рисами батьків, неправильним вихованням і порушеннями відносин у сім'ї" [130, с. 37].

Школа, як соціальне середовище, в якому діти перебувають значну частину часу, нерідко пов'язана з виникненням у них психологічних труднощів, пов'язаних з комплексом проблем. Перша з них пов'язана зі вступом до школи, із-за переходу від гри до навчальної діяльності, від сім'ї до шкільного (класного) колективу, від нічим не обмеженої активності до дисципліни. При цьому, процес пристосування дитини до школи залежить від того, наскільки домашня обстановка відрізняється від шкільної і якою мірою дитина готова до навчання. По-друге, учню доводиться пристосовуватися до тиску вимог навчального процесу. Натиск батьків, вчителів, однокласників тим сильніший, чим більш розвинене суспільство і усвідомлення необхідності освіти. По-третє, "технологізація" та комп'ютеризація суспільства, яка вимагає ускладнень навчальних програм, різко збільшує інформаційні навантаження під час шкільних знань. Позиція учня ще більше погіршується, якщо він страждає затримкою у розвитку, дислексією, порушенням перцептивно-рухової функції або виховувався в умовах соціальної деривації. Важка доля може скластися в учня, який погано адаптований і не досяг функціональної готовності до навчання, повільно засвоює матеріал або соматично слабкого. По-четверте, із-за наявності у школі елемента змагальності, пов'язаного з орієнтацією на високі показники, учнів, які відстають, засуджують, до них ставляться вороже. У таких дітей легко розвивається негативне уявлення та ставлення до своєї особистості: вони змиряються з позицією невдахи, що заважає їх майбутньому розвитку і збільшує ризик виникнення психосоматичних або невротичних порушень.

До шкільних стресових ситуацій можна додати неприйняття дитячим колективом, що проявляються у образах, глузуваннях, погрозах або примушуванні до тієї чи іншої непривабливої діяльності. Наслідком нездатності дитини відповідати настрою, бажанням і діяльності ровесників є майже не зникаюча у неї напруга. Серйозною психотравматизацією може стати зміна шкільного колективу. Причина цього, з одного боку, це втрата давніх друзів, а з іншого – необхідність пристосовуватись до нового колективу і до нових учителів. Значною проблемою для учня стає негативне (вороже, скептичне) відношення вчителя і його нестримана, груба чи занадто афективна поведінка [61, с. 106-107].

Відповідно, психічне і психологічне здоров'я молодших школярів визначається збалансованість внутрішніх (когнітивних, емоційних, фізіологічних) процесів розвитку і його зовнішніх умов (вимоги соціального оточення тощо). Саме тому, аналізуючи проблему психологічних чинників збереження здоров'я молодшого школяра, важливо зупинитися на дослідженнях, присвячених аналізу специфіки їх взаємин з іншими людьми, які включені в учбову взаємодію.

Зміна соціальної ситуації розвитку, що відбувається в молодшому шкільному віці, і зміна провідних типів діяльності, – на думку Л.С. Виготського, – сприяє становленню якісно нових відносин між дитиною і класним колективом, між дитиною і дорослим, який його навчає" [44].

П. М. Якобсон вказує на зміну життєвої позиції молодшого школяра, пов'язану зі вступом дитини до школи, як на один із факторів, що впливає на її емоційне життя. Під життєвою позицією дитини вчений розуміє ті об'єктивні відносини, які виникають між нею й оточуючими людьми і забезпечують їй певне становище серед них [189]. Автор зазначає, що школа у молодшого школяра викликає дуже багато нових видів переживань, яких не було у дошкільників: це, зокрема, переживання, пов'язані з перебуванням в учнівській групі, спілкуванням з ровесниками, з учителем, чия оцінка, похвала чи

зауваження є дуже значущими для учня [189]. Всі ці переживання створюють базу для формування особливостей здоров'я молодшого школяра.

Є. В. Новикова стверджує, що чим ширше коло значущих відносин молодшого школяра, тим більше ситуацій, які можуть викликати у нього емоційні переживання. Для молодших школярів стосунки з учителем є завжди значущими [82].

До закінчення початкової школи для молодших школярів не тільки оцінка дорослого, а й думка товаришів стає значущою. Вони гостріше переживають оцінки їхніх дій товаришами, прагнуть домогтися їх схвалення і тим самим зайняти певне місце у групі однокласників [140; 82; 189; 125].

Як зазначає І. Д. Бех, "...особистісний розвиток молодшого школяра буде більш успішним за відсутності психологічних травм. Такі травми можуть бути викликані переляком, переживаннями образи, несправедливості, насмішками й недобррозичливістю ровесників. Усе це спричиняє у дітей стан підвищеної тривожності й відображається на їхній поведінці" [18, с. 141].

Багато досліджень присвячені темі впливу особливостей стилю спілкування вчителя на самопочуття молодшого школяра у школі. Так, за результатами дослідження Ю. Б. Гатанова, стиль спілкування вчителя, прийнята ним позиція (авторитарна, моносуб`єктна або демократична, позиція співробітництва) є суттєвим чинником, що впливає на формування емоцій, потреб, мотивів, які визначають долю дитини в школі, а М. Є. Зеленова встановила, що саме особистісно зорієнтований тип педагогічної взаємодії сприяє успішній адаптації першокласника. Це виявляється в тому, що у дитини формується позитивне ставлення до школи й учбової діяльності, а формування внутрішньої позиції школяра не супроводжується збільшенням невротичних проявів. Разом з тим найбільш поширеною причиною виникнення синдрому психогенної шкільної дезадаптації у молодших школярів виступають особливості взаємодії в системі "учень – учитель" [47; 59].

О. В. Максим стверджує, що емпатійність є не тільки важливою особистісною рисою вчителя, а й складає одну з провідних професійно

значущих якостей учителя початкової школи. Саме здатність до емпатійної поведінки лежить в основі експрес-діагностичних дій вчителя. Завдяки яким він у змозі ефективно контролювати психологічне самопочуття дитини на різних етапах навчально-виховної взаємодії [93]. Як бачимо, більшість авторів підкреслюють значення доброзичливого ставлення педагога до дітей для їх психологічного комфорту. Дослідники відзначають, що лише за цієї умови у молодших школярів можливе збереження здоров'я [157; 47; 5; 59].

Одним з дослідницьких напрямів, аналіз якого важливий для розуміння збереження здоров'я молодшого школяра, є вивчення впливу на цей процес самооцінки молодших школярів. Це питання ґрунтовно висвітлено у роботах Борисової І. А., Пастухової М. В., Бороздіної Л. В. [27; 115; 28].

П. М. Якобсон зазначає, що залежно від успіхів в учінні у школяра виникає почуття впевненості або невпевненості в собі і відповідна до модальності цих почуттів - самооцінка. На цьому ґрунті формується його внутрішня позиція стосовно оточуючих і самого себе. "Як висока самооцінка і впевненість у собі веде за собою ряд переживань, так і низька самооцінка, викликана тривалим неуспіхом і негативним ставленням з боку інших, призводить до стійких переживань невпевненості, бунту. Все це зумовлює появу стійкого емоційного стану того або іншого типу" [189].

Поява почуття власної неповноцінності зумовлена не тільки об'єктивними труднощами в учбовій діяльності, а й, головним чином, низькою оцінкою якостей, можливостей учня дорослими і ровесниками, відповідною емоційною атмосферою в класі. Таке почуття дуже часто викликає негативні переживання та зміни у здоров'ї дитини.

Важливим для розуміння особливостей збереження здоров'я молодших школярів є аналіз досліджень, присвячених вивченню особливостей їх взаємин із батьками. Цим питанням займалися В. В. Сорокіна, С. М. Томчук, О. В. Кочерга, С. Калініна [160; 171; 80; 66]. Так В. В. Сорокіна наголошує, що більшість психологічних труднощів, які переживає дитина протягом кількох років шкільного життя, мають свої витoki з проблем у сімейних стосунках.

Відсутність належного розуміння, любові і підтримки з боку батьків стає вирішальною причиною неблагополуччя дітей початкової ланки [160].

За словами О. В. Кочерги, родина – основа зростання здорової дитини, це світ, в якому людина навчається жити. Саме родина вводить дитину у світ стосунків з іншими. Важливим фактором психічного здоров'я дитини є психологічний "клімат" родини. Він суттєво впливає на дитину, викликає стан комфорту або ж дискомфорту. Батькам слід частіше покладатися на свою любов та інтуїцію, розв'язувати свої власні проблеми не за рахунок психічного здоров'я власних дітей і за потреби звертатись за допомогою до психолога або психотерапевта [80].

На думку С. Калініної, сучасна сім'я переживає кризовий стан: це і девальвація сенсу сімейного життя; і батьки, недостатньо обізнані з віковими й індивідуальними особливостями дитини, із значенням цих знань для формування й розвитку її особистості. Все це спричиняє формування у дітей неоднозначних установок і переконань, негативно впливає на їхній соціальний і комунікативний розвиток [66].

Все це дає підстави для висновку про те, що особливості взаємин дитини з батьками, вчителями та ровесниками суттєво впливають на їх самопочуття, а відповідно, можуть розглядатися як чинники впливу на здоров'я молодших школярів.

За Г. Сіліною, пріоритетним завданням педагогічного колективу і сім'ї є збереження життя та здоров'я дітей, їх моральний, інтелектуальний, естетично-культурний, соціальний розвиток. Успіхи в шкільному навчанні на фоні забезпечення повноцінного здоров'я школярів можливі, лише якщо педагогічний колектив, батьки позбудуться авторитаризму, каральної спрямованості впливу на дитину, коли стосунки всіх суб'єктів навчально-виховного процесу будуть довірливі, партнерські, приязні і щирі [151; 152].

Руденко І. А. стверджує, що постійна турбота про психічне здоров'я й духовне багатство дітей – це основне в діяльності школи, вчителя, батьків. Основою виховної роботи з молодшими школярем має слугувати позитивна

установка, оптимістичне ставлення до невдач, адекватне бачення перспективи. Психологічний клімат у школі і вдома – одна з головних передумов благополуччя учнів молодшої школи [147]. Н. І. Коцур вважає, що ефективно вирішення питання збереження і зміцнення здоров'я та його впливу на формування особистості школяра можливе за допомогою застосування відповідних оздоровчих педагогічних технологій [77].

Навчання слід розглядати як процес обміну інформацією між дитиною та середовищем та набуття нею різноманітного досвіду У зв'язку з цим, педагогам важливо знати чинники, що можуть спричинити виникнення у дітей негативних психічних станів чи, навіть, нервово-психічних розладів. Відповідно кваліфікований педагог повинен володіти систематизованими теоретичними знаннями та практичними навичками й уміннями, необхідними для впровадження психогігієнічних і психолого-педагогічних заходів, спрямованих на збереження і зміцнення психічного та соціально-психологічного здоров'я школярів. Аналізу чинників впливу на здоров'я дітей молодшого шкільного віку присвячений наступний параграф нашого дослідження.

1.3. Основні чинники впливу на здоров'я дітей молодшого шкільного віку

Аналіз літератури [49; 71; 89; 159] з проблеми здоров'я людини показав, що воно залежить, в основному, від чотирьох чинників: 20% - від стану зовнішнього середовища, 10% - від системи охорони здоров'я, 20% - від генетичної спадковості і 50% - від способу життя (див. табл. 1.1).

Здоров'я закладається з дитинства, будь-яке відхилення у розвитку організму, будь-яка хвороба відбиваються в подальшому на стані здоров'я дорослої людини. Зважаючи на це, одним з головних завдань всіх без винятку інституцій і закладів, що мають відношення до підростаючого покоління, стає збереження, розвиток і зміцнення здоров'я дітей [2; 103].

Таблиця 1.1

Основні чинники впливу на здоров'я людини

Сфера чинників	Чинники позитивного впливу на здоров'я	Чинники ризику
Спосіб життя (50%)	Уважне ставлення до свого здоров'я. Здоровий психологічний клімат у сім'ї, у школі. Адекватна фізична активність. Раціональне харчування. Відсутність шкідливих звичок.	Недостатня медична активність. Стресові ситуації. Гіподинамія. Незбалансоване в кількісному і якісному співвідношенні харчування. Паління. Алкоголь. Наркоманія. Токсикоманія, зловживання лікарськими засобами.
Зовнішнє середовище (20%)	<i>Мікросередовище</i>	
	Відсутність шкідливих чинників у процесі роботи. Гарні матеріально-побутові умови. Осілий спосіб життя.	Шкідливі умови праці. Погані матеріально-побутові умови. Міграційні процеси
	<i>Макросередовище</i>	
	Сприятливі кліматичні і природні умови. Екологічно чисте середовище.	Несприятливі кліматичні і природні умови. Забруднення навколишнього середовища
Біологічні чинники (20%)	Здорова спадковість. Відсутність віково-статевих конституційних особливостей, які спричиняють захворювання	Спадкова схильність до захворювань. Віково-статеві і конституційні особливості, що впливають на виникнення захворювань
Організація медичної допомоги (10%)	Високий рівень медичної допомоги	Неякісне медичне обслуговування

Особливо актуальною ця вимога є по відношенню до початкової школи, адже як показав теоретичний аналіз досліджень, відображених у попередньому параграфі, молодший шкільний вік охоплює такий проміжок перебування дитини в школі, коли зростаюча людина найбільш чутлива і відкрита до оточення, а нове шкільне середовище здійснює особливий вплив на її здоров'я.

Тому, для успішного вирішення проблеми збереження здоров'я дітей необхідно визначити чинники, які його детермінують.

Аналізуючи проблему, необхідно враховувати, що дитина помітно відрізняється від дорослого. Діти – не спрощена копія дорослих з обмеженими здібностями, наївністю, навіюваністю і безгрішністю. У них тонко розвинена

інтелектуальна сфера, вони дуже вразливі до обставин життя і "розумність" їх переживань відповідає розвитку. Труднощі підростаючого покоління, як правило, не в їхній значущості, а в неправильному розумінні того, що відбувається з ними і навколо них.

Особливість дітей молодшого шкільного віку виявляється і в тому, що вони знаходяться в повній залежності від батьків, які задовольняють їх потреби. Відповідно, здоров'я дитини неможливо проаналізувати поза контекстом сім'ї, соціальної взаємодії дорослих людей, широких соціальних впливів. Так, аналізуючи проблему негативних емоційних переживань дітей, Д. М. Ісаєв систематизував несприятливі чинники появи таких переживань, залежно від джерела і масштабу їх впливу на дітей. Автор виділяє такі їх групи:

1 - глобальні – страх війни, екологічних катастроф, переживання природних (землетрус, повінь) лих (бід, нещасть) і промислових катастроф (вибухи, пожежі); страждання із-за національної і етнічної ворожнечі, економічних контрастів, культурних протистоянь;

2 - страждання із-за міграції, відрив від рідного середовища, втрата соціального статусу; боязнь (страх) нападів, знущань, переслідувань з боку сусідів, які близько проживають; переживання, які пов'язані із вступом до школи, тиском вимог навчального процесу, труднощами засвоєння знань, атмосферою відторгнення або ворожості із боку однолітків чи старших, конфліктними умовами;

3 - психологічна травматизація, обумовлена перебуванням у цілодобових яслах, дитячих будинках, лікарні або санаторії;

переживання у зв'язку з ізолюваністю сім'ї від близького оточення;

виховні – особливо переживання при неправильному вихованні одним із батьків, переживання при відсутності або неадекватності батьківської турботи, надмірний тиск батьків;

4 - переживання неадекватного або викривленого внутрішньосімейного спілкування;

5 - переживання, пов'язані з вихованням психічним хворим або неповноцінним одним із батьків;

6 - міжособистісні – страждання із-за антагоністичних відносин між членами сім'ї, обмеженості душевної теплоти, із-за жорстокості, сексуальних зловживань;

7 - особистісні – переживання, пов'язані з особистими значними характерологічними відхиленнями [61, с. 103-105].

На думку Бєленької Г. В., Богініч О. Л., причинами порушення психічного здоров'я дитини можуть бути такі чинники:

- емоційно нестабільний стан майбутньої мами в період вагітності та наявність стресових ситуацій; небажаність дитини або невідповідність статі новонародженого бажанням батьків;

- аномальний, травматичний перебіг пологів, травмування певних відділів нервової системи немовляти; біологічна і соціальна незрілість батьків;

- наслідки Чорнобильської катастрофи, що виявляються у негативній деформації емоційного стану дорослих і дітей;

- суспільно-економічне становище, перехідна кризова ситуація, напруженість життя, прискорення його ритму – як результат відчуття невизначеності, страху перед майбутнім у значної частини населення, стресові стани та емоційні перевантаження;

- низький рівень психологічної культури батьків, переважання невротичних станів, що спричиняє появу у дітей почуття страху і тривожності; відсутність у поведінці дорослих гнучкості та доброзичливості; незадовільний стан сімейних взаємин;

- недостатня особистісна самореалізація дитини, дискомфорт у міжособистісних взаєминах з членами сім'ї, з ровесниками та педагогами;

- раннє навчання та його невідповідність психічним та віковим можливостям дітей; завищені навчальні вимоги, надмірна інформатизація, абстрактність та відірваність знань від життя [19, с. 129-130].

Щодо молодших школярів, О. Кочерга та О. Васильєв виділяють такі негативні чинники порушення їхнього здоров'я: стан на межі норма – патологія; негаразди у родинних взаєминах; вплив авторитарного вчителя; дитячі страхи; порушення психогігієнічних основ навчального процесу; порушення оптимумів навчальної діяльності; порушення гармонії творчих здібностей; гіподинамія; недостатній рівень енергопотенціалу [79, с. 20].

Гандзюк М. П. зазначає, що до небезпечних та шкідливих психофізіологічних виробничих чинників належать фізичні (статичні, динамічні та гіподинамічні) і нервово-психічні перевантаження (розумове, зорове, емоційне). Робоче положення "сидячи" супроводжується статичним навантаженням значної кількості м'язів ніг, плечей, шиї та рук, що дуже втомлює. М'язи перебувають довгий час у скороченому стані і не розслабляються, що погіршує кровообіг. В результаті виникають больові відчуття в руках, шиї, верхній частині ніг, спині та плечових суглобах.

Внаслідок динамічного навантаження на кістково-м'язовий апарат кистей рук (письмо, комп'ютерна миша) виникають больові відчуття різної сили в суглобах та м'язах кистей рук; оніміння та уповільнена рухливість пальців; судомні м'язів кисті; ниючий біль в ділянці зап'ястя.

Окрім того, робота "сидячи" призводить до зниження м'язової активності – гіподинамії. За браком рухів відбувається зниження споживання кисню тканинами організму, сповільнюється обмін речовин. Це сприяє розвитку атеросклерозу, ожиріння, може стати причиною дистрофії міокарда, хронічного головного болю, запаморочення, безсоння, роздратування.

Помірними гімнастичними вправами можна викликати активізацію обміну речовин в організмі (фізкультхвилинки)" [46, с. 88].

Він також вказує, що надмірні фізичні та нервово-психічні перевантаження зумовлюють зміни у фізіологічному та психічному станах працівника, призводять до розвитку втоми та перевтоми. Втома буває загальною, локальною, розумовою, зоровою, м'язовою та ін. Відомо, що

розвиток втоми та перевтоми веде до порушення координації рухів, зорових розладів, неуважності, втрати пильності, що веде до погіршення діяльності.

Психічними показниками розвитку втоми є: погіршення сприйняття подразників; зменшення здатності концентрувати увагу, свідомо її регулювати; посилення мимовільної уваги до побічних подразників, які відволікають від основної діяльності; погіршення запам'ятовування та труднощі пригадування інформації; сповільнення процесів мислення; підвищення дратівливості, поява депресивних станів; порушення сенсомоторної координації, збільшення часу реакцій на подразники; зміни частоти слуху, зору. Відновлювальні процеси після розумової праці відбуваються повільніше, ніж після фізичної праці. Несприятливі порушення в організмі часто не ліквідуються повністю, а акумулюються, переходячи в хронічну втому, або перевтому та різні захворювання" [46, с. 89-90].

При аналізі психофізіологічних небезпечних та шкідливих чинників велике значення М. П. Гандзюк приділяється *стресу*, що виникає внаслідок тривалого впливу на людину комбінованої дії психоемоційних перевантажень та небезпечних виробничих чинників. Стрес характеризують як захисне явище, як вісник захворювання, як причину порушень низки життєво важливих психофізіологічних функцій. Стрес позитивно впливає на результати праці (мобілізує організм і сприяє подоланню перешкод, які виникають у процесі праці) лише доти, доки не перевищить певного критичного рівня. Стресові впливи можуть стати причиною виникнення фізіологічних і психологічних змін, що призводять до небезпечних ситуацій та нещасних випадків.

Фізіологічні порушення можуть супроводжуватися розладами нервової та серцево-судинної систем, шлунково-кишкового тракту та ін. До психологічних розладів належать *агресивність, фрустрація, нервозність, роздратування, тривога, нерішучість, швидкий розвиток втоми* тощо. Окрім того, стрес є причиною багатьох психосоматичних захворювань. Для профілактики, попередження та реабілітації наслідків психоемоційного стресу рекомендується застосовувати вправи, що включають психотерапію, фізичні, водно-повітряні

процедури, фізіотерапевтичні процедури, масаж, адекватне харчування, приймання вітамінів та мінеральних речовин, релаксуючу музику та вправи, медитацію, аутогенне тренування тощо" [46, с. 91-92].

На результати діяльності та психофізіологічний стан значною мірою впливають індивідуальні якості людини. Серед психофізіологічних якостей слід виділити такі: недостатня здатність до розподілу і концентрації уваги, мислення; низькі якості щодо обережності, спостережливості, кмітливості, розсудливості; недостатня установка до діяльності; надмірна критичність до інших і менша до себе; гордовитість, самовпевненість, неповага до інших тощо [46, с. 94].

Як видно з проведеного аналізу, окрім того, що специфіка сімейної взаємодії є чинником порушення здоров'я молодшого школяра, ще й сам навчальний процес може зумовлювати такі деструктивні зміни. Сучасна педагогічна, психологічна і медична спільнота вже традиційно розглядає процес навчання як чинник нездоров'я дитини. Даний погляд має, на жаль, реальне підґрунтя: статистичні дані про стан здоров'я учнів загальноосвітніх шкіл приголомшують своїми негативними тенденціями. Як зазначає С. Д. Максименко, процес навчання взагалі (особливо в дитячому віці) є могутнім фактором здоров'я чи нездоров'я особистості – і соматичного, і психічного, і психологічного. коли людина не може реалізуватися в навчанні, або, з якихось причин, не може вчитися, це є чинником виникнення нездоров'я [94, с. 5-7].

Саме тому, доречно більш детально проаналізувати чинники погіршення здоров'я дитини, безпосередньо пов'язані з перебуванням її в школі. Цим питанням займалися ряд науковців, серед них В. Маценко, А. Ф. Бойко, А. Я. Береговий, Г. Черкашин, М. М. Безруких тощо. [102; 21; 17; 181; 15].

Спеціальні дослідження А. Ф. Бойко, А. Я. Берегового дозволили виділити такі шкільні чинники ризику: стресова педагогічна тактика; інтенсифікація навчального процесу; невідповідність методик і технологій навчання віковим та функціональним можливостям школярів; нераціональна

організація навчальної діяльності; функціональна некомпетентність педагогів у питаннях охорони та зміцнення здоров'я; відсутність системи роботи із формування цінності здоров'я і здорового способу життя [21; 17].

У своїй роботі Г. Черкашин виділяє такі несприятливі чинники та чинники ризику, які впливають на стан здоров'я дітей: стресові педагогічні впливи (постійні мікростреси, екзамени, тести, оцінки); недосконалість методик і технології навчання, які враховують вікові особливості, наприклад, вимога швидкості читання 120 слів за хвилину, тоді як швидкість сприймання інформації можлива лише при швидкості 80-90 слів за хвилину; рідко враховується крива активності школярів протягом дня, тижня, місяця і не проводиться диференційований підхід до кожної дитини на основі її функціонального стану [181, с. 44-46].

Наслідками незвичайної інтенсифікації навчання він виділяє такі негативні явища, як: зниження рухової активності школярів; тривале перебування у вимушеній сидячій позі; значне скорочення часу перебування на свіжому повітрі; скорочення тривалості і погіршення сну.

На думку Г. Черкашина, одним із серйозних чинників, що впливають на здоров'я школярів, є стан здоров'я і самопочуття вчителя. Автор наводить дані, що в учителів зі стажем роботи 10-15 років показник ступеня соціальної адаптації дорівнює чи навіть нижчий, ніж у пацієнтів клініки неврозів [181].

Безруких М.М. виділяє комплекс педагогічних чинників, які здійснюють значний негативний вплив на здоров'я дітей. Це такі як: стресова педагогічна тактика; інтенсифікація навчального процесу; невідповідність методик і технологій навчання вікових і функціональних можливостей школярів; нераціональна організація навчальної діяльності; функціональна неграмотність педагога; відсутність системи роботи з формування здоров'я і здорового способу життя [15, с. 7-8].

Найбільш вагомим з психологічних чинників ризику автор вважає стресову тактику педагогічних впливів. У класах з авторитарним, суворим, недобррозичливим педагогом поточна захворюваність утричі вища, а кількість

неврологічних розладів у півтора-два рази більша, ніж у класах зі спокійним, урівноваженим педагогом (за інших рівних умов навчання) [15].

Ми детально проаналізували підходи вчених до проблеми чинників, які здійснюють *негативний вплив* на здоров'я дітей. З огляду на них можна усвідомити, які ж чинники будуть сприяти збереженню здоров'я дітей молодшого шкільного віку. О. М. Кокун стверджує, що профілактика та усунення таких психофізіологічних чинників як стрес, нервово-психічного напруження та втома, що негативно впливають на виконання діяльності, має надзвичайно велике значення для розв'язання завдання підвищення її ефективності за умови збереження психічного і фізичного здоров'я людини [70].

У психологічній науці є ряд досліджень присвячених аналізу чинників збереження здоров'я дітей. Досить цікавим є дослідження О. С. Васильєвої, яка проаналізувала чинники, що впливають окремо на кожен із складових здоров'я: фізичну, психічну та соціальну. Так, до психофізіологічних чинників, що сприяють формуванню фізичного здоров'я, автор відносить системи харчування, дихання, фізичних навантажень, загартування, гігієнічних процедур. На психічне здоров'я мають вплив ставлення людини до себе, до інших людей, до життя в цілому, а також її життєві цілі і цінності. Соціальне здоров'я залежить від особистісного самовизначення, реалізації в соціумі, задоволення сімейним і соціальним статусом та ін. [37].

Детально проаналізувала чинники формування соціального та фізичного здоров'я Г. В. Беленька. Вона вважає, що соціальне здоров'я визначається характером взаємин особистості з соціумом, впливає із цінностей та мотивів поведінки індивіда, залежить від характеру та рівня розвитку економічної, політичної, соціальної і духовної сфер суспільного життя. Зокрема, серед чинників, що його зумовлюють авторка виокремлює такі:

На рівні соціальних мікросистем:

- сім'я – її склад (*повна сім'я, неповна, багатопокілінна*); стиль спілкування в сім'ї (*демократичний, авторитарний, насильницько-жорстокий*);

- матеріально-побутові умови (*достатні, задовільні, погані*); спосіб життя (*здоровий, руйнівний*);

- дошкільний навчальний заклад, школа, група, клас – матеріальні умови та психолого-педагогічні умови (*взаємовідносини – гуманістична спрямованість навчання та виховання, повага до особистості дитини, розвиток інтересів дітей, їхнє духовне збагачення чи авторитарний, менторський стиль навчання та виховання, "бездітна педагогіка"*).

На рівні мезосистем:

- організації – відділи освіти, медичні заклади (*полікліники, санаторії тощо*), дитячі табори та інші організації, функціонування яких забезпечує побут, відпочинок та працю членів суспільства. *Соціальне здоров'я залежить від ефективності чи незадовільного рівня їх функціонування.*

На рівні макросистем:

- популяція, етнос – природні та соціальні умови життя, взаємовідносини, національні традиції, духовні національні надбання, ідентифікація себе з людством, нацією.

- суспільство – структури влади, суспільно-економічні умови, законодавчо-правова основа.

Звичайно, перелічені чинники, що мають позитивне значення, створюють передумови соціального благополуччя дитини, що передбачає повноцінні, здорові взаємини з близьким (сім'єю) та далеким соціумом (інші соціальні організації), відчуття безпеки, збалансованість інтенсивності діяльності (в тому числі й навчальної) та відпочинку, віру у перспективність особистісного та професійного зростання, матеріального достатку та духовного самовдосконалення [19, с. 161-162].

Механізмами формування повноцінного фізичного здоров'я є: санітарно-гігієнічні умови, засоби загартування, раціональний розподіл процесів життєдіяльності, активної діяльності та відпочинку, раціональне харчування, оптимальний рівень рухової активності та усвідомлене прийняття дитиною їх вагомості. Від соціальних умов залежить стан фізичного, психічного та

духовного здоров'я. Водночас соціальна адаптація та соціальна зрілість особистості відбуватиметься ефективніше за умови високого рівня фізичного, психічного та духовного здоров'я [19, с. 98].

Так як різні складові здоров'я людини взаємопов'язані між собою, ряд авторів вважають, що здоров'я на біологічному рівні припускає динамічну рівновагу функцій всіх внутрішніх органів та їх адекватне реагування на вплив зовнішнього середовища. Здоров'я на психологічному рівні так чи інакше пов'язане з особистим контекстом розгляду, в рамках якого людина постає як психічне ціле. Чим більш гармонійно поєднані всі суттєві властивості, що складають особистість, тим вона більш стійка, врівноважена та здатна протидіяти впливам, що прагнуть порушити її цілісність. Благополуччя в психічному здоров'ї може бути порушене: домінуванням певних негативних за своєю суттю властивостей характеру; дефектами в морально-етичній сфері; неправильним вибором ціннісних орієнтацій.

Перехід від психічного до соціального рівня досить умовний. Психологічні властивості особистості не існують поза системою суспільних стосунків, до якої вона включена. Людина постає на цьому рівні передусім як істота суспільна. І, відповідно, тут на передній план виходять питання впливу соціуму на здоров'я особистості. Психічне здоров'я відчуває вплив (як позитивний, так і негативний) з боку різних соціальних зв'язків – сім'ї, друзів, роботи, належності до релігійних та інших організацій і т.д. Тільки люди зі здоровою психікою звичайно почувають себе активними учасниками в соціальній системі. Особистість може деградувати або змінитися, якщо зміниться її вставлення до людей, до праці або колективу. Стійкість та постійність активних стосунків дозволяють особистості підтримувати особисту надійність, долати перешкоди та досягати намічених цілей, здійснюючи реалізацію своїх намірів [136].

Таким чином, забезпечення здоров'я підростаючого покоління залежить від комплексу взаємопов'язаних зовнішніх і внутрішніх, соціальних та психологічних чинників впливу.

Теоретичні наукові дослідження останніх років і аналіз досвіду практичної роботи психологів в закладах освіти підтверджують, що головним чинником, який попереджує різні психічні порушення в розвитку дитини, є її повноцінний психічний розвиток на кожному етапі онтогенезу. Реалізація потенційних можливостей розвитку дитини залежить від створених умов, які відповідають сензитивності вікового періоду [130, с. 35-39].

Молодший шкільний вік є періодом прогресивних перетворень здібностей, характеру, звичок, особистості дитини в цілому. Тому таким важливим для подальшого її розвитку є рівень досягнень, пов'язаних із навчанням у школі. Повноцінний вступ до шкільного вікового етапу можливий лише при активній та визначальній ролі дорослих – вчителя, батьків учня. Особлива роль, при цьому, належить першому вчителю. Орієнтир учителя у побудові навчального процесу повинен бути пов'язаний з допомогою кожній дитині нормально призвичаїтись до нового етапу в житті, стати школярем, позитивно ставитись до шкільних обов'язків і прав, переживати радість від власних успіхів тощо. Така допомога має відповідати рівню підготовки дитини, врахувати не тільки типові вікові нормативи, а й індивідуальну своєрідність готовності до школи кожної дитини, її потреби, розумовий розвиток, мотивацію, працездатність, уміння керуватись шкільними правилами тощо. Це і є умовою не тільки індивідуального, а й, що основне, особистісно-орієнтованого підходу до дитини, який спирається на пріоритет індивідуальності, самоцінності дитини як носія суб'єктивного досвіду[106]. Отже, важливим чинником збереження психічного здоров'я молодшого школяра є особистісно-орієнтований підхід вчителя до дитини.

Дотримується такої ж позиції і Н. Коцур, яка вважає, що диференційований підхід є чинником збереження психічного здоров'я дитини; що працювати потрібно з усіма учнями, проте, особливу увагу слід звертати на тих, які мають проблеми в засвоєнні знань. Вона також вказує, що характер взаємин між учителем і учнями має першорядне значення у формуванні психічного здоров'я школярів [76].

Одним із суттєвих критеріїв психічного здоров'я, є критерій індивідуально-психологічних особливостей індивіда [69; 8; 198]. Індивідуально-психологічні особливості – стійкі типотворюючі риси особистості, вроджені або набуті під впливом оточуючих [199].

Слід підкреслити, що кожен з критеріїв психічного здоров'я адресований до якого-небудь суттєвого психофізіологічного чинника, який його забезпечує. Так, ряд досліджень показують, що здоров'я людини значною мірою залежить від її психологічного налаштування на здорове існування, здоровий спосіб життя. З цієї позиції важливим чинником забезпечення здоров'я дитини є формування внутрішньої культури її психічного життя. Для розуміння цього важливим є ознайомлення з методологічною концепцією "внутрішньої картини здоров'я", яку у 1993 р. запропонував В. Ю. Каган. Дослідник відзначає: "Концепція" "внутрішньої картини здоров'я", що пропонується нами, дозволяє підійти до постановки проблеми індивідуальних "внутрішніх картин здоров'я і культури здоров'я" [63, с. 87].

С. І. Болтівець вказує на те, що предметом вивчення "внутрішньої картини психічного здоров'я" постає не зовнішня, функціонально виражена у порушеннях психічної діяльності, а внутрішня картина природно організованого механізму психічного. Її продуктом, виробленим людиною, є "культура психічного здоров'я". Таким чином, забезпечення збереження здоров'я дитини, окрім іншого, становить продукування її психічної культури, включаючи культуру її власного психічного здоров'я [23, с. 114].

Автором розроблена педагогічна критеріальність якості психічного здоров'я, в основу якої були покладені три основні групи показників:

- а) індивідуальність як стан особистісного розвитку, його вираженість, неповторність, гармонійність;
- б) активність як діяльний стан пізнавальних домагань, тенденції до розширення когнітивної сфери, сформованість механізмів виникнення, перерозподілу та утримання інтересу, соціалізованість, енергопотенціал;

в) саморегуляція як стан цілісності емоційно-вольової сфери, її скоординованості, ритмічного функціонування і пластичності.

С. І. Болтівець зазначає, що якість психічного здоров'я дитини, учня, дорослої людини становить собою індивідуальну властивість особистості забезпечувати власну процесуальну цілісність, адекватну внутрішній природі, у взаємодії з собою і довкіллям. Отже, формування особистості за своєю педагогічною сутністю є утворенням якості психічного здоров'я певного типу, виробленням певної системи психічної самоорганізації людини. Набуття високих рівнів якості психічного здоров'я постає як постійний процес самовдосконалення, основу якого становить цілісність пізнання себе й світу, оволодіння здатністю до саморегуляції психічної діяльності, самоздійснення як самодостатнє володіння сенсом власної життєдіяльності – свого усвідомленого призначення [24].

С. Д. Максименко виходить з позиції, що поняття психічне здоров'я охоплює внутрішній світ людини, її бажання, амбіції, здібності, ідеали, почуття і свідомість. Учений пропонує визначати це поняття на підставі таких показників: ставлення людини до себе, до інших, до вимог життя.

Відповідно, психічно здорові люди мають такі істотні характеристики:

- добре ставляться до себе: толерантно, спокійно, не зменшують і не перебільшують свої здібності, можуть бачити, усвідомлювати свої недоліки, поважають себе.

- враховують інтереси інших людей, люблять людей і довіряють їм, не принижують інших і не дозволяють їм робити цього з собою, вважають себе частиною групи. У них є почуття відповідальності за інших людей.

- вважають, що можуть правильно поводитися у більшості ситуацій, що виникають. Якщо виникає проблема, вони намагаються її вирішити, не бояться взяти на себе відповідальність, намічають реальні цілі, можуть самостійно приймати рішення, їм подобається докладати зусилля до того, чим вони займаються [95, с. 4].

У молодших школярів повинен бути певний ступінь розвитку цих видів ставлення, який відповідав би їх віковим особливостям. Відповідно, початкова школа має на меті створення оптимальних умов для продукування психічної культури та культури психічного здоров'я молодшого школяра.

Сьогодні надзвичайно актуальним є усвідомлення працівниками освітніх закладів того, що дитина – це найбільша цінність, а школа є тим соціальним інститутом, що дає змогу забезпечити вплив психологічних чинників, які сприятимуть збереженню здоров'я молодшого школяра, розкриттю та реалізації його внутрішнього потенціалу.

Висновки до I розділу

Проведений аналіз психологічної літератури дозволяє виділити ряд підходів до розуміння сутності поняття здоров'я, у яких існує значне розходження у його тлумаченні. Однак, спільним є те, що як у зарубіжній, так і вітчизняній науці підкреслюється необхідність розглядати здоров'я не тільки як категорію медичну, а й соціально-психологічну. Відповідно до такого цілісного погляду на феномен здоров'я, його зміст складають не тільки фізичний і психічний аспекти, а соціальний та духовний, які тісно взаємопов'язані між собою, діють у сукупності та забезпечують вцілому психологічне здоров'я особистості. Виявлені, в процесі аналізу літературних джерел, положення розкривають особливості різних видів здоров'я, їх детермінованість та взаємодію. Аналіз даної проблематики свідчить про характерну тенденцію останніх років: зміну домінуючого пріоритету виокремлення соматичного, фізичного чи соціально-психологічного аспекту здоров'я на пріоритет їх цілісного системного розгляду, що дозволяє, на нашу думку, розглядати категорію здоров'я індивіда у цілісному контексті взаємодії психофізіологічних та соціально-психологічних чинників здоров'я.

На основі теоретичного аналізу психологічних досліджень можна стверджувати, що здоров'я особистості – складно організоване утворення, яке

характеризується певною цілісністю та динамічністю. Саме тому, при вивченні особливостей його збереження у молодшому шкільному віці необхідно враховувати вікову специфіку психофізіологічного та психоемоційного розвитку дітей молодшого шкільного віку, їх учбової діяльності, соціальної взаємодії, тобто всього того, що визначає специфіку здоров'я дитини у цей віковий період і може бути визначене як чинники його збереження.

Аналіз теоретичних джерел показує, що останнім часом з'явилися дослідження, в яких визначаються основні чинники, які впливають на стан здоров'я школяра. Більшість авторів прийшли до висновку, що забезпечення здоров'я підростаючого покоління залежить від комплексу взаємопов'язаних зовнішніх і внутрішніх чинників, що впливають на кожну із складових здоров'я. Значна доля серед них випадає на чинники, які пов'язані із школою та навчально-виховним процесом. Пильна увага дослідників приділяється, також, проблемі впливу сім'ї на формування та становлення здоров'я дитини. Наукові дані останніх років стверджують, що головним чинником, який попереджує різні психічні порушення в розвитку дитини, є її повноцінний психічний розвиток на кожному етапі онтогенезу. Реалізація потенційних можливостей розвитку дитини у молодшому шкільному віці залежить від створених умов, які відповідають сензитивності цього вікового періоду.

Таким чином, дослідженнями проблеми стану здоров'я дітей молодшого шкільного віку займалося багато науковців. Більшість із них аналізують окремі аспекти цієї проблеми. Однак, проблемі цілісного системного підходу до визначення чинників збереження та зміцнення здоров'я учнів початкової школи не надається ще належної уваги і присвячено недостатньо робіт, що й зумовило наш інтерес до визначеної проблеми. Відповідно другий розділ нашої роботи буде присвячено емпіричному аналізу, визначених теоретичним шляхом психологічних чинників впливу на здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ В ПОЧАТКОВІЙ ШКОЛІ

У другому розділі представлено методичні підходи до вивчення чинників, що зумовлюють динаміку здоров'я молодших школярів; проаналізовано причини шкільного середовища, які впливають на появу деструктивних тенденцій цього процесу; розкрито специфіку впливу на психічне здоров'я молодших школярів особливостей їх ставлення до провідної діяльності, до себе, до інших людей та показників, що ці особливості зумовлюють; висвітлено особливості впливу показників соціального середовища та індивідуально-типологічних характеристик молодших школярів на динаміку їх здоров'я. За допомогою факторного аналізу встановлено основні чинники, які визначають стан здоров'я молодших школярів та з'ясовано специфіку їх ієрархії на різних етапах навчання дитини в початковій школі.

2.1. Методичні підходи до вивчення проблеми психологічних чинників впливу на здоров'я молодших школярів

Вихідним положенням дослідження особливостей здоров'я молодших школярів був такий підхід, який трактує здоров'я людини як гармонійну єдність психофізичних та психосоціальних якостей, що зумовлюється вродженими та набутими, біологічними і соціальними впливами (Ю. П. Лісіцин, 150) [90-91]. Відповідно до такого підходу, феномен здоров'я ми розглядаємо як складноорганізоване системне утворення, зміст якого складають фізичний, психічний та соціальний аспекти, які тісно взаємопов'язані між собою і діють у сукупності.

Принципове значення для побудови експериментального дослідження з визначення чинників, які впливають на особливості прояву здоров'я молодших школярів має розуміння цього явища з позиції концепції "внутрішньої картини здоров'я" В. Ю. Когана. Вона дозволяє підійти до встановлення особливостей здоров'я дитини, вивчаючи суб'єктивну "внутрішню" позицію школяра щодо різних аспектів життєдіяльності, як емоційного відгуку на них, який виявляється у переживаннях різної модальності [63]. Отже, ми дотримувалися підходу, відповідно до якого сутність психічного здоров'я полягає у внутрішньому ставленні школярів до себе, до інших, до вимог життя (Максименко С. Д.). [95; 96].

Відповідно до цього бачення у психічно здорової людини перший вид ставлення віддзеркалює гармонію у сфері самосвідомості, її позитивне самосприйняття. Другий вид - відображає позитивне емоційно-ціннісне ставлення людини до оточуючих. І, нарешті, третій вид ставлення, а саме – до вимог життя – засвідчує, що психічно здорова людина є ефективно діючою у навколишньому середовищі (Тищенко С.П.) [170].

З огляду на вищеназвані положення, здоров'я ми визначали як утворення, яке має складну структуру, що включає в себе такі види: фізичне, соціальне та психічне і є системою певних ставлень людини до людей, до себе, до вимог життя. Відповідно, основними завданнями цього етапу експериментального дослідження було вивчення особливостей становлення кожного зі складових здоров'я, які водночас виступали чинниками, що зумовлюють стан здоров'я молодшого школяра в цілому.

У процесі проведення експериментального дослідження, ми виходили з припущення, що розвиток кожної із зазначених вище складових здоров'я молодшого школяра, зумовлюється певними психологічними чинниками, зокрема, властивостями індивідуально-типологічних характеристик дитини, особливостями її сімейної і шкільної взаємодії з дорослими та іншими дітьми. Щодо психічного здоров'я, то на нього мають вплив особливості ставлення дитини до провідної діяльності (в нашому випадку навчально-пізнавальної), до себе, до інших людей.

Методи та конкретні методики дослідження особливостей здоров'я молодших школярів визначалися завданнями дисертаційної роботи, з урахуванням зазначених вище теоретичних положень та вікових особливостей дітей. Зокрема, вивчення особливостей фізичного здоров'я молодших школярів здійснювалося за допомогою включеного спостереження, аналізу шкільної документації, методу експертних оцінок.

Рівень здоров'я молодших школярів визначався на основі об'єктивних і суб'єктивних показників. Об'єктивними критеріями виступали: інформація медичної служби про стан здоров'я школярів та дані інтерв'ю з батьками. Суб'єктивними індикаторами психічного здоров'я були дані отримані за допомогою методик, які були спрямовані на вивчення відповідності розвитку дитини віковим нормам.

На основі цих показників молодші школярі були віднесені до двох рівнів здоров'я: високого (відповідає нормі) та низького (не досягає нормативних показників).

Критеріями віднесення молодших школярів у групу з високим рівнем здоров'я виступали:

1. Відсутність захворювань.
2. Нормативний розвиток (відповідність розвитку віковим психофізіологічним та соціально-психологічним нормам установленим для таких параметрів: довільність регуляції поведінки; рівень розвитку самосвідомості; фізична самостійність; здатність ефективно вирішувати певні вікові задачі, пов'язані із спілкуванням з іншими людьми та навчанням.
3. Позитивний функціональний стан, що дозволяє займатися провідною діяльністю.

Одним із завдань нашого дослідження було вивчення причин появи деструктивних тенденцій у здоров'ї молодших школярів. Вирішуючи цю задачу, ми особливу увагу приділили вивченню чинників шкільного середовища, оскільки саме вони здійснюють серйозний вплив на несприятливу динаміку здоров'я молодших школярів [144]. З метою дослідження причин

появи деструктивних тенденцій в розвитку здоров'я молодших школярів, зумовлених шкільним середовищем, ми застосували методичний прийом, що передбачав самоаналіз цих причин школярами, а також застосували тест шкільної тривожності для дітей (модифікований та адаптований Т. Патрико та Г. Кучерявою) (див. Додаток А).

Як було зазначено вище, вивчаючи особливості психічного здоров'я, ми детально проаналізували такі психологічні чинники впливу на нього: особливості ставлення дитини до провідної діяльності, до себе, до інших людей.

З метою визначення особливостей впливу учбової діяльності на здоров'я молодших школярів нами була проведена бесіда, спрямована на вивчення особливостей ставлення молодшого школяра до власних учбових досягнень. Питання бесіди також були спрямовані на виявлення розуміння учнями причин того чи іншого емоційного стану.

Було також проведено анкетування, спрямоване на визначення того, наскільки дитина усвідомлює важливість навчання, чи привабливі для неї учбові цілі, чи проявляє вона пізнавальну активність, інтерес до предметів, які вивчаються, які в неї переважають мотиви учіння.

Для дослідження особливостей мотивації учіння молодших школярів з різним рівнем здоров'я використано класифікацію мотивів учіння, запропоновану П. М. Матюхіною (1984, 1986) і А. К. Марковою (1983). Зокрема, було виділено такі види мотивів:

I. Соціальні мотиви:

1) широкі соціальні мотиви (прагнення здобути знання, аби стати корисним суспільству); 2) вузькоособистісні мотиви: а) престижні мотиви (прагнення заслужити повагу своїх товаришів); б) мотиви благополуччя (прагнення отримати схвалення з боку дорослих); 3) негативні мотиви (мотиви уникнення покарання).

II. Пізнавальні мотиви:

1) широкі пізнавальні мотиви (орієнтація на оволодіння новими знаннями); 2) учбово-пізнавальні мотиви (орієнтація на спосіб здобування знань).

III. Шкільна оцінка.

Ця класифікація дала можливість визначити ті аспекти шкільного середовища, які є найбільш значущими для дітей з різним рівнем здоров'я.

З метою вивчення особливостей ставлення молодших школярів до себе досліджувались такі показники: особливості ставлення до власного здоров'я, оцінка школярами чинників, що його зумовлюють, самооцінка власного здоров'я, відчуття емоційного задоволення життям.

З цією метою ми застосували такий методичний арсенал:

- проєктивна методика "Моє здоров'я";
- методика Дембо-Рубінштейн (див. Додаток Б), яка включає в себе поєднання стандартного набору шкал самооцінки. Дослідження проводилось у процесі бесіди з досліджуваними про кожен із характеристик, за якими вони повинні були оцінити себе. Запитання бесіди стосувалися стану здоров'я; суб'єктивних відчуттів, емоційного комфорту при виконанні навчальної діяльності, спілкуванні з однолітками, вчителями, батьками.

Досліджуючи особливості ставлення молодших школярів з різним рівнем здоров'я до інших ми використали методику "Два будинки" (див. Додаток В). [41]. Саме ця методика допомагає проникнути у важкодоступні об'єктивовані властивості особистості, які зникають при традиційній організації експерименту [137].

Особливе місце в організації діагностики чинників, які впливають на здоров'я молодших школярів ми відвели проєктивним малюнковим методикам, таким як "Кінетичний малюнок сім'ї", "Моє здоров'я", "Два будинки" [12; 41].

Використання проєктивних малюнкових методик для виявлення особистісних властивостей людини базується на принципі проєкції, тобто на винесенні зовні своїх переживань, уявлень, прагнень тощо. Малюючи певний об'єкт, людина підсвідомо, а інколи і свідомо передає своє ставлення до нього.

Додаткові переваги малюнкових методик – у їх природності, близькості до звичних видів людської діяльності. Досвід малювання є у кожної людини, але найбільш близьке це заняття дітям. Тому, при дослідженні особливостей

психіки дітей, малюнкові методи використовуються дуже часто. Дитині легко зрозуміти тестову інструкцію, для виконання методик не потрібен високий рівень розвитку мови [40, с. 5].

Так, досліджуючи чинники, які впливають на соціальне здоров'я дитини, була використана малюнкова методика "Кінетичний малюнок сім'ї". Також з учителями був проведений опитувальник "Оцінка емпатійності керівника" (автор Потапчук Є.М.) [127, с. 313-314]. З метою вивчення індивідуально-типологічних особливостей як чинника збереження здоров'я молодших школярів використовувався тест-опитувальник "Коло" Г. Айзенка (для з'ясування особливостей темпераменту школярів) [167, с. 50-53]. Для з'ясування особливостей локусу контролю молодших школярів у сфері навчальної діяльності ми використали методичний прийом, що передбачав аналіз школярами причини власних учбових невдач.

Психологічне дослідження проводилося з 2006 по 2014 рік та здійснювалося у чотири етапи.

Перший підготовчий етап полягав в аналізі джерел та висвітленні основних теоретичних підходів, що склались в психологічній літературі відносно проблеми психічного здоров'я особистості, визначенні теоретичних основ проведення емпіричного дослідження чинників, що зумовлюють стан здоров'я молодших школярів та розробці програми дослідження, підборі методик, експериментальних завдань, складанні програми статистичної обробки отриманих даних та у виборі способів їх інтерпретації.

На *етапі констатувального експерименту* (діагностичному), який був спрямований на вивчення особливостей чинників, що зумовлюють динаміку здоров'я молодших школярів на різних етапах їх навчання в початковій школі було обстежено 387 молодших школярів ЗОШ школи № 9 м. Ніжина, ЗОШ школи № 314 м. Києва та ЗОШ школи села Талалаївка Ніжинського району Чернігівської області у віці 6-10 років (учні 1-4 класів, з них хлопців – 212 і дівчат – 175), їх класоводів, вихователів груп продовженого дня.

Третій корегуючий етап був спрямований на покращання психічного здоров'я молодших школярів з низьким його рівнем (3 групи досліджуваних по 12 осіб). На цьому етапі були використані розвивально-корекційні методи (описані у 3 розділі дисертації); здійснено порівняльний аналіз отриманих характеристик, досліджено ефективність методів психологічного впливу.

Змістом *четвертого інтерпретаційного етапу* була обробка і аналіз отриманих результатів, їх зведення в таблиці, діаграми та оформлення дисертаційного дослідження.

Обробка отриманих даних проводилася за допомогою кількісного і якісного аналізу матеріалу з використанням методів математичної статистики. Зокрема, обробка експериментально отриманих даних здійснювалася за допомогою версії 6,0 комп'ютерної програми Statistica. Для здійснення окремих розрахунків нами були використані непараметричні методи математичної статистики, зокрема визначення рангового коефіцієнту кореляції *r-Спірмена*. Через представленість багатьох перемінних у номінативній шкалі, дослідження характеру залежності здійснювалося з використанням критерію *Фішера ϕ* . Проведено, також факторний аналіз. За допомогою факторного аналізу встановлено значущі чинники, які визначають стан здоров'я молодших школярів, та відслідкована динаміка їх ієрархії впродовж навчання дітей у початковій школі.

Достовірність відмінностей визначалась за допомогою *t-критерію Стьюдента*.

2.2. Провідні психологічні чинники впливу на здоров'я дітей молодшого шкільного віку

Основним завданням цього етапу дослідження було виявлення ієрархічної взаємодії визначених нами у першому розділі психологічних чинників, що впливають на здоров'я молодших школярів на різних етапах їх навчання у початковій школі. Ми виходили з *припущень*:

- що такими чинниками є особливості кожної зі складових здоров'я дітей (фізичної, психічної, соціальної);

- що кожна із зазначених вище складових здоров'я молодшого школяра, в свою чергу, зумовлюється певними показниками.

Для попереднього поділу досліджуваних за рівнями фізичного здоров'я ми обрали *метод експертних оцінок* (незалежних характеристик), де експертами виступили медичні працівники школи, батьки учнів та їх учителі.

Критеріями віднесення молодших школярів у групу з певним рівнем фізичного здоров'я виступали: *відсутність чи наявність хронічних захворювань; нормативний розвиток - відповідність розвитку віковим психофізіологічним та соціально-психологічним нормам установленим для таких параметрів: довільність регуляції поведінки; здатність ефективно вирішувати певні вікові задачі, пов'язані із спілкуванням з іншими людьми та навчанням; позитивний функціональний стан організму, що дозволяє успішно займатися провідною (навчально-пізнавальною) діяльністю.*

Відповідно учні на початку дослідження були поділені на групи здоров'я з високим (основна група здоров'я - 64% досліджуваних) та низьким (спеціальна група – 36% досліджуваних) його рівнями. Необхідність такого поділу визначалася тим, що всі отримані в подальшому результати діагностичного дослідження співвідносилися з визначеними рівнями здоров'я учнів.

Відсутність захворювань, як показник саме фізичного здоров'я став одним з основних критеріїв поділу школярів на початку дослідження на групи здоров'я з високим та низьким його рівнями.

Продовжуючи дослідження стану здоров'я молодших школярів, ми дотримувалися зазначеного вище теоретичного підходу, відповідно до якого, вивчаючи психічне та психологічне здоров'я молодшого школяра, важливо проаналізувати суб'єктивну "внутрішню" позицію школяра щодо різних аспектів його життєдіяльності, яка проявляється як емоційного відгук на них, і фіксується у переживаннях різної модальності. Враховуючи вікові особливості молодшого школяра, його провідну діяльність та особливості соціальної

ситуації розвитку нас цікавило, які аспекти саме шкільного середовища викликають у дітей негативні переживання, й відповідно, здійснюють деструктивний вплив на їхнє самопочуття, і як наслідок – на здоров'я. Саме тому завдання цього етапу дослідження полягало у встановленні та з'ясуванні значущості чинників, які зумовлюють емоційне неблагополуччя молодших школярів у шкільному середовищі на різних етапах їх навчання у початковій школі. Також ми ставили завдання порівняти оцінки причин емоційного неблагополуччя самими дітьми з різними рівнями здоров'я. Наше припущення полягало в тому, що молодші школярі з різним рівнем здоров'я відрізнятимуться між собою за оцінкою найбільш значущих сфер шкільного середовища, які викликають у них негативні переживання. Ми, також припускали, що ці відмінності будуть мати свою специфіку на різних етапах навчання школярів у початковій школі.

З цією метою було застосовано методичний прийом, що передбачав самоаналіз причин виникнення емоційного неблагополуччя школярами.

Аналіз отриманих результатів показав, що у 1-му класі 13,0% дітей як з високим рівнем здоров'я, так і з низьким не можуть визначити причину своїх негативних переживань викликаних школою. Від 1-го до 4-го класу кількість таких школярів зменшується як серед дітей з високим рівнем здоров'я так і з низьким (високий рівень: 1 кл. – 13,0%; 4 кл. – 1,0%, низький рівень: 1 кл. – 13,0%; 4 кл. – 3,0%), тобто в динаміці від першого до четвертого класу все більший відсоток молодших школярів набуває здатності через рефлексію усвідомлювати власні переживання та причини і чинники їх виникнення.

Зосередимося на вивченні названих молодшими школярами чинників появи негативних переживань, зумовлених шкільним середовищем. Так, порівняльний аналіз показників прояву емоційного неблагополуччя молодших школярів з різним рівнем здоров'я показав, що у досліджуваних на початку і наприкінці першого класу спостерігається синхронність ієрархії основних причин негативних переживань, на які вказують молодші школярі з високим і низьким рівнем здоров'я (див. таблицю 2.1). Зокрема, аналіз отриманих даних,

наведених у таблиці 2.1, свідчить про те, що на початку 1-го класу свої шкільні негативні переживання учні як з високим, так і з низьким рівнем здоров'я найчастіше пов'язують із взаємодією з іншими людьми: з учителем і з однокласниками (високий рівень здоров'я – 52,0%, низький – 43,9%), де домінуючими у породженні негативних переживань учнів початкової школи є особливості взаємин з учителем. У цьому випадку типовими є відповіді: *"Боюсь, що учитель сваритиметься; я спізнюсь і вчитель буде незадоволений; вчитель скаже, що я гірший"* тощо.

Таблиця 2.1

Динаміка чинників шкільного середовища, які зумовлюють емоційне неблагополуччя молодших школярів з різним рівнем здоров'я (у%).

Клас	Рівень здоров'я	Чинники				
		Взаємини з іншими		Учбова діяльність		Шкільна оцінка
		З учителем	З ровесниками	Зміст	Процес	Бал
1 кл. поч. р.	високий	41,0	11,0	34,0	14,0	-
1 кл. кін. р.	високий	22,8	11,8	14,0	11,2	40,2
1 кл. поч. р.	низький	32,5	11,4	30,6	5,5	-
1 кл. кінець	низький	24,0	11,0	12,2	5,8	47,0
2 кл	високий	13,0	24,0	25,0	18,0	20,0
	низький	22,0	22,0	16,0	8,0	32,0
3 кл	високий	7,0	35,1	31,4	18,6	7,9
	низький	16,0	35,7	18,0	12,6	17,7
4 кл	високий	9,0	37,0	26,0	20,0	8,0
	низький	15,0	37,0	19,0	13,0	16,0

Друге рангове місце у породженні шкільних негараздів займає власне учбова діяльність (високий рівень здоров'я – 48,0%, низький – 36,1%), коли діти бояться помилятися при відповіді, бояться, що не встигнуть щось зробити, їх лякає необхідність виконувати контрольні роботи. Типовими є відповіді: *"Я не вивчив урок; можливо, будуть важкі завдання; буде урок, який не є улюбленим; сьогодні має бути контрольна робота"* тощо).

Наприкінці навчального року як у дітей з високим рівнем здоров'я, так і у дітей з низьким – перше рангове місце у породженні шкільних негативних переживань посідає шкільна оцінка, друге – взаємини з іншими, третє – власне

учбова діяльність. Разом з тим, кількісна репрезентація школярів, які переживають страхи, пов'язані з власне учбовою діяльністю неоднакова в групах з різним рівнем здоров'я. Так, на початку першого класу емоційне неблагополуччя викликане власне учбовою діяльністю у дітей з високим рівнем здоров'я більше кількісно виражена, ніж у дітей з низьким рівнем (високий рівень здоров'я – 48,0%, низький – 36,1%). Така ж тенденція спостерігається і наприкінці першого класу (високий рівень здоров'я – 22,2%, низький – 18%), хоча розрив у кількісному вираженні зменшується. Разом з тим, значно менша кількість першокласників з високим рівнем здоров'я, порівняно з низьким, пов'язує свої негативні переживання із взаєминами з учителями як на початку, так і наприкінці навчального року (на початку навчального року: високий рівень здоров'я – 41,0%, низький – 52,5%; наприкінці: високий – 18,8%; низький – 24,0%).

У 2-му класі, порівняно з першим, змінюється ієрархія основних причин емоційного неблагополуччя на які вказують молодші школярі як з високим, так і низьким рівнем здоров'я.

Так, у дітей з високим рівнем здоров'я домінуючою у породженні негативних емоційних переживань стає власне учбова діяльність, друге рангове місце посідають негативні переживання, зумовлені взаєминами з іншими, третє – шкільною оцінкою, а у дітей з низьким рівнем здоров'я – перше рангове місце у породженні шкільних негараздів посідають взаємини з іншими, друге – шкільна оцінка, третє – власне учбова діяльність.

Другокласники з різних груп здоров'я, що пов'язують свої негативні переживання з власне учбовою діяльністю характеризуються тотожністю співвідношення найбільш емоційно значущих для них аспектів цієї діяльності (більш значущим є зміст учбової діяльності, менш значущим – її процес). Проте, існують відмінності в кількісній репрезентації такого співвідношення. Негативні переживання породжені як змістом учбової діяльності (високий рівень здоров'я – 25,0%, низький – 16,0%), так і процесом її перебігу (високий

рівень здоров'я – 18,0%, низький – 8,0%). кількісно більше представлені у другокласників з високим рівнем здоров'я, ніж з низьким рівнем.

Разом з тим, серед другокласників з низьким рівнем здоров'я значно більше дітей, які пов'язують своє шкільне неблагополуччя із взаєминами з учителем (високий рівень здоров'я – 13,0%, низький – 22,0%), та шкільною оцінкою (високий рівень здоров'я – 20,0%, низький – 32,0%).

У третьокласників з високим рівнем здоров'я, на відміну від другокласників, не змінюється ієрархія основних причин їх емоційного неблагополуччя – домінуючою залишається учбова діяльність. Друге рангове місце посідають негаразди, зумовлені взаєминами з іншими, третє – шкільною оцінкою. У третьокласників з низьким рівнем здоров'я ієрархія цих причин, порівняно з другокласниками, змінюється – перше рангове місце у породженні шкільних негативних емоцій посідають взаємини з іншими, друге – учбова діяльність, третє – шкільна оцінка.

Тенденції, характерні для третього класу, набувають стійкості протягом четвертого року навчання молодших школярів. Так, у 4-му класі зберігаються ті самі особливості ієрархії основних причин шкільних негативних переживань кожної з груп здоров'я, що і в 3-му класі, лише змінюється їх кількісна репрезентація. Відповідно, найбільш істотні відмінності груп досліджуваних з різним рівнем здоров'я (учнів четвертого класу) полягають у тому, що у групи дітей з високим рівнем здоров'я домінують переживання пов'язані з власне учбовою діяльністю, а у дітей з низьким рівнем – переживаннями, що стосуються взаємин з іншими (учителем і однокласниками). Стійкість цієї тенденції є показником того, що для школярів з високим рівнем здоров'я більш значущою є учбова діяльність. Так, значно більший відсоток учнів четвертого класу з високим рівнем здоров'я (порівняно з низьким) причинами своїх негативних емоційних переживань називають особливості змісту учбової діяльності (високий рівень – 26%, низький – 19%) і процесу її перебігу (високий рівень здоров'я – 20%, низький – 13%).

Аналізуючи значущість взаємин з іншими, можна сказати, що для четверто-класників з низьким рівнем здоров'я, порівняно з високим, більш значущими є взаємини з учителем. При цьому особливості взаємин з однокласниками набувають однакової значущості для груп школярів з різними рівнями здоров'я (високий рівень здоров'я – 37,0%, низький рівень здоров'я – 37,0%).

Відсоток четвертокласників з високим рівнем здоров'я, які називають причиною своїх негативних переживань шкільну оцінку, удвічі нижчий, ніж відсоток таких дітей з низьким рівнем здоров'я (високий рівень здоров'я – 8,0% , низький рівень здоров'я – 16,0 %) ($p < 0,05$).

Разом з тим є спільні тенденції, щодо чинників, які викликають емоційне неблагополуччя у молодших школярів з різним рівнем здоров'я. Так, від 1-го до 4-го класу, як у групі дітей з високим, так і низьким рівнем здоров'я зменшується відсоткова репрезентація дітей, які причинами своїх негативних переживань називають шкільну оцінку (високий рівень здоров'я: 1 кл. – 40,2%, 4 кл. – 8,0%; низький: 1 кл. – 47,0%, 4 кл. – 16,0%). Водночас від 1-го до 4-го класу (як у дітей з високим, так і з низьким рівнем здоров'я) майже у три рази зростає відсоток дітей, які свої шкільні негативні переживання пов'язують з неблагополуччям у взаєминах з однокласниками (високий рівень здоров'я: 1 кл. – 11,8%, 4 кл. – 37%; низький: 1 кл. – 11,0%, 4 кл. – 37,0%) та зменшується кількість дітей, що ці переживання пов'язують з особливостями взаємин з учителем (високий рівень здоров'я: 1 кл. – 22,8%, 4 кл. – 9,0%; низький: 1 кл. – 24,0%, 4 кл. – 15,0%). До того ж посилюється вплив на появу цих переживань особливостей учбової діяльності (високий рівень здоров'я: 1 кл. – 25,2%, 4 кл. – 46,0%; низький: 1 кл. – 18,0%, 4 кл. – 32,0%).

Наступне дослідження стосувалося співвідношення кількісної представленості школярів з підвищеним та з високим рівнями шкільної тривожності у групах з різними рівнями здоров'я. Ми використали методику "Визначення шкільної тривожності" (модифікований і адаптований варіант Т. Патрико та Г. Кучерявою) [116] (див. Додаток А).

Отримані результати свідчать, що у всіх класах початкової школи (за всіма показниками тривожності) відсоток школярів з підвищеним та високим рівнями тривожності значно більше у групі дітей з низьким рівнем здоров'я. (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Відсоткове співвідношення представленості молодших школярів з підвищеним та високим рівнями показників тривожності у групах дітей з високим та низьким рівнями здоров'я (у%)

Показники тривожності	1 клас		4 клас	
	Рівень здоров'я			
	Високий	Низький	Високий	Низький
Страх соціальних контактів з учителями	18,2	30,8	10,0	28,5
Страх соціальних контактів із ровесниками	8	15,4	20,0	30,6
Страх перевірки знань	52	88,5	18,0	39,5
Страх самовираження	16	21,3	18,0	39,1
Страх не відповідати очікуванням оточуючих	43,2	56,5	30	48,5
Низький фізіологічний опір шкільним страхам	4,5	17,4	5	27,5

Зазначена тенденція свідчить про те, що тривожність є одним з найбільш чутливих індикаторів стану здоров'я молодших школярів. Підтвердженням цього є проведений нами факторний та кореляційний аналіз, результати якого представлені нижче (див. Додаток Е). Важливим для усвідомлення особливостей впливу різних показників шкільної тривожності молодших школярів на стан їх здоров'я є аналіз відсоткового співвідношення учнів з високим та підвищеним рівнями цих показників у групах дітей з різними рівнями здоров'я. Так, у першокласників (дослідження проводилося наприкінці навчального року) з високим рівнем здоров'я найбільший відсоток школярів проявляє підвищений та високий рівні страху перевірки знань, друге місце посідає страх не відповідати очікуванням оточуючих, третє – страх соціальних контактів з учителем, четверте – страх самовираження, далі – страх соціальних контактів з ровесниками, і нарешті-низький фізіологічний опір шкільним страхам. У четвертокласників з високим рівнем здоров'я ситуація дещо змінюється. Найбільший відсотковий

показник складають учні з підвищеним та високим показниками страху не відповідати очікуванням оточуючих, друге місце посідає – страх соціальних контактів з ровесниками, третє місце поділяють між собою – страх самовираження та страх перевірки знань, далі – страх соціальних контактів з учителем і, нарешті – низький фізіологічний опір шкільним страхам. У школярів з високим рівнем здоров'я від першого до четвертого класу дещо зростає відсоток учнів з підвищеним та високим показниками страху соціальних контактів з однокласниками та страху самовираження. За всіма іншими показниками відсоток учнів четвертого класу з високим рівнем здоров'я, які мають підвищений та високий рівні тривожності зменшується.

Перейдемо до аналізу особливостей шкільної тривожності у молодших школярів з низьким рівнем здоров'я. У другокласників найбільший відсоток дітей має підвищений та високий рівні тривожності за показником страху перевірки знань. Друге рангове місце посідає страх не відповідати очікуванням оточуючих, третє – страх соціальних контактів з учителем, четверте – страх самовираження, п'яте – низький фізіологічний опір шкільним страхам, і нарешті – страх соціальних контактів з ровесниками. До четвертого класу ієрархія показників шкільної тривожності у дітей цієї групи дещо змінюється. Так на перше місце (з другого в другому класі) виходить показник – страх не відповідати очікуванням оточуючих, друге місце поділяють між собою страх перевірки знань та страх самовираження, на третє (з останнього у другому класі) страх соціальних контактів з ровесниками, четверте – страх соціальних контактів з учителем і на останньому – низький фізіологічний опір шкільним страхам. Варто відмітити, що від першого до четвертого класу у групі дітей з низьким рівнем здоров'я за всіма показниками, окрім показника страху перевірки знань, зростає відсоток школярів з підвищеним та високим рівнями тривожності.

Порівняльний аналіз показав, що у молодших школярів як з високим, так і з низьким рівнем здоров'я домінуючим щодо породження шкільної тривожності є страх перевірки знань; спільними за значущістю є всі інші показники. Відмінність

полягає в тому, що у першокласників з високим рівнем здоров'я п'яте рангове місце посідає страх соціальних контактів з ровесниками, а останнє – низький фізіологічний опір шкільним страхам. У першокласників з низьким рівнем здоров'я більш вираженим є показник низького фізіологічного опору шкільним страхам, а останнє місце посідає страх соціальних контактів з ровесниками.

У четвертому класі у молодших школярів як з високим, так і з низьким рівнями здоров'я домінуючим щодо породження шкільної тривожності стає страх не відповідати очікуванням оточуючих. У школярів з високим рівнем здоров'я друге рангове місце посідає страх соціальних контактів з ровесниками (у школярів з низьким рівнем – третє рангове місце), в той час, коли це місце у дітей з низьким рівнем посідають страх перевірки знань та страх самовираження, які у школярів з високим рівнем здоров'я посідають третє рангове місце. За всіма іншими показниками відмінностей у рангових позиціях немає.

Більш детальний аналіз співвідношення відсоткової представленості школярів з підвищеним та високим рівнями шкільної тривожності у групах з різними рівнями здоров'я показує, що у першому класі найбільша відмінність між цими групами спостерігається за показником низький фізіологічний опір шкільним страхам (школярів з низьким рівнем здоров'я у два рази більше, ніж з високим). У четвертому класі кількість таких показників зростає: це і страх контакту з учителем, страх перевірки знань та страх самовираження (негативні емоційні переживання ситуацій, пов'язаних з необхідністю саморозкриття, пред'явлення себе іншим, демонстрування своїх можливостей).

Більше ніж у 5 разів переважає відсоток молодших школярів з низьким рівнем здоров'я (порівняно з дітьми з високим рівнем), які мають підвищений та високий рівні тривожності за показником низький фізіологічний опір шкільним страхам (особливості психофізіологічної організації, які знижують здатність до пристосування дитини у ситуації стресогенного характеру та

підвищують вірогідність неадекватного, деструктивного реагування на тривожний чинник середовища).

Ці висновки підтверджують показники, які ми отримали вище за попередньою методикою, що свідчить про стійкість виявлених тенденцій.

Узагальнення аналізу результатів дослідження, представлених у цьому параграфі, дозволяє стверджувати, що від 1-го до 4-го класу змінюється співвідношення названих молодшими школярами причин появи у них негативних емоційних переживань, пов'язаних з їх перебуванням у школі. Так, з 1-го по 4-й клас, як у групі дітей з високим, так і низьким рівнем здоров'я, зменшується відсоток учнів, які причинами своїх емоційних негараздів називають шкільну оцінку та особливості взаємин з учителем. Разом з тим, зростає відсоток дітей, які свої шкільні переживання пов'язують з неблагополуччям у взаєминах з однокласниками та особливостями учбової діяльності.

Встановлено, що молодші школярі з різним рівнем здоров'я відрізнятимуться між собою за оцінкою найбільш значущих сфер шкільного середовища, які викликають у них негативні переживання. Ці відмінності мають свою специфіку на різних етапах навчання у початковій школі. Так, у 1-му класі ця специфіка визначається лише різними відсотковими показниками, які вказують на одні й ті ж причини емоційного неблагополуччя дітей, при відсутності вираженої їх ієрархії (на початку навчального року перше рангове місце серед цих причин займають особливості взаємин з іншими, де домінують взаємини з учителем. Наприкінці першого класу на перше місце виходить шкільна оцінка).

Починаючи з другого класу і до закінчення початкової школи найбільш значущим чинником для молодших школярів з високим рівнем здоров'я виступає учбова діяльність. Саме вона є предметом докладання зусиль і може сприяти появі найбільш сильних переживань цих учнів. У той час як молодші школярі з низьким рівнем здоров'я впродовж всього навчання в школі найбільш чутливі до соціальної взаємодії з іншими, в першу чергу з учителем, а в 3-4-му

класах з ровесниками. Разом з тим, впродовж всього навчання у початковій школі більш важливою і значущою для них, порівняно з дітьми з високим рівнем здоров'я, залишається шкільна оцінка.

У всіх класах початкової школи дітей з підвищеним та високим рівнями тривожності (за всіма показниками тривожності) значно більше у групі дітей з низьким рівнем здоров'я, порівняно з високим. Зазначена тенденція свідчить про те, що тривожність є одним з найбільш чутливих індикаторів стану здоров'я молодших школярів.

Від першого до четвертого класу серед дітей з високим рівнем здоров'я дещо зростає відсоток молодших школярів з підвищеним та високим показниками страху соціальних контактів з однокласниками та страху самовираження. За всіма іншими показниками відсоток молодших школярів з цієї групи здоров'я, які мають підвищений та високий рівні тривожності, зменшується. У той час як у групі дітей з низьким рівнем здоров'я за всіма показниками, окрім показника страху перевірки знань, відсоток школярів з підвищеним та високим рівнями тривожності зростає.

Відсоткове співвідношення учнів з підвищеним та високим рівнями шкільної тривожності у групах з різними рівнями здоров'я показує, що найбільша відмінність спостерігається за такими показниками: *низький фізіологічний опір шкільним страхам, страх контакту з учителем, страх перевірки знань та страх самовираження.*

Ці чинники здійснюють негативний вплив на підтримання позитивного психофізіологічного фону навчальної діяльності. Отримані результати дослідження свідчать, що емоційні переживання негативної модальності учнів початкової школи, які пов'язані з проаналізованими вище ситуаціями є тими основними чинниками, котрі сприяють появі деструктивних тенденцій, що здійснюють негативний вплив на здоров'я молодших школярів.

2.2.1. Ставлення до навчання та особливості його впливу на здоров'я молодших школярів. У цій частині емпіричного дослідження, ми виходили з припущення, що психічна складова здоров'я молодшого школяра зумовлюється певними психологічними чинниками, зокрема, особливостями його ставлення до навчальної діяльності. Основними показниками ставлення молодших школярів до навчальної діяльності виступали: мотивація учіння та особливості ставлення до власних навчальних досягнень. Саме тому, одне із завдань цього етапу дослідження полягало у вивченні особливостей розвитку мотивації учіння молодших школярів з різним рівнем здоров'я. Ми виходили з припущення, що динаміка мотивації учіння молодших школярів з різними рівнями здоров'я буде відрізнятися, при чому на різних етапах навчання дітей у початковій школі ці відмінності матимуть певну специфіку.

Для дослідження динаміки мотивації учіння молодших школярів з різними рівнями здоров'я ми використано анкету (див. додаток Е).

Отже, завдання дослідження полягало у здійсненні порівняльного аналізу особливостей розвитку мотивів учіння молодших школярів з різним рівнем здоров'я на різних етапах навчання у початковій школі. На основі отриманих результатів дослідження ми порівняли мотивацію учіння молодших школярів з високим та низьким рівнями здоров'я. Порівняння отриманих даних показало, що домінуючим компонентом в мотиваційній структурі першокласників як з високим, так із низьким рівнем здоров'я є шкільна оцінка (діти з високим рівнем здоров'я – 46,3%, з низьким – 46,0%). Друге рангове місце займає соціальна мотивація (діти з високим рівнем здоров'я – 40,3%, з низьким – 41,4%). Останнє (третє) місце посідає пізнавальна мотивація (діти з високим рівнем здоров'я – 13,4%, з низьким – 12,6%). Отже, мотивація учіння першокласників як з високим, так із низьким рівнями здоров'я характеризується синхронністю ієрархії основних мотивів учіння (див. таблицю 2.3.).

Таблиця 2.3

Динаміка мотивації учіння молодших школярів з різними рівнями здоров'я (у%).

Клас	Рівень здоров'я	Мотиви учіння		
		<i>шкільна оцінка</i>	<i>пізнавальні</i>	<i>соціальні</i>
1 кл.	високий	46,3	13,4	40,3
	низький	46,0	12,6	41,4
2 кл.	високий	20,0	42,1	37,9
	низький	37,9	28,5	33,6
3 кл.	високий	19,6	42,0	38,0
	низький	21,5	35,1	47,4
4 кл.	високий	10,0	50,0	40,0
	низький	10,0	35,1	62,0

Порівняльний аналіз мотивації учіння другокласників показав, що дітям з різними рівнями здоров'я притаманні специфічні особливості структури їх мотивації учіння. Так, у другокласників з високим рівнем здоров'я переважає пізнавальна мотивація учіння (42,1%), друге рангове місце займає соціальна мотивація (37,9%) і останнє – шкільна оцінка (20,0%). У школярів з низьким рівнем здоров'я домінує, як і в першому класі, мотивація, пов'язана з шкільною оцінкою (37,9%). Друге місце займає соціальна мотивація (33,6%) і останнє – пізнавальна (28,5%).

Порівняльний аналіз мотивації учіння третьокласників з різних груп здоров'я дозволяє стверджувати, що у дітей з високим рівнем здоров'я (як і у другокласників) перше місце займає пізнавальна (42,0%), а друге – соціальна (38,0%) мотивація учіння. У третьокласників з низьким рівнем здоров'я, навпаки, на першому місці перебуває соціальна (47,4%), а на другому пізнавальна (35,1%) мотивація. Разом з тим є спільні тенденції мотивації учіння третьокласників з різними рівнями здоров'я, зокрема, мотив шкільної оцінки втрачає для них своє панівне становище і посідає останнє рангове місце (високий рівень здоров'я – 19,6%, низький рівень здоров'я – 21,5%).

У четвертокласників з різних груп здоров'я зберігаються такі ж тенденції мотивації учіння як і в третьокласників. Експериментальні дані свідчать, що у

четвертокласників з різними рівнями здоров'я існують статистично значущі відмінності у представленості соціальної мотивації учіння. Ця мотивація переважає у дітей з низьким рівнем здоров'я ($p < 0,01$).

Доречно зупинитися на аналізі особливостях ієрархії соціальних мотивів учіння у школярів з різним рівнем здоров'я (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Динаміка соціальної мотивації учіння молодших школярів з різними рівнями здоров'я (у%)

Клас	Рівень здоров'я	Соціальні мотиви			
		<i>Мотиви благополуччя</i>	<i>Негативні мотиви</i>	<i>Престижні мотиви</i>	<i>Широкі соціальні мотиви</i>
1 кл.	високий	11,3	8,5	2,0	18,5
	низький	16,6	12,4	2,0	10,4
2 кл.	високий	10,5	3,5	4,5	19,4
	низький	13,0	7,0	3,6	10,0
3 кл.	високий	7,1	8,7	6,2	17,0
	низький	15,8	15,6	6,0	10,0
4 кл.	високий	8,0	8,0	10,0	16
	низький	18,5	16,0	15,0	12,5

Аналіз особливостей соціальної мотивації учіння у молодших школярів з різним рівнем здоров'я вказує на наступні тенденції. Школярі з високим рівнем здоров'я переважно обирають широкі соціальні мотиви, тоді як учні з низьким рівнем здоров'я частіше обирають негативні мотиви учіння та мотиви благополуччя. Така тенденція спостерігається у всіх класах початкової школи. Також спільна тенденція полягає в тому, що від 1 до 4 класу серед дітей як з високим, так і з низьким рівнем здоров'я збільшується відсоток дітей, які обирають престижні мотиви.

Аналіз структури пізнавальної мотивації дозволяє стверджувати, що на всіх етапах навчання школярів у початковій школі як у дітей з високим, так і низьким рівнем здоров'я домінуючими серед пізнавальної мотивації є широкі пізнавальні та учбово-пізнавальні мотиви. Також від 1-го до 4-го класу у

групах дітей з різним рівнем здоров'я зростає відсоток дітей з пізнавальною мотивацією учіння (високий рівень здоров'я: 1 кл. – 13,4%, 4 кл. – 50,0%; низький: 1 кл. – 12,6%, 4 кл. – 35,1%). Проте, лише у дітей з високим рівнем здоров'я, пізнавальна мотивація, починаючи з 2-го класу стає домінуючою.

Наступне завдання емпіричного дослідження – вивчення особливостей ставлення молодших школярів з різними рівнями здоров'я до власних навчальних досягнень. Отримані дані показали, що від 1-го до 4-го класу зменшується задоволеність молодших школярів власними навчальними досягненнями (див. табл. 2.3.3). Ця загальна тенденція характерна як для молодших школярів з високим рівнем здоров'я (1 кл. – 82,0%, 2 кл. – 72,0%, 3 кл. – 59%, 4 кл. – 55,5) так і з низьким (1 кл. – 71,0%, 2 кл. – 51,0%, 3 кл. – 40,0%, 4 кл. – 37,5%) ($p < 0,01$), що є показником зростання критичності ставлення учнів молодших класів до власних досягнень у конкретній сфері навчальної діяльності.

Порівняльний аналіз особливостей ставлення до власних навчальних досягнень молодших школярів з високим і низьким рівнями здоров'я виявив такі особливості: серед учнів 1-го класу з високим рівнем здоров'я переважає відсоток дітей (82,0%), задоволених успіхами у сфері навчальної діяльності, ніж серед першокласників з низьким рівнем (71,0%). У 2-му, 3-му та 4-му класах простежується таке ж співвідношення (2 кл.: високий рівень – 72,0%, низький – 51,0% ($p < 0,01$); 3 кл.: високий – 59%, низький – 40,0% ($p < 0,01$)); 4 кл.: високий – 55,5%, низький – 37,5,0% ($p < 0,01$). Результати факторного аналізу показали, що існує тісний взаємозв'язок між здоров'ям молодших школярів та їх задоволеністю власними навчальними досягненнями (показник модальності ставлення школярів до навчальних досягнень отримав одне з найбільших факторних навантажень у всіх класах початкової школи (1 кл. – 0,840, 2 кл. – 0,612, 3 кл. – 0,541, 4 кл. – 0,542)).

Отже, аналіз отриманих експериментальних даних свідчить, що стан здоров'я молодших школярів залежить від особливостей їх ставлення до власних навчальних досягнень.

Таблиця 2.5

**Динаміка задоволеності молодших школярів з різним рівнем здоров'я
власними навчальними досягненнями (у %)**

Клас	Рівні здоров'я учнів	Задоволеність навчальними досягненнями
1 кл.	високий	82,0
	низький	71,0
2 кл.	високий	72,0
	низький	51,0
3 кл.	високий	59,0
	низький	40,0
4 кл.	високий	55,5
	низький	37,5

Узагальнення проведеного у цьому параграфі аналізу результатів дослідження дозволяє констатувати:

Одним із чинників, що визначає динаміку здоров'я молодших школярів є специфіка їх ставлення до навчальної діяльності. У свою чергу, ця специфіка визначається особливостями мотивації учіння школярів та їх задоволеністю (незадоволеністю) результатами цього процесу.

Так, встановлено, що мотивація учіння має істотні відмінності у школярів з високим та низьким рівнями здоров'я, до того ж на кожному етапі навчання школярів у початковій школі ці відмінності мають свою специфіку. Зокрема, першокласникам з різними рівнями здоров'я притаманна однакова ієрархія мотивації учіння. Однак, відмінність полягає у тому, що у першокласників з високим рівнем здоров'я серед соціальної мотивації домінують широкі соціальні мотиви, а у першокласників з низьким рівнем – мотиви благополуччя. До того ж ця тенденція спостерігається у всіх класах початкової школи.

Другокласникам з різними рівнями здоров'я теж притаманні специфічні особливості структури мотивації їх навчальної діяльності. У другокласників з високим рівнем здоров'я переважає пізнавальна мотивація навчальної діяльності

(друге рангове місце – соціальна і останнє – шкільна оцінка). У цієї групи дітей така ж тенденція зберігається й у 3 та 4 класах. У другокласників (як і першокласників) з низьким рівнем здоров'я домінує мотивація, пов'язана з шкільною оцінкою (друге місце – соціальна мотивація і останнє – пізнавальна). У 3-му класі соціальна мотивація стає домінуючою, орієнтація на оцінку переходить на останнє рангове місце. Така ж тенденція зберігається і в 4-му класі, лише змінюється кількісна характеристика мотивів. Найбільш істотною відмінністю мотивації навчальної діяльності третьокласників та четвертокласників є те, що у групі дітей з високим рівнем здоров'я домінує пізнавальна мотивація, а з низьким рівнем – соціальна. Отже, здоров'я молодших школярів значною мірою визначається тим, чи стала навчальна діяльність для них значущою і чи супроводжується вона емоціями позитивної модальності.

Вираженим деструктивним фактором динаміки здоров'я молодших школярів є їх незадоволеність власними навчальними досягненнями. У всіх класах початкової школи, серед молодших школярів з низьким рівнем здоров'я, порівняно з високим, значно більший відсоток таких, які незадоволені успіхами власної навчальної діяльності.

2.2.2. Вплив на здоров'я молодшого школяра його ставлення до себе та до інших. Цей етап дослідження полягав у з'ясуванні особливостей впливу на здоров'я молодших школярів такого психологічного чинника як ставлення до себе. Основними показниками, які піддавалися вивченню були: ставлення молодших школярів до власного здоров'я, уявлення про чинники, що його зумовлюють, самооцінка школярами з різним рівнем здоров'я стану власного здоров'я та стану щастя.

У своєму дослідженні ми виходили з положення, що ставлення до власного здоров'я – це одна із сторін "Я-концепції" суб'єкта, у якій відображається загальний стан благополуччя внутрішнього світу людини. Представники екопсихологічного підходу в структурі суб'єктивного ставлення

особистості до власного здоров'я виділяють перцептивно-афективний, когнітивний, практичний і вчинковий компоненти (с.). Основна мета цього етапу дослідження, полягала у визначенні та аналізі особливостей перших двох компонентів ставлення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я. Для цього дітям було запропоновано створити малюнок на тему "Моє здоров'я", де учні у довільній формі відтворювали за допомогою олівців або фарб те, як вони уявляють власне здоров'я.

Щоб провести кваліфіковану психологічну оцінку отриманого матеріалу, ми вивчили особливості емоційної експресії у дітей при відтворенні теми "Моє здоров'я"; особливості використання ними шаблонних сюжетів і персонажів; специфіку експресивного підсилення художнього відтворення дітьми власних думок і почуттів; а також – основні теми малюнків, на яких відтворено сприйняття дітьми чинників, що мають безпосередній вплив на стан їхнього здоров'я.

Результати аналізу дитячих малюнків дають підстави говорити про факт існування певної типології відтворень уявлень дітей про своє здоров'я. У своїй роботі ми використовували типологію аналізу малюнків Г. Ріда.

Він розробив загальноприйняту типологію аналізу малюнків, яка є придатною для класифікації будь-яких малюнків, створених людьми, незалежно від їх віку, статі, кваліфікації та роду занять. Зокрема, *емфатичний* (імпресіоністський, експресивний) малюнок характеризує прагнення передати емоційну атмосферу безпосереднього відтворення відчуттів, вражень; *гаптичний* – характеризує відтворення будь-яких хворобливих станів (хворе вухо, болить голова, живіт тощо); *структурний* – відтворює структуру цілого, як воно є (включаючи всі необхідні деталі); такий малюнок може бути абстрактним або конкретним (місто, детальне відтворення ландшафту тощо); *ритмічний* – відтворює рух (машина їде, людина їде, біжить тощо); *органічний* – відтворює живу природу (людина, тварини, рослини тощо); *перераховуючий* – містить багато окремих деталей або предметів, які важко об'єднати будь-яким зв'язком; *декоративний* – підпорядкований показу кольору (візерунки, орнаменти, прикраси тощо); *імажинарний* – містить який-небудь книжковий

сюжет, окремий її персонаж, відтворює власні фантазії автора малюнка тощо) [146, с. 39-47].

Під час аналізу малюнків та поділу їх на групи ми звертали увагу на їх загальний характер, композиційні особливості і послідовність виконання окремих, найбільш об'ємних (самостійних) елементів композиції.

Результати дослідження школярів перших та четвертих класів вказують, що переважна більшість малюнків має *органічний* характер відтворення (42,0%). Це свідчить про емоційну насиченість переживань дітей щодо свого здоров'я, про відчуття залежності власного самопочуття від емоційної атмосфери, яка оточує дитину. Малюнки більшості учнів відтворили прагнення передати цю атмосферу та безпосередні почуття, які виникали при цьому. Для дитини власні відчуття є конкретним проявом життя і його цілісності. Іншими словами, для дитини більш важливе відчуття власного здоров'я, ніж відтворення будь-яких хворобливих станів (*гантичний* характер – 4,8%) чи передача власного самопочуття за допомогою візерунків, орнаментів прикрас (*декоративний* характер відтворень – 0%).

Значна кількість малюнків, які відтворюють ставлення дітей до власного здоров'я має *ритмічний* характер (42,2%). З чого ми робимо висновок, що важливими для хорошого самопочуття молодших школярів і їх уявлення про власне здоров'я мають рухливі ігри, заняття фізичними вправами.

До особливостей експресивного відтворення власних думок і почуттів молодших школярів відноситься прагнення, більшості з них, підсилити змістове навантаження свого малюнка відповідними коментарями до нього (вербальний текст, що супроводжує малюнок).

При аналізі малюнків, ми враховували коментарі дітей, які вони робили під час малювання, передаючи емоційне та змістова навантаження свого малюнка. На основі цих коментарів, ми виділили особливі ознаки вербального супроводу зображення. За характером емоційно-сміслового наповнення всі пояснення були умовно поділені на 4 підгрупи.

- *Пояснюючі сюжети* ("Моє здоров'я – це природа", "Моє здоров'я – це мама, тато, братик і Тарас", "Моє здоров'я – це футбол і Оленка").

- *Відтворюючі протиставлення* здорового способу життя "нездоровому", який веде до хвороби. Ці коментарі часто супроводжуються графічним поділом малюнка на відповідні тематичні зони. Більшість робіт, які виконані в стилі протиставлення, належать дівчатам. Поділ був полярним ("Добро – зло", "Здоров'я – нездоров'я". Вони не повинні зіткнутись, бо я захворію).

- *Емоційно насичені* – відтворюють ставлення дітей до факту особистого здоров'я ("Я вважаю здоровою ту людину, яка любить природу", "Я вважаю здоровими тих, що їздять на море", "Моє здоров'я – це "стоп війні").

- *Відтворюють те, що треба робити для того, щоб бути здоровим* ("Здорові ті, хто не п'є горілку і не курить", "Здорові ті люди, які зранку роблять зарядку, двічі на день чистять зуби, не вживають тютюнові вироби та алкогольні напої", "Здорові люди гарно бігають і грають у футбол").

На основі узагальненого аналізу малюнків та коментарів до них, ми виділили ті основні чинники впливу на здоров'я-нездоров'я, які виділяють молодші школярі, відтворюючи уявлення про власне здоров'я. Узагальнені результати дослідження першокласників подані в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

**Уявлення першокласників про основні чинники впливу на власне
"здоров'я-нездоров'я"**

Чинники	Кількість учнів (у%)
Здорове харчування	35,0
Навколишнє середовище	29,0
Фізкультура і спорт	22,0
Особиста гігієна	8,0
Здоровий спосіб життя	3,0
Шкідливі звички	2,0
Медична профілактика	1,0

Як видно з таблиці 2.6, найбільш значущим чинником впливу на власне здоров'я першокласники вважають здорове харчування (35,0%). Скоріше

всього – це той чинник на який частіше всього вказують дорослі, які оточують дитину. Друге місце за впливом на здоров'я в уявленнях першокласників посідає навколишнє середовище (29,0%). Очевидно, що діти перебувають в постійному напруженні, пов'язаному з різними техногенними катастрофами та екологічними проблемами. Такий чинник як фізкультура і спорт посідає третє місце за значущістю для молодших школярів (22,0%). У школі цьому чиннику приділяють особливу увагу, як і чиннику особиста гігієна, яка посідає четверте місце (8,0%). Далі йдуть такі чинники як здоровий спосіб життя (3,0%), шкідливі звички (2,0%) та медична профілактика (1,0%), значення яких не дуже усвідомлюється молодшими школярами. Скоріше всього першокласники поки що не дуже зорієнтовані дорослими у значущості цих чинників.

Уявлення четвертокласників про основні чинники впливу на їхнє здоров'я, порівняно з першокласниками, дещо змінюється. На нашу думку, ці зміни пов'язані з набуттям школярами нового досвіду та проведенням у школах відповідної просвітницької роботи.

Так, як видно з таблиці 2.7, найбільш значущим чинником впливу на власне здоров'я четвертокласники вважають характеристики навколишнього середовища (35,0%). Учні розуміють вплив несприятливої екології на здоров'я людини. Отже, навколишнє природне середовище, у розумінні дітей, може бути як джерелом хорошого здоров'я, так і чинником, який негативно впливає на нього.

На друге місце (22,0%) за значущістю впливу на здоров'я людини, в тому числі і власне здоров'я, учні четвертого класу ставлять фізкультуру та спорт. Цікавим є той факт, що діти усвідомлюють і відмічають важливість не стільки спортивних досягнень для збереження здоров'я, скільки елементів фізичної культури, які пов'язані з рухливим способом життя: іграми, зарядкою тощо. На нашу думку, це пов'язано з вираженою потребою молодших школярів у значній руховій активності.

Таблиця 2.7

**Кількісні показники уявлень четвертокласників про основні
чинники впливу на їх "здоров'я-нездоров'я"**

Чинники	(у%)
Навколишнє середовище	35,0
Фізкультура та спорт	22,0
Здорове харчування	20,0
Здоровий спосіб життя	8,0
Особиста гігієна	7,0
Шкідливі звички	5,0
Медична профілактика	3,0

Суттєве місце у малюнках та коментарях учнів займає тема здорового харчування. Значна кількість малюнків (20,0%) присвячена темі корисності чи шкідливості впливу окремих продуктів на організм людини. Однак, із першого місця у першокласників в учнів четвертих класів цей чинник переходить на третє місце.

Такі чинники ,як здоровий спосіб життя (8,0%) та особиста гігієна (7,0%), мають менш виражені кількісні показники. Є малюнки (5,0%), присвячені темі впливу шкідливих звичок на здоров'я людини. Серед них домінує куріння. Проте, слід відмітити, що діти молодшого шкільного віку мають доволі абстрактне уявлення про потенційну шкоду куріння або алкоголю.

Останнє місце в переліку чинників, що впливають на здоров'я, займає медична профілактика (3,0%). Звертає на себе увагу неоднозначне сприймання дітьми образу лікаря. Діти обох статей не прагнуть до активного використання цього образу. Ймовірно, лікар менше асоціюється з поняттям "здоров'я", а більше з хворобою. Це вказує на те, що зараз в суспільстві й школі, зокрема, мало приділяється уваги профілактичним заходам, пов'язаним із збереженням та підтриманням здоров'я дітей.

Аналізуючи графічні характеристики малюнків, ми дотримувались положення К. Маховер про те, що сила натиску або тип штрихування під час

малювання, може вважатися підтвердженням наявності тривоги у дітей [146, с. 39-47].

Штрихування, як правило, виявляє особливості контролю над власними емоціями, наявність внутрішнього напруження і тривоги. Так, штрихування, яке займає більш ніж половину малюнка, відтворює недостатність контролю над виявом власних емоцій, з тенденцією до імпульсивності. За особливостями деталей виконаних малюнків можна зробити висновок, що значна частина досліджуваних дітей, знаходиться у стані внутрішньої напруги. У результаті аналізу виявлено, що у більшості дітей площа заштрихованої поверхні займає не менше половини малюнка, що може свідчити про високу емоційну насиченість переживань стосовно стану свого здоров'я. Наявність у дітей значного рівня тривожності підтверджена іншими нашими дослідженнями [див. параграф 2.3].

Ми також оцінювали особливості кольорової експресії малюнків дітей. Ставлення дітей до кольору є об'єктом цілого ряду досліджень у медицині та психології. Більшість учених дотримуються думки, що дитина володіє вродженим відчуттям кольору, інтуїтивним і спонтанним розумінням його емоційного навантаження та смислового наповнення, що виявляється у переважному виборі та відтворенні тієї чи іншої кольорової гами в малюнках дітей. Вчені визнають, що колір може виражати певні почуття, настрої і, навіть, передавати емоційну насиченість стосунків. [194].

Вивчаючи кольорову гаму малюнків виконаних молодшими школярами, можна стверджувати, що більшість дітей використовує більш ніж чотири кольори (74,0%). Відомо, що добре адаптовані і емоційно розвинені діти зазвичай використовують до десяти кольорів.

В той же час, у частини дітей спостерігається негативна тенденція щодо використання для зображення стану свого здоров'я тільки одного кольору (26,0%). Як правило, такі діти, бояться виявити свою емоційність, вони менш адаптовані. Ймовірно, тема їх власного здоров'я для них є емоційно значущою.

При зображенні теми власного здоров'я на дитячих малюнках доволі часто зустрічаються синій та зелений кольори. Ця особливість відтворює прагнення дітей бути достатньо критичними і точними у відтворенні образу власного здоров'я, а також потребу в захисті від зовнішніх негативних впливів, що можуть зашкодити їх здоров'ю.

Рідше можна зустріти на малюнках оранжево-червоний і жовтий кольори, що також може бути пов'язано з потребою у захисті від тривожних факторів і спробою відгородити себе від певних негараздів.

Наступний етап дослідження полягав у вивченні особливостей самооцінювання стану здоров'я молодшими школярами з різним рівнем здоров. Нами була застосована методика Дембо-Рубінштейн (див. Додаток Б).

Як показали результати дослідження, молодші школярі у всіх класах початкової школи схильні оцінювати стан власного здоров'я, як правило, високо (див. таблицю 2.8).

Таблиця 2.8

Рівень самооцінювання стану здоров'я молодшими школярами з різними рівнями здоров'я (у%)

Клас	Рівень здоров'я	Рівень самооцінки учнями власного здоров'я		
		<i>завищена</i>	<i>адекватна</i>	<i>занижена</i>
1 кл	високий	63,2	28,0	8,8
	низький	62,0	24,0	14,0
4 кл	високий	49,0	47,5	3,5
	низький	46,2	44,5	9,2

Більш детальний аналіз результатів дослідження самооцінки молодших школярів з різними рівнями здоров'я дає можливість зробити наступні висновки: для більшості першокласників характерна завищена самооцінка свого здоров'я – як для школярів з високим, так і для школярів з низьким рівнем здоров'я (високий рівень здоров'я – 63,2%, низький – 62,0%). У четвертокласників зберігається така ж тенденція, хоча відсоток школярів із завищеною самооцінкою значно зменшується як серед школярів з високим, так і серед школярів з низьким рівнями здоров'я (високий рівень здоров'я – 49,0%,

низький – 46,2%). Водночас, до четвертого класу у школярів з різним рівнем здоров'я майже вдвічі зростає кількість школярів, з адекватною його самооцінкою (високий рівень здоров'я: 1 кл. – 28,0%, 4 кл. – 47,5%; низький: 1 кл. – 24,0%, 4 кл. – 44,5%). Неадекватно занижений рівень оцінки власного здоров'я демонструє найменший відсоток учнів як в першому, так і в четвертому класах. Саме цей показник вказує на характерну тенденцію: у першому класі серед молодших школярів з високим рівнем здоров'я значно менше дітей з заниженою самооцінкою, ніж серед школярів з низьким рівнем (високий рівень здоров'я – 8,8%, низький рівень – 14,0%), причому ця різниця до четвертого класу зростає (високий рівень здоров'я – 3,5%, низький рівень – 9,2%).

Узагальнений якісний аналіз результатів дослідження свідчить, що молодші школярі схильні до переоцінювання стану свого здоров'я. Вони прагнуть бути здоровими, можливо не звертати уваги на деякі хвороби, які мають. Для підтвердження цього, ми співвіднесли показники самооцінки їх здоров'я та його реальний стан.

Так, серед досліджуваних учнів є діти яких важко назвати здоровими, оскільки вони мають по кілька хронічних хвороб одночасно, але вважають себе здоровими, дуже здоровими або найбільш здоровими. Наприклад, Олексій Б., хворіє на дерматит, хронічний тонзиліт, плоскостопість, при цьому, вважає себе здоровою людиною. Іван Т. хворий на дифузний зоб, плоскостопість - вважає себе найбільш здоровим. Юлія М. хвора на ДЖВП та хронічний тонзиліт - вважає себе здоровою. Валерія А. хвора на хронічний тонзиліт та плоскостопість - вважає себе дуже здоровою. Отже, ми можемо стверджувати, що ці діти не зосереджують увагу на своїх хворобах і прагнуть бути здоровими.

Разом з тим, серед самооцінки досліджуваних трапляються і випадки, коли діти мають занижену самооцінку щодо власного здоров'я, хоча не мають серйозних захворювань. Наприклад, Данііл Б. (здоровий) вважає себе хворим; Марія К. (здорова) вважає себе більш-менш хворою; Дмитро Б., у якого захворювання аденоїдів, вважає себе найбільш хворим. Провівши бесіду з цими

дітьми, ми з'ясували, що у них постійно щось болить, тобто їх відповідь аргументована власним самопочуттям, хоча медики та батьки так не вважають.

Наступне дослідження було спрямоване на вивчення особливостей самооцінки молодшими школярами з різним рівнем здоров'я власного щастя тобто відчуття емоційного задоволення від життя, спокою, впевненості й оптимізму (див. табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Рівень самооцінювання стану щастя молодшими школярами з різними рівнями здоров'я (у %)

Клас	Рівень здоров'я	Рівень самооцінки здоров'я		
		завищена	адекватна	занижена
1 кл	високий	68,0	28,0	4,0
	низький	68,0	26,0	6,0
4 кл	високий	47,2	47,9	4,9
	низький	46,2	44,5	9,2

Як показав аналіз результатів дослідження, більшість першокласників щодо цих переживань мають завищену самооцінку, як у групі дітей з високим, так і з низьким рівнем здоров'я (високий рівень здоров'я – 68,0%, низький рівень – 68,0%). Очевидно, це вікова специфіка, коли життя сприймається легко, а отже є можливості саме в цьому віці закласти позитивну настанову й, відповідно, основу міцного здоров'я. До четвертого класу збільшується відсоток школярів як з високим, так і з низьким рівнем здоров'я з адекватною самооцінкою власного стану щастя (високий рівень здоров'я: 1 кл – 28,0%, 4 кл. – 47,9%; низький рівень: 1 кл. – 26,0%, 4 кл. – 44,5%). Відповідно, зменшується, порівняно з першим класом, відсоток дітей із завищеною самооцінкою (високий рівень здоров'я: 1 кл – 68,0%, 4 кл. – 47,2%; низький рівень: 1 кл. – 68,0%, 4 кл. – 46,2%). Разом з тим, зростає відсоток дітей з заниженою самооцінкою, до того ж серед четвертокласників з високим рівнем здоров'я таких майже вдвічі менше, ніж серед четвертокласників з низьким рівнем (високий рівень здоров'я – 4,9%, низький рівень – 9,2%). Це, у свою чергу, вказує на зростання рівня адекватності сприйняття власних емоційних переживань та взаємозалежність відчуття щастя школяра і рівня його здоров'я.

Як показали наведені нижче статистичні підрахунки тривожність корелює із здоров'ям і самооцінкою щастя молодшого школяра.

Дослідження та аналіз графічних характеристик дитячих малюнків виявили високий ступінь емоційної насиченості переживань стосовно запропонованої теми. Таким чином, для молодших школярів проблема здоров'я є актуальною, а, відповідно, саме цей віковий період може стати основою становлення його позитивної динаміки.

Отже, за результатами проведеного якісного аналізу емпіричних показників експериментального дослідження представлених у цьому параграфі, можна зробити наступні висновки.

Особливості ставлення молодших школярів до себе, передусім те, як оцінюють вони власне здоров'я та наскільки задоволені своїм життям, впливають на динаміку їх здоров'я. Саме тому, ставлення до себе можна розглядати як один із психофізіологічних чинників, що впливає на стан здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

Уявлення молодших школярів про чинники, які зумовлюють стан їх здоров'я, створюють основу для усвідомлення необхідності дотримання певних правил життя і поведінки, що сприятимуть зміцненню психофізичної складової їх здоров'я. Зокрема, стан здоров'я у розумінні дітей пов'язаний із впливом здорового харчування, навколишнього середовища, фізкультури і спорту, особистої гігієни, здорового способу життя, шкідливих звичок, медичною профілактикою, які й можна розглядати як сукупність психофізіологічних чинників збереження здоров'я, зокрема у дітей молодшого шкільного віку.

Разом з тим, діти молодшого шкільного віку мають доволі абстрактне уявлення про так звані шкідливі звички: потенційну шкоду алкоголю, наркотиків, куріння. Вони міркують образами, в яких "цигарки, випивка, наркотики" тощо можуть мати негативний вплив на здоров'я безвідносно до когось конкретного. Тому, у цьому віці необхідна профілактично-просвітницька робота з поясненнями наслідків впливу на здоров'я таких шкідливих звичок на конкретних візуальних і життєвих прикладах.

Для з'ясування особливостей взаємозв'язку здоров'я молодших школярів і їхнього ставлення до інших людей ми здійснили порівняльний аналіз особливостей ставлення молодших школярів з різними рівнями здоров'я до інших значущих для них суб'єктів спілкування. З цією метою була проведена методика "Два будинки" [41, с. 62-63].

Як показали результати дослідження, немає істотних відмінностей між показниками отриманими при роботі за допомогою цієї методики з молодшими школярами 1–4-х класів. Незначні наявні відмінності зумовлені ймовірно не різницею вікових характеристик першокласників та четвертокласників, а конкретною соціальною ситуацією в якій перебували досліджувані. Тому результати дослідження потребували, передусім, детального якісного аналізу. У таблиці 2. 10. відображені отримані результати дослідження.

Як показують результати дослідження, не всі молодші школярі "поселили" себе у гарний червоний будинок (див. табл. 2.10), що є свідченням негативного ставлення до себе певної кількості дітей. Таких дітей у групі з низьким рівнем здоров'я значно більше, ніж у групі з високим рівнем. Більшість дітей (як з високим, так і з низьким рівнем здоров'я) поселили у червоний будинок своїх батьків (високий рівень здоров'я – 95,7%, низький рівень – 86,6%). У цей будинок, також, потрапили дідусі і бабусі (високий рівень здоров'я – 69,5%, низький рівень – 70,5%) та брати і сестри (високий рівень здоров'я – 56,5%, низький рівень – 46,5%). Більше половини дітей позитивно ставляться до своїх учителів, оскільки більшість з них хотіли б разом "проживати" в одному будинку (високий рівень здоров'я – 73,9%, низький рівень – 61,4%). Потрапили до "гарного будиночку" друзі (високий рівень здоров'я – 47,7%, низький рівень – 38,5%) та інші родичі - дядьки та тітки (високий рівень здоров'я – 4,3%, низький рівень – 11,4%).

Порівняльний аналіз результатів дослідження показує, що серед молодших школярів з низьким рівнем здоров'я дещо більший відсоток тих, хто позитивно ставиться до дідусів і бабусь та до дядька з тіткою, порівняно з школярами з високим рівнем здоров'я. Щодо інших суб'єктів спілкування, то

відсоток школярів, які позитивно до них ставиться, значно більший у групі з високим рівнем здоров'я (порівняно з низьким).

Таблиця 2.10

Особливості ставлення молодших школярів з різними рівнями здоров'я до інших людей

Модальність ставлення	Суб'єкти взаємодії	Високий рівень здоров'я (%)	Низький рівень здоров'я (%)
Позитивна	Я (дитина)	95,7	86,6
	Батьки	95,5	82,6
	Брати і сестри	56,5	45,5
	Вчителі	73,9	61,4
	Дідусь і бабуся	69,5	70,5
	Друзі	47,7	38,5
	Дядько і тітка	4,3	11,4
Негативна	Я (дитина)	0	4,5
	Батьки (тато)	0	6,8
	Брати і сестри	4,3	9,8
	Вчителі	30,4	31,8
	Дідусь і бабуся	6,8	4,3
	Однокласники	61,4	95,7
	Дядько і тітка	4,3	2,3

Ще більш показовим є аналіз результатів "поселення" молодшими школярами людей у "чорний будиночок". Діти з високим рівнем здоров'я не поселяють туди себе і батьків, тоді як частина дітей з низьким рівнем здоров'я поселили і себе (4,5%) і батьків (6,8%). Ще більший відсоток дітей з низьким рівнем здоров'я поселила б туди братів та сестер (високий рівень здоров'я – 4,3%, низький рівень – 9,8).

Як було зазначено вище, до "чорного" будинку потрапила частина батьків. Якісний аналіз відповідей показав, що часто таке рішення приймають діти з неповних сімей, які проживають з одним з батьків (переважно з матір'ю) та мало або зовсім не спілкуються з іншим з батьків. Дещо особливою є робота Антона К. У жоден із будинків не потрапив ніхто з батьків. Хлопчик хоче "проживати" з друзями. Він не тільки написав, а й намалював малюнки, де зображені фігури з проявами агресії. Провівши бесіду з учителем та психологом школи, було встановлено, що Антон проживає в неповній сім'ї (відсутня мати), батько часто буває напідпитку, б'є хлопчика. Дитина часто

перебуває без нагляду, спілкується з однолітками або і з старшими від себе дітьми, що негативно впливає на поведінку учня та навчальну діяльність. Хлопчик знаходиться на обліку у соціальній службі.

Особливо істотними та статистично значущими є відмінності між ставленням молодших школярів з різним рівнем здоров'я до однокласників. Так, серед дітей з низьким рівнем здоров'я, порівняно з високим, майже на 20% більше тих, які поселили б у "поганий будинок" однокласників (високий рівень здоров'я – 61,4%, низький рівень – 95,7%). Як показують результати дослідження, саме однокласники та окремі учителі є тими суб'єктами спілкування, які викликають найбільш негативну й агресивну реакцію з боку молодших школярів як високого, так і низького рівнів здоров'я.

Щоб краще розкрити особливості ставлення молодших школярів до однокласників, ми провели якісний аналіз показової ситуації, коли 78,3% учнів "поселили" у чорний будинок свою однокласницю. Негативне ставлення до неї мають як хлопці, так і дівчата. Бесіда з учителем-класоводом підтвердила, що дівчинка майже не спілкується з однокласниками, не має друзів у класі, навчається посередньо, поведінку не порушує, має неповну сім'ю. В одному класі була виявлена подібна ситуація, де 96,6% учнів до "чорного" будинку "поселили" хлопчика. Діти не сприймають його із-за деяких проблем, які склалися у пізнавальній сфері (відстає у навчанні), дитина має проблеми зі здоров'ям (надмірна вага та плоскостопість).

Узагальнюючи наведені приклади, ми хотіли б додати, що у початковій школі ставлення учнів один до одного багато в чому визначається тим, яке ставлення до тих чи інших дітей демонструє учитель. І саме його підтримка "непопулярної" дитини могла б змінити ситуацію на краще, проте бачимо, що такого не відбувається. Окрім того, часто певна антипатія учителя до окремих учнів і провокує їх ізоляцію чи навіть "травлю" з боку інших дітей, що звичайно ж перетворює життя дитини на нестерпне і стає негативним чинником як фізичного, так психічного стану здоров'я дитини.

Аналізуючи ставлення молодших школярів до вчителів, хочемо навести приклад показової ситуації, яку ми виявили у процесі дослідження. Так,

провівши бесіду з учнями третього класу, було встановлено, що до "чорного" будинку більшість дітей "поселили" не вчителя-класовода, а викладача англійської мови. Як було встановлено у процесі наступного дослідження (відповідною методикою), він дотримується авторитарного стилю спілкування з учнями, що негативно впливає на його взаємини з ними.

Отже, проведений аналіз результатів дослідження, відображений у цьому параграфі, дозволяє зробити наступні висновки:

Особливості ставлення молодших школярів до інших людей та їхнє здоров'я явища взаємообумовлені. Серед дітей з низьким рівнем здоров'я (порівняно з високим) спостерігається більший відсоток дітей з агресивним ставленням до батьків, братів, сестер та однокласників.

Серед різноманіття ставлень молодших школярів до різних людей, з якими вони взаємодіють, найбільший вплив на динаміку здоров'я молодших школярів здійснюють особливості їх ставлення до однокласників.

2.2.3. Особливості впливу соціального середовища на здоров'я молодших школярів. Приступаючи до цього етапу дослідження, ми виходили з припущення, що показниками, які зумовлюють соціальне здоров'я дитини будуть певні особливостями її сімейної і шкільної взаємодії із значущими для неї суб'єктами спілкування. З метою вивчення особливостей сімейної взаємодії дітей різних рівнів здоров'я була використана проєктивна методика "Малюнок сім'ї".

Для виявлення особливостей сімейної ситуації досліджуваної дитини молодшого шкільного віку проєктивна методика є найбільш зручною, порівняно з опитувальниками та анкетами, більшість з яких розраховані для дітей старших вікових категорій та дорослих.

Запропонована методика допомагає виявити ставлення дитини до членів сім'ї, особливості сімейних стосунків, які викликають тривогу або конфлікти, показує, як дитина сприймає взаємини з іншими членами сім'ї і своє місце в родині.

На основі аналізу отриманих результатів дослідження, ми виділили п'ять симптомкомплексів за якими здійснювався аналіз особливостей сімейної взаємодії дитини. Також ми зробили якісний аналіз малюнків дітей з певними яскраво вираженими особливостями такої взаємодії.

Аналіз кількісних та якісних показників ми проводили за такими критеріями (характеристиками) (див таблицю 2.11).

1. Сприятлива-несприятлива сімейна ситуація.
2. Наявність чи відсутність тривожності.
3. Наявність чи відсутність конфліктних стосунків у сім'ї.
4. Наявність чи відсутність відчуття неповноцінності.
5. Наявність чи відсутність ворожості у ситуації сімейної взаємодії.

Проаналізувавши результати дослідження за симптомкомплексом *"сприятлива сімейна ситуація"*, ми виявили, що серед усіх дитячих малюнків не знайшлось жодного, на якому була б зображена згуртована сім'я зі з'єднаними руками, що є ознакою відсутності повного психологічного комфорту в сім'ї. Лише 13,0% дітей з високим рівнем здоров'я, та 9,5% з низьким рівнем, зобразили членів родини у спільній діяльності. Роз'єднаність членів сім'ї вказує на низький рівень емоційних зв'язків між ними. Насторожує те, що не всі діти намалювали родину у повному складі (відсутні батько чи мати, інколи відсутній сам автор малюнка).

Всіх членів сім'ї зобразили 91,3% молодших школярів з високим рівнем здоров'я і лише 66,6% дітей з низьким рівнем. На відсутність ворожості у родині вказують малюнки дітей, де зображені члени родини, які посміхаються. Тут маємо досить високі відсоткові показники у дітей з високим рівнем здоров'я 78,3%, та значно нижчі у дітей з низьким рівнем – 36,2%. Узагальнивши отримані дані можна констатувати, що сприятлива сімейна ситуація більше спостерігається на малюнках дітей з високим рівнем здоров'я, ніж у дітей з низьким рівнем (див. діаграму)

Таблиця 2.11

**Прояви симптомокомплексів сімейної взаємодії у молодших школярів
різних рівнів здоров'я**

Симптомо-комплекс	Симптом	Високий рівень здоров'я (%)	Низький рівень здоров'я (%)
Сприятлива сімейна ситуація	1. Спільна діяльність усіх членів сім'ї	13,0	9,5
	2. Переважання людей на малюнку	42,9	38,1
	3. Зображення всіх членів сім'ї	91,3	66,6
	4. Відсутність ізольованих членів сім'ї	78,3	57,1
	5. Відсутність штрихування	34,9	14,8
	6. Добра якість лінії	86,6	62,6
	7. Відсутність ворожості	78,3	36,2
	8. Адекватний розподіл людей на аркуші	49,5	52,8
Тривожність	1. Штрихування	32,4	53,4
	2. Лінія основи – підлога	21,8	21,7
	3. Лінія над малюнком	0	13,0
	4. Лінія із сильним натиском	40,1	57,8
	5. Стирання	37,6	52,8
	6. Перебільшена увага до деталей	30,6	47,4
	7. Перевага речей	13,0	13
	8. Подвійні чи уривчасті лінії	29,9	43,1
	9. Підкреслення окремих деталей	18,6	30,4
Конфліктність у сім'ї	1. Бар'єри між фігурами	4,9	14,3
	2. Стирання окремих фігур	12,9	14,0
	3. Відсутність основних частин тіла (фігури) автора	38,9	42,1
	4. Виділення окремих фігур	8,7	9,0
	5. Ізоляція окремих фігур	8,7	28,6
	6. Неадекватна величина окремих фігур	0	4,7
	7. Переважання речей	9,5	4,3
	8. Відсутність на малюнку деяких членів сім'ї	9,0	28,0
Почуття неповноцінності у сім'ї	1. Автор малюнку непропорційно маленький	19,0	30,4
	2. Розміщення фігур на нижній частині аркуша	28,6	34,8
	3. Лінія слабка, уривчаста	4,7	17,4
	4. Ізоляція автора від інших	13,8	24,3
	5. Маленькі фігури	38,1	39,1
	6. Відсутність автора	0	0
Ворожість у сімейних стосунках	1. Агресивна позиція фігури	5,5	12,5
	2. Закреслена фігура	14,9	8,7
	3. Деформована фігура	17,3	33,4
	4. Зворотний профіль	9,5	14,3
	4. Руки розкинуті вбоки	61,9	60,8
	5. Пальці довгі, підкреслені	23,8	26,1
6. Малювання зубів	0	0	

Проаналізуємо більш детально симптомокомплекс "тривожність" молодших школярів за дев'ятьма показниками. Незалежно від рівня здоров'я та регіону в якому проводилось дослідження, майже всі діти мають симптоми тривожності. Хоча, слід зауважити, що показники тривожності у дітей з високим рівнем здоров'я в цілому значно нижчі, ніж у дітей з низьким рівнем (див. діаграму). Так у молодших школярів з низьким рівнем здоров'я частіше зустрічаються малюнки із штрихуванням (високий рівень здоров'я – 32,4%, низький рівень – 53,4%), стиранням (високий рівень здоров'я – 37,6%, низький рівень – 52,8%), лініями з сильним натиском (високий рівень здоров'я – 40,1%, низький рівень – 57,8%), підкреслення окремих деталей (високий рівень здоров'я – 18,6%, низький рівень – 30,4%). Аналіз результатів дослідження дозволяє зробити висновок, що сім'я є суттєвим чинником тривожності дитини, що в свою чергу впливає на її здоров'я.

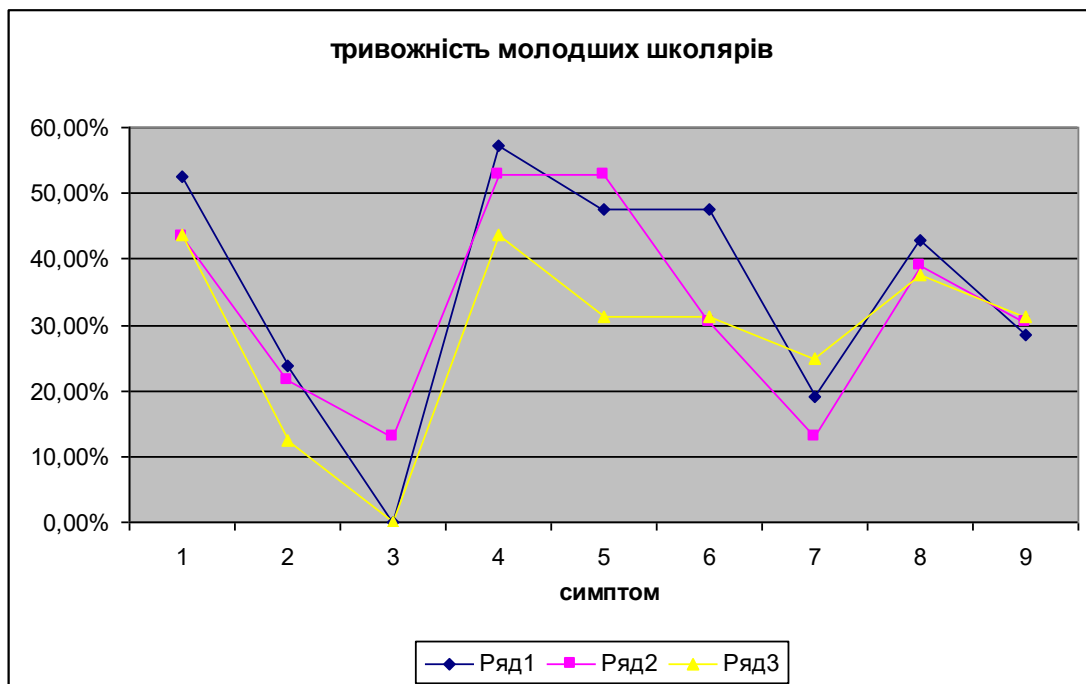


Рис. 2.1. Порівняльні показники тривожності у дітей з низьким та високим рівнем здоров'я (у%)

Щодо проявів симптомокомплексу "конфліктність" у сім'ях дітей з різним рівнем здоров'я, то з повною впевненістю можна сказати, що негативні симптоми, які визначають цю ситуацію сімейної взаємодії більше проявляються

у дітей з низьким рівнем здоров'я. Так, серед дітей цієї групи, порівняно з групою дітей з високим рівнем здоров'я, значно більше малюнків де можна спостерігати бар'єри між фігурами (високий рівень здоров'я – 4,9%, низький рівень – 14,3%), відсутність основних частин тіла (фігури) автора (високий рівень здоров'я – 38,9%, низький рівень – 42,1%), ізоляцію окремих фігур (високий рівень здоров'я – 8,7%, низький рівень – 28,6%), відсутність на малюнку деяких членів сім'ї (високий рівень здоров'я – 9,0%, низький рівень – 28,7%).

Серед дітей з низьким рівнем здоров'я, порівняно з високим значно більший відсоток тих, у кого діагностуються високі показники за симптомокомплексом *"почуття неповноцінності у сім'ї"* (див. табл. 2.11). На малюнках цих дітей зображений непропорційно маленький автор малюнку (високий рівень здоров'я – 19,0%, низький рівень – 30,4%). Саме зображення розміщується на нижній частині аркушу (високий рівень здоров'я – 28,6%, низький рівень – 34,8%), спостерігається слабка уривчаста лінія (високий рівень здоров'я – 4,7%, низький рівень – 17,4%) та ізоляція автора від інших (високий рівень здоров'я – 13,8%, низький рівень – 24,3%).

Істотні відмінності спостерігаються у дітей різних рівнів здоров'я за показниками симптомокомплексу *"ворожість у сімейних стосунках"*. На ці відмінності вказують кількісні результати дослідження представлені у табл. 2.11. Так, серед дітей з низьким рівнем здоров'я, порівняно з дітьми з високим рівнем, частіше зустрічаються малюнки, на яких зображена агресивна позиція фігури (високий рівень здоров'я – 5,5%, низький рівень – 12,5%), деформовані фігури (високий рівень здоров'я – 17,3%, низький рівень – 33,4%), частина дітей малюють зворотній профіль (високий рівень здоров'я – 9,59%, низький рівень – 14,3%). Отже, можна зробити висновок, що стан здоров'я дитини і ворожість сімейної ситуації значною мірою явища взаємообумовлені.

Зупинимося на якісному аналізі та характеристиці малюнків дітей у найбільш показових випадках.

Проаналізуємо кілька малюнків дітей з різних груп здоров'я. Робота Юлії М., яка потрапила у групу дітей з високим рівнем здоров'я, відзначається старанністю. У дівчинки розвинена уява, творча її спрямованість, позитивне ставлення до членів родини. (Див. Додаток К1). Про сприятливу сімейну ситуацію свідчить зображення всіх членів сім'ї, відсутність ізольованих членів родини, відсутність штрихування, добра якість лінії, відсутність ворожості, адекватний розподіл людей на аркуші. Дитина має повну сім'ю, яка забезпечує їй емоційний комфорт. Проте, у цій ситуації, спостерігається викривлення реального складу сім'ї (дівчинка малює сестричку, якої немає). Це вказує на певний внутрішній емоційний конфлікт, певне невдоволення сімейною ситуацією - одна дитина у сім'ї. Бажання збільшення складу сім'ї (щоб була сестричка Ліля), ймовірно, пов'язане з незадоволеними психологічними потребами у більш близькому сімейному спілкуванні. Зображення маленької дівчинки вказує на незадоволені афіліативні потреби, бажання зайняти охоронну, батьківську, керівну позицію стосовно іншої дитини.

Розглянемо малюнок Максима Л., який перебуває у групі дітей з низьким рівнем здоров'я. Його малюнок вирізняється з-поміж інших тим, що на ньому не зображено матері хлопчика (див. Додаток К 2). Всі члени родини роз'єднані. На тривожність дитини вказує штриховка, лінія основи – підлога, підкреслення окремих деталей. Батько намальований чорним олівцем, хоча були олівці різних кольорів. На малюнку відсутні пальці рук, що вказує на недостаток спілкування. Малий брат зображений у візочку на досить далекій дистанції. Провівши бесіду з дитиною, дізнались, що батьки не живуть разом, мати з немовлям проживає окремо, батько не дозволяє хлопчику часто спілкуватись з нею. Хлопчик дуже сумує за меншим братом. Ми провели бесіду з батьком хлопчика, в якій обґрунтовано аргументували, що спілкування з матір'ю та братом необхідне дитині. Ситуація в сім'ї дещо стабілізувалась.

Розглянемо роботу Дмитра Ц. (див. Додаток К 3), який також є представником групи дітей з низьким рівнем здоров'я. Хлопчик намалював членів сім'ї в обмеженому просторі (автомобіль). Це спроба дитини об'єднати,

згуртувати сім'ю. Проте, учень групує членів родини, виділяючи психологічні мікроструктури сім'ї, коаліції. Він відокремив брата від інших. Провівши бесіду із хлопчиком, дізнались, що у нього досить напружені стосунки із старшим братом-підлітком, тому, ізолювавши його, він вказав на негативне ставлення до нього. Поділ малюнка на дві комірки, вказує на слабкість позитивних міжперсональних зв'язків. На тривожність хлопчика вказує штрихування, підкреслення окремих деталей.

Отже, провівши проєктивну методіку, ми переконуємося, що роль сім'ї у формуванні соціально здорової особистості досить вагома, на етапі молодшого шкільного віку одна з найсуттєвіших. Родина залишається тією цінністю, що створює (чи навпаки при негативних характеристиках ускладнює) для людини відносно незалежне від соціальних катаклізмів середовище, атмосферу психологічної захищеності (незахищеності). Відповідно, сім'я виступає значущим психологічним чинником збереження здоров'я людини, передусім, на ранніх етапах онтогенезу, зокрема у молодшому шкільному віці.

Як показав аналіз результатів попередніх етапів дослідження, також, учитель займає чільне місце у житті молодших школярів. Тому наступне наше дослідження стосувалося особливостей впливу учителя як першого "соціального авторитету і зразка" на здоров'я дитини. З метою вивчення особливостей впливу індивідуальних характеристики самого вчителя, зокрема його емпатійності, на соціальне здоров'я молодшого школяра був використаний адаптований варіант опитувальника *"Оцінка емпатійності керівника"* (Автор Потапчук Є.М.) [127, с.313-314]. Здійснений кореляційний і факторний аналіз, який висвітлений у наступному параграфі дисертаційного дослідження вказує на існування взаємозв'язку між рівнем емпатійності вчителя та особливостями здоров'я його учнів. Особливості та рівень розвиненості емпатійності вчителя дає можливість прогнозувати, до яких саме емоційних станів можуть привести ті чи інші дії вчителя, його поведінка в цілому та будувати навчально-виховний процес з урахуванням цього важливого психологічного чинника збереження здоров'я учнів.

Узагальнюючи результати дослідження, подані вище, є підстави стверджувати: особливості сімейної взаємодії дитини такі як: сприятлива-несприятлива сімейна ситуація, тривожність та її вираженість, конфліктність-безконфліктність та ворожість чи її відсутність у сім'ї, почуття повноцінності-неповноцінності зумовлюють визначальний вплив на здоров'я молодших школярів і, за умов позитивних впливів, виступають психологічними чинниками його збереження.

2.2.4. Особливості впливу індивідуально-типологічних характеристик молодших школярів на їх здоров'я. Приступаючи до цього етапу дослідження ми виходили з припущення, що не тільки такі психологічні чинники як особливості соціальної взаємодії молодших школярів, а й індивідуально-типологічні особливості учнів будуть здійснювати вплив на збереження їх здоров'я. Адже нехтування закономірностями розвитку особистості, умовами підтримання психофізіологічної та психологічної рівноваги її організму, ритмами, притаманними їй відповідно до вікових та індивідуальних особливостей, призводить до втрати нею здоров'я.

На сьогодні актуальною залишається проблема взаємозалежності темпераменту та здоров'я дітей молодшого шкільного віку. Особливо ця проблема гостро постає зараз, коли постійно оновлюється і ускладнюється зміст навчання, збільшується обсяг інформації, який необхідно опрацювати. Саме тому цей етап дослідження був присвячений вивченню особливостей впливу темпераменту дитини на успішність навчальної діяльності, рівень тривожності і, як наслідок, на здоров'я молодших школярів. Ще однією з істотних індивідуальних характеристик, яка здійснює вплив на динаміку здоров'я дитини, за нашим припущенням, є особливості її локусу контролю. Саме вивченню особливостей локусу контролю у сфері навчальних невдач дітей з різним рівнем здоров'я була присвячена друга частина цього етапу дослідження [50, с. 10].

З метою вивчення особливостей темпераменту молодших школярів був використаний тест-опитувальник "Коло" Г. Айзенка [167, с.50-53]. При опрацюванні отриманих даних, ми виділили та проаналізували чотири основні та три проміжні комбінації типів темпераменту досліджуваних: холерик; холерико-сангвінік; сангвінік; сангвініко-флегматик; флегматик; флегматико-меланхолік; меланхолік.

Таблиця 2.12

Типи темпераментів молодших школярів (у%)

Тип темпераменту	м. Київ	м. Ніжин	Сільська місцевість
Холерик	3,45	4,08	0
Холерично-сангвінічний	24,13	10,2	20
Сангвінік	31,03	18,36	5
Сангвінічно-флегматичний	27,58	28,57	25
Флегматик	6,89	28,57	35
Флегматично-меланхолічний	6,89	8,16	15
Меланхолік	0	2,04	0

Результати дослідження ми порівняли з іншими, раніше отриманими показниками, такими як: успішність, шкільна тривожність, самооцінка здоров'я, щастя, шкільна мотивація, а також провели аналіз взаємозв'язку цих показників із станом здоров'я дитини і прийшли до таких висновків. Виявлені значущі зв'язки між типом нервової системи (сильний/слабкий) та показниками рівнів шкільної тривожності, самооцінки здоров'я, щастя за допомогою критерію *Фішера ϕ* представлено у табл. 2.13.

Таким чином, молодші школярі із слабким типом нервової системи більше, ніж їх ровесники із сильним типом нервової системи переживають підвищений страх соціальної взаємодії з учителями, а також їм властивий більший страх низького фізіологічного опору.

Таблиця 2.13

Емпіричні значення ϕ дослідження особливостей залежності типу нервової системи (сильний/слабкий) та наявним рівнем шкільної тривожності і самооцінки характеру, самооцінки щастя. (n=184)

Показники	$\phi_{\text{емп}}$	p
Сильний/слабкий тип нервової системи – страх соціальних контактів з учителями	2,52	$\leq 0,01$
Сильний/слабкий тип нервової системи – низький фізіологічний опір	2,77	$\leq 0,01$
Слабкий/сильний тип нервової системи – неадекватна самооцінка щастя	1,89	$\leq 0,05$
Сильний/слабкий тип нервової системи – неадекватна самооцінка характеру	2,70	$\leq 0,01$

Щодо залежностей типу нервової системи молодшого школяра та його самооцінки характеру та щастя, то молодші школярі із слабким типом нервової системи частіше виявляють неадекватну самооцінку щастя (занижену або завищену), аніж їх ровесники із сильним типом нервової системи.

Високий рівень пізнавальної мотивації мають переважно молодші школярі із сильним типом нервової системи. Не виявлено досліджуваних зі слабким типом нервової системи, яких би характеризував високий рівень пізнавальної мотивації. (див. табл. 2.14).

Таблиця 2.14

Емпіричні значення ϕ дослідження особливостей залежності типу нервової системи (сильний/слабкий) та наявним рівнем шкільної мотивації (n=184)

Показники	$\phi_{\text{емп}}$	p
Сильний/слабкий тип нервової системи – високий рівень пізнавальної мотивації	3,21	$\leq 0,01$

Діти із сильним, урівноваженим типом нервової системи, до яких відносяться діти з холерично-сангвінічним, сангвінічно-флегматичним типом темпераменту та сангвініки (урівноважений рухливий тип нервової системи), характеризуються підвищеною активністю, високим рівнем працездатності.

Розглянемо конкретні приклади проявів особливостей темпераменту дітей з різних груп здоров'я. Так, у Андрія Д. з високим рівнем здоров'я холерично-сангвінічний тип темпераменту. Учень має середній рівень тривожності. Учитель характеризує його як активного, ініціативного учня, що може тривалий час інтенсивно працювати. Якщо він отримує низький бал, то намагається якнайшвидше покращити оцінку, підіймає руку, більш досконало готує домашнє завдання. Адекватно оцінює свої можливості. Хлопчик має повну сім'ю, батьки характеризують його як активного, відповідального, він часто допомагає по господарству, проявляє ініціативу. Невдачі не засмучують його, а навпаки – стимулюють до роботи. У класі хлопчика люблять та поважають, бо він чуйний і завжди прийде на допомогу. Середній бал успішності – 11,2.

Серед дітей з низьким рівнем здоров'я частіше зустрічаються представники меланхолічного типу (2,04%). Ці діти чутливі навіть до слабких подразників, а сильний подразник може спровокувати розгубленість, тому у стресових ситуаціях (контрольна робота, відповідь біля дошки, змагання) погіршують результати діяльності "меланхоліка" порівняно зі спокійною звичною ситуацією.

Діти з флегматично-меланхолічним типом темпераменту (10,02%) характеризуються високим рівнем емоційної дезадаптації та тривожності. Для порівняння ми наведемо характеристику на Павла К. Учитель характеризує його як тривожну, образливу дитину. На уроках поводитьься спокійно, рідко підіймає руку, не прагне покращити оцінки. Настрій домінує сумний. Відповідає на уроках невпевнено, затинаючись, навіть, якщо ретельно підготував домашнє завдання. Свої здібності і знання оцінює низько. Якщо під час виконання навчального завдання зустрічаються труднощі, він губиться, не доводить роботу до кінця, чекає, коли підійде вчитель. Боїться відповідати біля дошки, червоніє, нервує. Хлопчик має повну сім'ю, батьки характеризують його як старанного, відповідального сина, хоча інколи відмовляється іти до школи. Через помилки легко засмучується. Серед однокласників має кілька друзів. Середній бал успішності – 7,1.

Наступним завданням дослідження було вивчення особливостей розвитку локусу контролю у сфері навчальних невдач молодших школярів з різним

рівнем здоров'я. Ми взяли саме цю сферу, тому, що навчально-пізнавальна діяльність є провідною для молодшого школяра і все, що пов'язано з нею надзвичайно важливо для молодшого школяра. Перед молодшими школярами ставилося завдання назвати причини власних навчальних невдач, коли такі виникають. Аналіз відповідей учнів, у яких вони пояснюють причини своїх невдач у навчальній діяльності, дозволив виділити дві категорії таких причин:

1) зовнішні причини (школярі приписують відповідальність за результати своєї діяльності зовнішнім обставинам: заважають друзі, задають дуже багато завдань, вчитель мене не любить тощо);

2) внутрішні причини (школярі приписують відповідальність за результати своєї діяльності власній особистості: не підготувався до уроку, занадто лінивий, не встигаю виконати всі завдання і т.д.);

Окрім того були виявлені учні, які не усвідомлювали причин своїх навчальних невдач. Аналіз результатів дослідження показав, що від 1-го до 4-го класу спостерігаються зміни у співвідношенні названих молодшими школярами зовнішніх і внутрішніх причин їх навчальних невдач та відбувається підвищення рівня усвідомленості ними цих причин (див. табл. 2.15).

Таблиця 2.15

Динаміка співвідношення причин навчальних невдач молодших школярів з різними рівнями здоров'я (у%)

Клас	Рівні здоров'я	Внутрішні причини	Зовнішні причини	Не можуть визначитися із причинами
1	високий	35,0	55,0	10,0
	низький	31,0	57,0	12,0
2	високий	45,0	47,0	8,0
	низький	39,0	50,2	10,8
3	високий	56,0	42,0	2,0
	низький	40,0	53,0	7,0
4	високий	65,0	35,0	-
	низький	45,5	52,5	2,0

Окрім того, ці зміни у школярів з різним рівнем здоров'я мають свою специфіку.

Так, першокласники з високим рівнем здоров'я найчастіше серед своїх невдач у навчальній діяльності називають зовнішні причини – 55,0%, й лише 35,0% дітей – внутрішні причини, 10,0% дітей не можуть визначитися.

У другокласників з високим рівнем здоров'я, порівняно з першим класом, зростає кількість дітей, які називають внутрішні причини своїх навчальних невдач, однак ієрархія названих школярами причин власних навчальних невдач залишається такою ж – перше місце посідають зовнішні причини (47,0%), друге – внутрішні (45,0%). Залишається значна кількість дітей, які не усвідомлюють причин своїх навчальних невдач (8,0%).

У третьокласників з високим рівнем здоров'я змінюється, порівняно з попередніми класами, ієрархія названих ними причин навчальних невдач, зростає кількість школярів, котрі називають внутрішні причини. Так, посилення на внутрішні причини стає домінуючим – 56,0%, (зовнішні причини – 42,0%). Разом з тим зменшується кількість дітей, які не усвідомлюють причин цих невдач (2,0%).

У четвертокласників з високим рівнем здоров'я зберігається така ж ієрархія названих ними причин навчальних невдач, як і в третьому класі. Продовжує зростати відсоток школярів, які називають внутрішні причини своїх навчальних невдач – 65,0%, та зменшується відсоток тих, які вказують на зовнішні причини – 35,0%. Разом з тим, спостерігається відсутність дітей, які не усвідомлюють причин цих невдач.

Отже, серед школярів з високим рівнем здоров'я від 1-го до 4-го класів збільшується відсоток дітей, які називають внутрішні причини (1кл. – 35,0%, 4кл. – 65,0% ($p < 0,01$)), і зменшується відсоток дітей, котрі називають зовнішні причини власних навчальних невдач (1кл. – 55,0%, 4кл. – 35,0% ($p < 0,01$)). У 3-му і 4-му класах посилення на внутрішні причини стає домінуючим. Разом з тим, до закінчення початкової школи серед дітей з цієї групи здоров'я, відсутні такі, які не усвідомлюють причин власних навчальних невдач. Все це дає підстави стверджувати, що від 1-го до 4-го класів у школярів з високим рівнем

здоров'я зростає рівень суб'єктивного контролю: відбувається інтенсивне становлення інтернальних тенденцій у сфері навчальних невдач, зростає рівень усвідомлення причин цих невдач.

Перейдемо до аналізу особливостей становлення локусу контролю у сфері навчальних невдач молодших школярів з низьким рівнем здоров'я.

Так, першокласники з низьким рівнем здоров'я найчастіше серед своїх невдач в навчальній діяльності називають зовнішні причини – 57,0%, лише 31,0% дітей – внутрішні причини і 12,0% дітей не можуть визначитися із причинами.

У другокласників з низьким рівнем здоров'я, порівняно з першокласниками, ієрархія посилок на причини своїх навчальних невдач не змінюється. Однак, відсоток дітей, котрі називають зовнішні причини зменшується, водночас збільшується кількість тих, які заявляють про внутрішні причини своїх навчальних невдач. Разом з тим, залишається майже незмінною кількість школярів, які не усвідомлюють причини власних навчальних невдач (21,2%).

У третьому та четвертому класах серед школярів з низьким рівнем здоров'я спостерігаються ті самі тенденції, що і в попередніх класах: домінуючими є посилок на зовнішні причини навчальних невдач, а відсоток школярів, що вказують на внутрішні причини, порівняно з 1-им класом, до четвертого класу дещо зменшується (1 кл. – 57,0%, 4 кл. – 52,5%) та зростає кількість тих, які вказують на внутрішні причини (1 кл. – 31,0%, 4 кл. – 45,5%). Разом з тим, більше, ніж у 5 разів, зменшується відсоток учнів, які не усвідомлюють причини власних навчальних невдач.

Отже, школярі усіх класів початкової школи, з низьким рівнем здоров'я, посилаються на зовнішні причини навчальних невдач як на домінуючі. Однак від 1-го до 4-го класу серед школярів зменшується відсоток тих, хто не усвідомлює причини власних навчальних невдач та зростає відсоток тих, хто вказує на внутрішні причини своїх навчальних невдач. Це є свідченням зростання від 1-го до 4-го класу рівня суб'єктивного контролю у сфері навчальних невдач у школярів з низьким рівнем здоров'я, хоча екстернальні тенденції у таких школярів залишаються домінуючими.

Наступна ланка аналізу експериментальних даних передбачала здійснення порівняння особливостей становлення локусу контролю у сфері навчальних невдач у школярів з різним рівнем здоров'я. У результаті порівняння було з'ясовано, що у першокласників як з високим, так і з низьким рівнем домінують екстернальні тенденції.

У другокласників спостерігається така ж тенденція. Водночас у школярів з високим рівнем здоров'я, порівняно з учнями з низьким рівнем, більше тих, хто називав внутрішні причини власних навчальних невдач, і менше тих, хто не усвідомлював причин цих невдач.

У третьокласників з високим рівнем здоров'я відбувається зміна у співвідношенні регулятивних тенденцій: серед вказаних школярами причин своїх навчальних невдач домінуючими стають внутрішні причини, тоді як у другокласників з низьким рівнем переважають зовнішні причини цих невдач. Ця тенденція спостерігається і в четвертому класі.

До того ж у четвертокласників зростає різниця між відсотком дітей з різних груп здоров'я, які називають внутрішні причини власних навчальних невдач (високий рівень здоров'я – 65,0%, низький рівень – 45,5%). Про достовірність різниці між внутрішніми причинами у групі з високим і низьким рівнем свідчить значення t-критерія Стюдента ($p < 0,001$). Школярів, які не усвідомлюють причини власних навчальних невдач, серед третьокласників та четвертокласників з високим рівнем здоров'я стає відповідно у три та у два разів менше, ніж серед таких з низьким рівнем.

Отже, отримані результати дають можливість стверджувати, що здоров'я молодших школярів залежить від особливостей їх нервової системи та рівня розвитку суб'єктивного контролю у сфері навчальних невдач, а відповідно усвідомленості самих себе як таких, що відповідають за власне здоров'я. Зокрема, такий психофізіологічний чинник, як особливості нервової системи впливають на рівень переживання молодшими школярами шкільної тривожності та рівень шкільної мотивації, що корелюють з рівнем їх здоров'я.

У молодших школярів з високим рівнем здоров'я від 1-го до 4-го класу відбувається конструктивний розвиток у динаміці локусу контролю, що виявляється в інтенсивному становленні інтернальних тенденцій (у сфері навчальних невдач), які у 3-му і 4-му класах стають домінуючими, а у молодших школярів з низьким рівнем здоров'я переважають екстернальні тенденції.

2.3. Ієрархія психологічних чинників впливу на збереження здоров'я молодших школярів на різних етапах їх навчання в початковій школі

Завданням цього етапу дослідження було визначення ієрархічної взаємодії психологічних чинників, що впливають на здоров'я молодших школярів на різних етапах їх навчання у початковій школі.

У результаті проведеного факторного аналізу було виділено основні фактори, які об'єднують у собі найбільш значущі показники, що визначають особливості ієрархічного впливу психологічних чинників на динаміку здоров'я молодших школярів, а також встановлено співвідношення цих факторів на різних етапах навчання молодших школярів у початковій школі.

Аналіз структури першого фактора та змістових характеристик показників, що його утворюють, дозволив кваліфікувати його як *"Особливості соціального благополуччя учнів"*. Значущі навантаження в цьому факторі отримали такі показники: конфліктність в сім'ї, ворожість у сімейній ситуації, рівень емпатійності вчителя, рівень страху соціального контакту з ровесниками, рівень страху соціального контакту з учителем.

Високі показники навантаження в другому факторі – *"Особливості ставлення учнів до інших людей"* мають рівень агресивності та конфліктність.

Високі показники факторного навантаження у третьому факторі отримали: рівень шкільної мотивації, задоволеність (незадоволеність) результатами навчання, рівень шкільної тривожності, рівень страху перевірки знань. Тому цей фактор визначено як *"Особливості ставлення учнів до навчальної діяльності"*.

Четвертий фактор – *"Особливості ставлення учнів до себе"* – об'єднав такі найбільш значущі показники: рівень самооцінки щастя, рівень страху самовираження, рівень самооцінки власного здоров'я.

П'ятий фактор *"Індивідуально-типологічні особливості учнів"* включає такі показники: рівень фізіологічного опору шкільним страхам, сила нервової системи, емоційна стабільність (нестабільність), особливості локусу контролю.

Одним із завдань дослідження було вивчення динаміки ієрархії факторів, що зумовлюють особливості здоров'я молодших школярів впродовж їх навчання в початковій школі. У результаті порівняльного аналізу було виявлено істотні відмінності в пріоритетності цих факторів на різних етапах навчання школярів у початковій школі, а також факторному навантаженні чинників, що наповнюють зазначені фактори (див. додаток Е).

Так, у 1-му класі перше місце займає фактор *"Соціальне благополуччя учнів"*. Найбільше факторне навантаження отримав показник сприятливої сімейної ситуації (0,890) та конфліктність у сім'ї (0,868), а також страх соціального контакту з учителем (0,862). Це підтверджує наш попередній висновок, що у 1-му класі специфіка взаємин школярів з іншими людьми в процесі навчальної взаємодії (особливо, взаємини з учителем) впливає на особливості їх здоров'я. Отже, у першокласників особливості здоров'я найчастіше визначаються специфікою їх взаємин з батьками та вчителем.

На другому місці у 1-му класі перебуває фактор *"Особливості ставлення учнів до навчальної діяльності"*. Найбільше факторне навантаження отримали показники: рівень страху перевірки знань (0,932), задоволеність результатами навчання (0,840), рівень шкільної тривожності (0,813) та шкільної мотивації (0,632). Отже, неблагополуччя дитини в навчальній діяльності призводить до появи тривоги і невпевненості в собі, що впливає на здоров'я в цілому.

Третє місце у 1-му класі посідає фактор *"Індивідуально-типологічні особливості учнів"*, де найбільше факторне навантаження отримали емоційна стабільність (нестабільність) (0,862), сила нервової системи (0,769), рівень фізіологічного опору шкільним страхам (0,656).

Четверте місце посідає фактор *"Особливості ставлення учнів до інших людей"*, де найбільше факторне навантаження отримали рівень конфліктності (0.469) і рівень агресивності (0.456).

На останньому місці у 1-му класі перебуває фактор *"Особливості ставлення учнів до себе"*. Найбільше факторне навантаження тут отримали: рівень страху самовираження (0.555), рівень самооцінки власного здоров'я (0.488) і рівень самооцінки щастя (0.408). Отже, у 1-му класі здоров'я школярів найменше визначається особливостями їх ставлення до себе.

У 2-му класі зберігається така ж ієрархія чинників, що і в першому класі, лише змінюється їх наповнення і навантаження показників.

Так у факторі *"Соціальне благополуччя учнів"*, який також у 2-му класі займає перше місце, порівняно з 1-м класом, зростає значущість показника рівень страху соціального контакту з ровесниками (0.768) та дещо зростає значущість показника рівень страху соціального контакту з учителем (0,840). Отже, у 2-му класі зростає вплив особливостей взаємодії школярів з однокласниками на динаміку їх здоров'я.

На другому місці у 2-му класі перебуває фактор *"Особливості ставлення учнів до навчальної діяльності"*, де найбільш значущими є показники: рівень шкільної мотивації (0.782), задоволеність результатами навчання (0.612), рівень шкільної тривожності (0,610) та рівень страху перевірки знань (0.582). Порівняно з першим класом, зменшується факторне навантаження таких показників, як рівень страху перевірки знань та задоволеності результатами навчання. Разом з тим, зростає значущість показника рівень шкільної мотивації. Для учнів другого класу менш значущою в породженні емоційних переживань стає шкільна оцінка, й поступово акценти зміщуються на власне навчальну діяльність. Успіхи або невдачі школярів у цій діяльності викликають сильні емоції, які здатні вплинути на особливості їх здоров'я.

На третьому місці у 2-му класі, як і в 1-му, знаходиться фактор *"Індивідуально-типологічні особливості учнів"*, де зростає факторне навантаження таких показників: рівень фізіологічного опору шкільним страхам (0.827) та рівень локусу контролю (0.602).

На четвертому місці перебуває фактор *"Особливості ставлення учнів до інших"* де, порівняно з першим класом, зростає значущість показника рівень конфліктності (0,573).

На останньому місці у 2-му класі, як і в першому, перебуває фактор *"Особливості ставлення учнів до себе"*, де зростає факторне навантаження таких показників: рівень страху самовираження (0,757), рівень самооцінки власного здоров'я (0,500), рівень самооцінки щастя (0,445).

У 3-му класі змінюється ієрархія факторів, що визначають здоров'я молодших школярів. Перші три позиції займають ті ж фактори, що і на попередніх етапах навчання молодших школярів: перше місце – *"Особливості соціального благополуччя учнів"*, друге – *"Особливості ставлення учнів до навчальної діяльності"*, третє – *"Індивідуально-типологічні особливості учнів"*.

Інші позиції змінюються. Так, із четвертого місця у другокласників, фактор *"Особливості ставлення учнів до інших"* переходить у третьокласників на останнє п'яте місце, а фактор *"Особливості ставлення учнів до себе"* із останнього – на четверте.

Така ж ієрархія факторів зберігається і в четвертому класі, що є свідченням стабільності даної тенденції та вказує на те, що хоча на перших двох етапах навчання молодших школярів їх здоров'я найменше визначалося специфікою цього фактору, вплив зазначеної системи на цей процес з кожним роком зростає.

Разом з тим, у 3-му і 4-му класах у факторі *"Особливості соціального благополуччя учнів"* продовжує зростати значущість показників конфліктність у сім'ї (3 кл. – 0,872, 4 кл. – 0,930), сприятлива сімейна ситуація (3 кл. – 0,921, 4 кл. – 0,932) та рівень страху соціальних контактів з ровесниками (3 кл. – 0,838, 4 кл. – 0,839). Водночас, зменшується значущість показника рівень страху соціальних контактів з учителем (3 кл. – 0,738, 4 кл. – 0,667).

У факторі, який перебуває у 3-му та 4-му класах на другому місці, зростає факторне навантаження показника рівня шкільної мотивації (3 кл. – 0,912, 4 кл. – 0,932) та зменшується - рівня страху перевірки знань (3 кл. –

0,460, 4 кл. – 0,458) і задоволеності результатами навчання (3 кл. – 0,541, 4 кл. – 0,542). Отже, від 1-го до 3-го класу простежується стабільна тенденція зниження значущості впливу шкільної оцінки на здоров'я молодших школярів.

У факторі *"Індивідуально-типологічні особливості учнів"*, який перебуває у 3-му та 4-му класах на третьому місці, зростає значущість показників сила нервової системи (3 кл. – 0,767, 4 кл. – 0,780) та рівня локусу контролю (3 кл. – 0,708, 4 кл. – 0,740).

На четверте місце у 3-му класі (з останнього у 1-му та 2-му) переходить фактор *"Особливості ставлення учнів до себе"*, який зберігає ці позиції і в 4-му класі. У цьому факторі зростає значущість показників рівня страху самовираження (3 кл. – 0,654, 4 кл. – 0,757) та рівня самооцінки щастя (3 кл. – 0,402, 4 кл. – 0,445).

Останнє місце як у 3-му, так і 4-му класах посідає фактор *"Особливості ставлення учнів до інших"*, де спостерігається зростання значущості показників рівня агресивності (3 кл. – 0,424, 4 кл. – 0,654) та конфліктності (3 кл. – 0,527, 4 кл. – 0,540).

Отже, проведений порівняльний аналіз дозволяє стверджувати, що фактор *"Особливості соціального благополуччя учнів"* у всіх класах початкової школи є домінуючим у визначенні динаміки здоров'я молодших школярів. На другому місці у молодших школярів за силою впливу на здоров'я дитини перебуває фактор *"Особливості ставлення учнів до навчальної діяльності"*. Саме емоційні переживання викликані навчально-пізнавальною діяльністю, яка є провідною на даному етапі розвитку, зумовлюють позитивні, або негативні тенденції становлення здоров'я учнів початкової школи.

На третьому місці у молодших школярів перебуває фактор *"Індивідуально-типологічні особливості учнів"*. Специфіка вроджених особливостей її нервової системи та індивідуальність її психологічного складу теж посідають значуще місце у визначенні динаміки здоров'я молодшого школяра. Водночас, від першого до четвертого класу зростає значущість впливу

особливостей ставлення дитини до себе на динаміку її здоров'я. Цей чинник у 3-му та 4-му класах посідає четверте рангове місце.

Отже, поступово сама дитина починає здійснювати серйозну корекцію свого здоров'я. І останнє місце у 3-му та 4-му класах займає чинник **"Особливості ставлення учнів до інших"**.

Наступна лінія аналізу передбачала вивчення зміни значущості показників, на які припало найбільше факторне навантаження, протягом навчання учнів у початковій школі (див. табл. 2.16).

Як видно з наведеної факторної матриці, у факторі **"Особливості соціального благополуччя учнів"** від 1-го до 4-го класів зростає значущість таких показників: конфліктність сім'ї (1 кл. – 0,868, 4 кл. – 0,930), сприятлива сімейна ситуація (1 кл. – 0,890, 4 кл. – 0,932) рівень страху соціальних контактів з ровесниками (1 кл. – 0,308, 4 кл. – 0,836). Разом з тим, зменшується значущість показника рівень страху соціальних контактів з учителем (1 кл. – 0,862, 4 кл. – 0,667).

Нижче представляємо факторну матрицю, отриману в результаті процедури Warimax-rotated із показниками, які мали найбільше факторне навантаження.

Отже, у 1-му класі найбільш значущі показники, які визначають соціальне благополуччя дитини, відображають особливості їхніх взаємин з батьками. Значущість цих показників до закінчення початкової школи не зменшуються. Не менш значущим є показник, який відображає особливості взаємин дитини з учителем, однак вплив цього показника до четвертого класу значно зменшується. Разом з тим, зростає вплив переживань молодших школярів, зумовлених їхніми взаєминами з однокласниками, на динаміку їх здоров'я. Хоча цей вплив у 1-му класі незначний, проте він зростає від класу до класу, і вже в 3-му класі рівень страхів, викликаний соціальними контактами з ровесниками, значною мірою визначає здоров'я дитини.

Таблиця 2.16

**Факторна матриця динаміки чинників впливу на здоров'я молодших
школярів від 1 до 4 кл.**

Фактор "Особливості соціального благополуччя учнів"				
Чинники впливу на здоров'я молодших школярів (змістова наповнюваність фактора)	Кількісні показники факторного навантаження			
	<i>1 кл.</i>	<i>2 кл.</i>	<i>3 кл.</i>	<i>4 кл.</i>
Конфліктність сім'ї	0,868	0,870	0,874	0,930
Рівень страху соціальних контактів з ровесниками	0,308	0,768	0,839	0,836
Рівень страху соціальних контактів з учителем	0,862	0,862	0,738	0,667
Сприятлива сімейна ситуація	0,890	0,876	0,921	0,932
Фактор "Особливості ставлення учнів до навчальної діяльності"				
Рівень шкільної мотивація	0,632	0,782	0,912	0,932
Рівень шкільної тривожності	0,813	0,610	0,720	0,740
Страх перевірки знань	0,932	0,582	0,460	0,458
Задоволеність результатами навчання	0,840	0,612	0,541	0,542
Фактор "Особливості ставлення учнів до себе"				
Рівень самооцінки щастя	0,408	0,406	0,402	0,445
Рівень страху самовираження	0,555	0,504	0,654	0,757
Самооцінка власного здоров'я	0,488	0,466	0,502	0,500
Фактор "Особливості ставлення учнів до інших"				
Рівень агресивності	0,456	0,427	0,424	0,654
Рівень конфліктності	0,469	0,573	0,527	0,540
Фактор "Індивідуально-типологічні особливості учнів"				
Рівень фізіологічного опору шкільним страхам	0,656	0,827	0,824	0,827
Сила нервової системи	0,769	0,738	0,767	0,780
Емоційна нестабільність	0,862	0,862	0,738	0,730
Особливості локусу контролю	0,567	0,602	0,708	0,740

У факторі "Особливості ставлення учнів до навчальної діяльності" від 1-го до 4-го класів зменшується значущість таких показників, як рівень страху перевірки знань (1 кл. – 0,932, 4 кл. – 0,458) та задоволеність результатами навчаннями (1 кл. – 0,840, 4 кл. – 0,542), що є свідченням того, що рівень здоров'я молодшого школяра до закінчення початкової школи все менш визначається його навчальною успішністю. Водночас, зростає значущість

показника рівень шкільної мотивація (1 кл. – 0,632, 4 кл. – 0,932), що вказує на те, що рівень здоров'я молодшого школяра зумовлюється тим наскільки навчальна діяльність стала для нього емоційно-значущою, якими мотивами вона зумовлюється. У факторі *"Особливості ставлення учнів до себе"* зростає значущість таких показників: рівень страху самовираження (1 кл. – 0,555, 4 кл. – 0,757), рівень самооцінки власного здоров'я (1 кл. 0,488, 4 кл. – 0,500) та рівень самооцінки щастя (1 кл. – 0,408, 4 кл. – 0,445). Ці тенденції вказують на те, що специфіка самооцінки, позитивне самосприйняття дитини, з кожним роком все більше здійснює вплив на динаміку її здоров'я. Фактор *"Особливості ставлення учнів до інших"* відзначається зростанням впливу таких показників, як рівень агресивності (1 кл. – 0,456, 4 кл. – 0,654) та конфліктності дитини (1 кл. – 0,469, 4 кл. – 0,540) на динаміку її здоров'я. У факторі *"Індивідуально-типологічні особливості учнів"* особливо суттєвими є такі показники, як рівень фізіологічного опору шкільним страхам (1 кл. – 0,656, 4 кл. – 0,827) та рівень локусу контролю (1 кл. – 0,567, 4 кл. – 0,740), значущість яких у процесі становлення здоров'я молодших школярів неухильно зростає. Ця тенденція вказує на взаємозв'язок між рівнем здоров'я дитини та її певними вродженими особливостями, а також індивідуальною здатністю брати на себе відповідальність за власні невдачі.

Для встановлення найбільш значущих показників, які зумовлюють динаміку здоров'я молодших школярів, ми використали покроковий регресивний аналіз. За допомогою цього методу з усього набору показників, що визначають динаміку здоров'я учнів початкової школи, були виділені найбільш значущі.

Отже, у результаті проведеного покрокового регресивного аналізу було виділено найбільш значущі показники, що впливають на здоров'я молодших школярів. Такими показниками виявилися:

- у 1-му класі: рівень страху перевірки знань, конфліктність у сім'ї, сприятлива сімейна ситуація, рівень страху соціальних контактів з учителем, емоційна нестабільність.

- у 2-му класі: рівень фізіологічного опору шкільним страхам, емоційна нестабільність, конфліктність у сім'ї.

- у 3-му класі: рівень шкільної мотивації, рівень шкільної тривожності, рівень страху соціальних контактів з ровесниками, а також рівень фізіологічного опору шкільним страхам.

- у 4-му класі: рівень шкільної мотивації, конфліктність у сім'ї, рівень страху соціальних контактів з ровесниками, рівень страху самовираження, рівень локусу контролю.

Таким чином, до негативної динаміки здоров'я призводять: у 1-му класі – конфліктність у сім'ї, високі рівні страху соціальних контактів з учителем та страху перевірки знань, високий показник емоційної нестабільності; до яких у 2-му класі додається низький рівень фізіологічного опору шкільним страхам; у 3-му класі – низький рівень шкільної мотивації, високий рівень шкільної тривожності та страху соціальних контактів з ровесниками, а у 4-му – високий рівень страху самовираження та екстернальні тенденції локусу контролю.

Наступна лінія аналізу результатів дослідження передбачала виявлення взаємозв'язків між показниками, які зумовлюють динаміку здоров'я молодших школярів. Це завдання здійснювалося шляхом визначення кореляційних зв'язків між цими показниками за допомогою версії 6,0 комп'ютерної програми Statistica. Оскільки перевірка нормальності вибіркового розподілу досліджуваних ознак за *критеріями асиметрії і ексцесу* (значення асиметрії та ексцесу відрізняються від нуля, за абсолютною величиною перевищують свої стандартні помилки) та за *критерієм Колмогорова-Смірнова* виявила відхилення від нормальності (див. Додаток Ж), то для здійснення розрахунків (встановлення взаємозв'язку між показниками шкільної тривожності та шкільної мотивації) нами були використані непараметричні методи математичної статистики, зокрема визначення рангового коефіцієнту кореляції *r-Спірмена*. Через представленість багатьох перемінних (повна/неповна сім'я, наявність/відсутність діагнозу, тип темпераменту, рівень самооцінки здоров'я, щастя) у номінативній шкалі, а, отже,

неможливості простежити кореляційні зв'язки, дослідження характеру залежності здійснювалося з використанням критерію *Фішера* ϕ .

Як уже зазначалося вище, для встановлення взаємозв'язку між показниками шкільної тривожності та шкільної мотивації нами був проведений кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції *г*-Спірмена. Результати здійсненого кореляційного аналізу представлені у табл. 2.17.

Таблиця 2.17

Коефіцієнти кореляції показників шкільної тривожності та шкільної мотивації (*г*-Спірмен, $n=184$)

Показники	Spearman	t (N-2)	p-level
Загальний шкільний страх – рівень шкільної мотивації	- 0,133324	-1,81484	0,071195
Страх соціальних контактів з ровесниками – рівень шкільної мотивації	- 0,299529	- 4,23533	0,000036
Страх соціальних контактів з учителями – рівень шкільної мотивації	- 0,155318	- 2,12110	0,035268

Розглянемо детальніше виявлені кореляційні зв'язки між показниками шкільної тривожності та шкільної мотивації.

Так, встановлений зв'язок між показниками загального рівня шкільного страху та показниками рівнів шкільної мотивації на рівні статистичної тенденції ($r=-0,133$; $p=0,07$). Від'ємне значення коефіцієнта рангової кореляції дає підстави стверджувати наступне: чим вищі показники загального рівня страху, тим нижчі показники шкільної мотивації. Таким чином, високий рівень шкільної тривожності негативно позначається на шкільній мотивації, а саме зумовлює низьку та негативну шкільну мотивацію, і навпаки.

Негативний кореляційний зв'язок ($r=-0,29$; $p=0,000036$) встановлено між показниками страху соціальних контактів з ровесниками та показниками рівнів шкільної мотивації на високому рівні статистичної значущості ($p<0,01$). Це означає, що, чим вищий рівень страху соціальних контактів з ровесниками, тим нижчий рівень шкільної мотивації, і навпаки.

Окрім того, виявлений негативний кореляційний зв'язок між показниками страху соціальних контактів з учителями та показниками рівнів

шкільної мотивації ($r=-0,15$; $p=0,035$) на рівні статистичної значущості ($p<0,05$). Таким чином, чим вищий рівень страху соціальних контактів з учителями, тим нижчий рівень шкільної мотивації, і навпаки.

Між іншими показниками шкільної тривожності (страх перевірки знань, страх самовираження, страх не відповідати очікуванням оточуючих, низький фізіологічний опір страхам) та показниками рівнів шкільної мотивації статистично достовірних зв'язків не виявлено.

Дослідження характеру залежності характеристик сім'ї (повна/неповна) з наявним рівнем шкільної тривожності здійснювалося за допомогою використання критерію *Фішера* ϕ через представленість однієї із перемінних у номінативній шкалі. Результати здійсненого аналізу представлені у табл. 2. 18.

Таблиця 2.18

Емпіричні значення ϕ дослідження особливостей співвіднесеної залежності характеристик сім'ї (повна/неповна) з наявним рівнем шкільної тривожності (n=184)

Показники	$\phi_{\text{емп}}$	p
Загальний шкільний страх – повна/неповна сім'я	1,831	$\leq 0,05$
Страх соціальних контактів з ровесниками – повна/неповна сім'я	2,70	$\leq 0,01$
Страх соціальних контактів з учителями – повна/неповна сім'я	2,80	$\leq 0,01$
Страх перевірки знань – повна/неповна сім'я	1,80	$\leq 0,05$

Розглянемо детальніше виявлені залежності між показниками шкільної тривожності та характеристиками сім'ї (повна/неповна).

Емпіричне значення $\phi_{\text{емп}} = 1,831$ для показників загального шкільного страху та характеристик сім'ї (повна/неповна) статистично значуще на рівні $p \leq 0,05$. Зокрема, це означає, що молодші школярі із неповних сімей мають вищий загальний шкільний страх, аніж молодші школярі із повних сімей.

А також отримані дані дозволяють зробити висновок про те, що молодші школярі із неповних сімей частіше переживають страх соціальних стосунків з ровесниками ($\phi_{\text{емп}} = 2,70$ при $p \leq 0,01$), частіше переживають страх соціальних стосунків із учителями ($\phi_{\text{емп}} = 2,80$ при $p \leq 0,01$), частіше переживають страх перевірки знань ($\phi_{\text{емп}} = 1,80$ при $p \leq 0,05$), аніж їх однолітки із повних сімей.

Не виявлено певних залежностей між характеристиками сім'ї (повна/неповна) та рівнем шкільної мотивації, рівнем самооцінки здоров'я, самооцінки щастя молодшого школяра.

Дослідження характеру залежності самооцінки здоров'я з наявним рівнем шкільної тривожності дозволило виявити наступні особливості.

Молодші школярі з заниженою самооцінкою здоров'я частіше, ніж молодші школярі з адекватною ($\varphi_{емп} = 1,64$ при $p \leq 0,05$) чи завищеною самооцінкою здоров'я ($\varphi_{емп} = 2,23$ при $p \leq 0,05$), виявляють підвищений або високий рівень загального шкільного страху.

Підвищений чи високий рівень страху соціальної взаємодії з ровесниками переживають частіше молодші школярі з заниженою самооцінкою здоров'я, ніж молодші школярі з адекватною ($\varphi_{емп} = 2,15$ при $p \leq 0,05$) чи завищеною самооцінкою здоров'я ($\varphi_{емп} = 3,11$ при $p \leq 0,01$).

Виявлені дані дозволяють зробити висновок, що підвищений або високий рівень страху соціальної взаємодії з учителями також переживають частіше молодші школярі з заниженою самооцінкою здоров'я, ніж молодші школярі з адекватною ($\varphi_{емп} = 2,32$ при $p \leq 0,01$) чи завищеною самооцінкою здоров'я ($\varphi_{емп} = 1,45$ при $p \leq 0,05$).

Також досліджувані молодшого шкільного віку із заниженою самооцінкою здоров'я частіше виявляють підвищений або високий страх самовираження, порівняно із молодшими школярами із адекватною ($\varphi_{емп} = 1,90$ при $p \leq 0,05$) чи завищеною самооцінкою здоров'я ($\varphi_{емп} = 1,91$ при $p \leq 0,05$).

Водночас отримані емпіричні дані демонструють, що молодші школярі із підвищеними показниками низького фізіологічного опору шкільним страхам характеризуються адекватною або завищеною самооцінкою здоров'я.

Виявлені дані дозволяють зробити висновок, що підвищений або високий рівень страху соціальної взаємодії з учителями також переживають частіше молодші школярі з заниженою самооцінкою характеру, ніж молодші школярі з адекватною ($\varphi_{емп} = 3,41$ при $p \leq 0,01$) чи завищеною самооцінкою характеру ($\varphi_{емп} = 2,54$ при $p \leq 0,01$).

Встановлені значущі зв'язки між рівнями самооцінки щастя та рівнями шкільної тривожності за допомогою критерію *Фішера* ϕ представлено у табл. 2.19.

Таблиця 2.19

Емпіричні значення ϕ дослідження особливостей залежності рівня самооцінки щастя з наявним рівнем шкільної тривожності (n=184)

Показники	$\phi_{\text{емп}}$	p
Занижена/адекватна самооцінка щастя – підвищений/високий рівень загального страху	1,73	$\leq 0,05$
Занижена/завищена самооцінка щастя – підвищений/високий рівень загального страху	3,42	$\leq 0,01$
Занижена/завищена самооцінка щастя – підвищений/високий рівень страху соціальних стосунків з ровесниками	2,17	$\leq 0,01$
Занижена/завищена самооцінка щастя – підвищений/високий рівень страху самовираження	1,66	$\leq 0,05$
Адекватна/завищена самооцінка щастя – низький фізіологічний опір	1,89	$\leq 0,05$

Таким чином, дослідження характеру залежності самооцінки щастя з наявним рівнем шкільної тривожності дозволило виявити, що молодші школярі з заниженою самооцінкою щастя частіше, ніж молодші школярі з адекватною ($\phi_{\text{емп}} = 1,73$ при $p \leq 0,05$) чи завищеною самооцінкою щастя ($\phi_{\text{емп}} = 3,42$ при $p \leq 0,05$) виявляють підвищений або високий рівень загального шкільного страху.

Підвищений чи високий рівень страху соціальної взаємодії з ровесниками переживають частіше молодші школярі з заниженою самооцінкою щастя, ніж молодші школярі із завищеною самооцінкою щастя ($\phi_{\text{емп}} = 2,17$ при $p \leq 0,05$). А також підвищений чи високий рівень страху самовираження переживають частіше молодші школярі з заниженою самооцінкою щастя, ніж молодші школярі із завищеною самооцінкою щастя ($\phi_{\text{емп}} = 1,66$ при $p \leq 0,05$).

Отримані дані демонструють, що молодшим школярам із заниженим рівнем самооцінки щастя не є властивими високі показники низького фізіологічного опору. Натомість, досліджувані молодші школярі з адекватною самооцінкою щастя частіше виявляють високі показники низького фізіологічного опору, ніж їх ровесники із завищеною самооцінкою щастя ($\phi_{\text{емп}} = 1,89$ при $p \leq 0,05$).

На основі узагальнених результатів дослідження (факторний та кореляційний аналіз) було обґрунтовано критерії психологічного здоров'я учнів початкової школи (*наявність чи відсутність хронічних захворювань; наявність чи відсутність емоційних переживань негативної модальності, пов'язаних зі школою; наявність чи відсутність переживань негативної модальності пов'язаних з сімейною ситуацією*) та визначені рівні здоров'я молодших школярів: *високий, середній, низький*. Було встановлено, що: молодші школярі з *високим рівнем здоров'я (30% досліджуваних)* мають задовільний стан фізичного здоров'я; характеризується адекватним або завищеним рівнем самооцінки щастя, здоров'я, характеру; мають середній з тенденцією до низького рівень шкільної тривожності; вони активні, мають гарні стосунки з дорослими (учителі, батьки) та однолітками, виховуються у повних та благополучних сім'ях, в атмосфері взаєморозуміння та любові; мають високі показники успішності в навчальній діяльності, високий рівень шкільної мотивації; це діти з переважаючим інтернальним локусом контролю, з сильним урівноваженим (сангвініки) чи неурівноваженим рухливим (холерики) типом нервової системи; молодші школярі з *середнім рівнем здоров'я (34% досліджуваних)* мають середні показники фізичного здоров'я (можливі незначні відхилення від норми); адекватний рівень самооцінки щастя, здоров'я, характеру; середній рівень шкільної тривожності (*наявні незначні проблеми, пов'язані із страхом перевірки знань, страхом не відповідати очікуванням дорослих*), середній рівень успішності та шкільної мотивації; вони активні, мають гарні стосунки з оточуючими, легко вступають у контакт; мають незначні проблеми у сімейній взаємодії; найчастіше - це діти з інтернальними тенденціями локусу контролю у сфері навчальних невдач; з сильним урівноваженим, рухливим (сангвініки) або урівноваженим, інертним (флегматики) типом нервової системи; молодші школярі з *низьким рівнем здоров'я (36% досліджуваних)* мають проблеми з фізичним здоров'ям (хронічні захворювання, часті застуди); підвищений з тенденцією до високого рівень шкільної тривожності (*страх не відповідати очікуванням оточуючих, страх перевірки знань, страх соціальних контактів як з учителями, так і з однолітками*); занижені рівні самооцінки щастя, здоров'я,

характеру; у них існують проблеми пов'язані зі спілкуванням; вони, переважно, виховуються у сім'ях з неблагополучною сімейною взаємодією; мають середні або низькі показники успішності в навчальній діяльності, низький рівень шкільної мотивації; переважно - це учні з сильним, урівноваженим, інертним типом нервової системи (флегматики) або із слабким типом нервової системи (меланхоліки), які малоактивні, швидко стомлюються, не вміють працювати систематично, мають екстернальні тенденції локусу контролю у сфері навчальних невдач.

Узагальнення результатів проведеного теоретичного та емпіричного дослідження дало можливість констатувати, що становленню позитивної динаміки збереження здоров'я молодших школярів сприяють такі психологічні чинники: *сприятлива сімейна ситуація – задоволеність сімейним і соціальним статусом; відсутність конфліктності в сім'ї; низький показник тривожності та відсутність страхів, пов'язаних із ситуаціями контакту з учителем, з ровесниками, із самовираженням та перевіркою знань; високий рівень емоційної стабільності та позитивної шкільної мотивації - задоволеність результатами навчання, адекватна самооцінка та впевненість у собі; переважаючий інтернальний локус контролю у сфері навчальних невдач; високий рівень фізіологічного опору шкільним страхам; позитивне активне ставлення до власного здоров'я - установка на здоровий спосіб життя, здорове харчування, високий рівень задоволеності життям; здатність до емпатії - доброзичливе ставлення до людей, низький рівень конфліктності та агресивності, навички міжособистісного спілкування.*

Це дозволило нам розробити психологічну модель комплексної програми профілактики, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку, в якій обґрунтовуються основні психологічні чинники та необхідні форми роботи, що забезпечать збереження та позитивну динаміку здоров'я молодших школярів у навчально-виховному процесі початкової школи (рис. 2.1).



Рис. 2.1. Модель комплексної програми збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку

Висновки до другого розділу

Аналіз результатів дослідження, представлений у другому розділі, дозволяє стверджувати, що шкільне середовище зумовлює певні переживання, які спричиняють появу деструктивних тенденцій у стані здоров'я молодших школярів. До того ж, на різних етапах навчання школярів у початковій школі, змінюється за значущістю співвідношення окремих чинників впливу шкільного середовища, які зумовлюють їх емоційне неблагополуччя. Так, від 1-го до 4-го класу зменшується відсоток дітей, які причинами своїх негативних переживань називають шкільну оцінку та особливості взаємин з учителем. Разом з тим, зростає відсоток дітей, які свої шкільні переживання пов'язують з неблагополуччям у взаєминах з однокласниками та особливостями навчальної діяльності.

Встановлено, що молодші школярі з різним рівнем здоров'я відрізнятимуться між собою за оцінкою найбільш значущих сфер шкільного середовища, які викликають у них негативні переживання. Так, молодші школярі з низьким рівнем здоров'я впродовж всього навчання у школі найбільш чутливі до соціальної взаємодії з іншими, в першу чергу з учителем, а в 3-4-му класах з ровесниками. Разом з тим, впродовж всього навчання у школі більш травмуючою для них, порівняно з школярами з високим рівнем здоров'я, залишається шкільна оцінка. Починаючи з другого класу і до закінчення початкової школи найбільш значущим для молодшого школяра з високим рівнем здоров'я є навчальна діяльність. Саме вона є предметом докладання зусиль і може спричинити появу негативних переживань молодших школярів з високим рівнем здоров'я.

Зафіксовано, що рівень шкільної тривожності є одним з найбільш чутливих індикаторів стану здоров'я молодших школярів. У всіх класах початкової школи дітей з підвищеним та високим рівнем шкільної тривожності (за всіма показниками) значно більше у групі дітей з низьким рівнем здоров'я, ніж з високим рівнем. Причому від 1-го до 4-го класів у цієї категорії дітей за

всіма показниками, окрім показника страху перевірки знань, відсоток школярів з підвищеним та високим рівнями тривожності зростає, тоді коли у школярів з високим рівнем здоров'я дещо зростає відсоток дітей лише з підвищеним та високим показниками страху соціальних контактів з однокласниками та страху самовираження.

Здоров'я дитини і ряд показників сімейної взаємодії значною мірою явища взаємообумовлені. Доведено, що на психічне здоров'я молодшого школяра мають вплив такі психологічні чинники, як особливості ставлення дитини до провідної навчально-пізнавальної діяльності. У свою чергу показниками, що зумовлюють ставлення дітей до навчальної діяльності є їх мотивація учіння зокрема, те чи стала навчальна діяльність значущою для молодшого школяра і наскільки від задоволеній її результатами. Так встановлено, що переломним моментом появи відмінностей у мотивації навчання школярів з різним рівнем здоров'я є другий клас. Зокрема, у другокласників з високим рівнем здоров'я переважає пізнавальна мотивація навчання, друге рангове місце займає соціальна мотивація і останнє – шкільна оцінка). У цієї групи дітей така ж тенденція зберігається і в 3 та 4 класах. У другокласників з низьким рівнем здоров'я домінує, як і в 1-му класі, мотивація, пов'язана з шкільною оцінкою, друге місце займає соціальна мотивація і останнє – пізнавальна. У 3-му класі соціальна мотивація стає домінуючою, оцінка переходить на останнє рангове місце. Така ж тенденція зберігається і в 4-му класі, лише змінюється кількісні показники вказаних мотивів. Отже, найбільш суттєвою відмінністю мотивації навчання третьокласників та четвертокласників є те, що у групі з високим рівнем здоров'я домінує пізнавальна мотивація навчання, а з низьким – соціальна.

З'ясовано, що психічне здоров'я молодшого школяра зумовлюється й такими психологічними чинниками як ставлення дитини до себе, зокрема такими показниками як ставленням до власного здоров'я та самооцінкою рівня задоволеності власним життям. Для молодших школярів аналіз проблеми здоров'я супроводжується високою мірою емоційної насиченості переживань,

що є показником значущості досліджуваної теми. Разом з тим, молодші школярі усвідомлюють, переважно, лише фізичну складову свого здоров'я і саме тому, у сфері їхньої свідомості виокремлюються такі чинники впливу на нього: здорове харчування, навколишнє середовище, фізкультура і спорт, особиста гігієна, здоровий спосіб життя, шкідливі звички, медична профілактика. Діти молодшого шкільного віку мають доволі абстрактне уявлення про шкідливі звички, коли вони можуть мати негативний вплив на здоров'я безвідносно до когось конкретного. Уявлення четвертокласників про основні чинники впливу на їхнє здоров'я, порівняно з першокласниками, дещо змінюється. На нашу думку, ці зміни пов'язані з набуттям учнями нового досвіду та проведенням у школах відповідної просвітницької роботи.

Для більшості молодших школярів як з високим, так і з низьким рівнем здоров'я на різних етапах навчання в початковій школі характерна завищена самооцінка свого здоров'я. Водночас, до четвертого класу серед учнів з різним рівнем здоров'я збільшується кількість школярів, з адекватною його самооцінкою. Відповідно, на занижений рівень оцінки свого здоров'я вказує найменший відсоток учнів як в першому, так і в четвертому класі, але саме динаміка цього показника вказує нам на характерну тенденцію: серед молодших школярів з високим рівнем здоров'я у першому класі значно менше дітей з заниженою самооцінкою до того ж ця різниця до четвертого класу збільшується. Це вказує на взаємозалежність самооцінки школярів і рівня їх здоров'я. Така ж тенденція притаманна і самооцінці власного стану щастя. Очевидно це вікова специфіка, коли життя сприймається легко, а отже, є великі можливості саме в цьому віці закласти основу міцного здоров'я. Кореляційний аналіз вказує на взаємозалежність здоров'я молодшого школяра, особливостей його самооцінки та рівня тривожності.

Позитивне ставлення дитини до оточуючих і показник високого рівня здоров'я явища взаємообумовлені. Так, у дітей з низьким рівнем здоров'я (порівняно з високим) спостерігається більш агресивне ставлення до батьків, братів, сестер та однокласників. Водночас, такі діти краще ставляться до

бабусь та інших більш далеких членів родини (наприклад, тіток). Ці результати потребують більш ретельного вивчення.

Встановлено, що здоров'я молодших школярів залежить від особливостей їх нервової системи. Так, молодші школярі із сильним типом нервової системи менше, ніж їх ровесники із слабким типом нервової системи переживають підвищений страх соціальної взаємодії з учителями, а також їм властивий менший страх низького фізіологічного опору, що у свою чергу корелює з рівнем їхнього здоров'я.

Незважаючи на те, що характерною віковою особливістю молодших школярів є їх низький рівень суб'єктивного контролю у сфері навчальних невдач, молодші школярі з високим рівнем здоров'я характеризуються конструктивним розвитком від 1-го до 4-го класу локусу контролю. Це виявляється в інтенсивному становленні інтернальних тенденцій локусу контролю у сфері навчальних невдач, які у 3-му і 4-му класах стають домінуючими, тоді, коли у молодших школярів з низьким рівнем здоров'я переважають екстернальні тенденції.

За допомогою факторного аналізу встановлено, що основними психологічними чинниками, які зумовлюють динаміку здоров'я молодшого школяра є: особливості соціального благополуччя дитини; індивідуально-типологічні особливості дитини; особливості ставлення дитини до навчальної діяльності; особливості ставлення дитини до самої себе; особливості ставлення дитини до інших.

Від 1-го до 4-го класу ієрархія цих чинників змінюється. Так, фактор *"Особливості соціального благополуччя учнів"* у всіх класах початкової школи посідає перше рангове місце, фактор *"Особливості ставлення учнів до навчальної діяльності"* – друге, а фактор *"Індивідуально-типологічні особливості учнів"* – третє. Четверте місце у всіх класах початкової школи, від першого до 3-го, займає фактор *"Особливості ставлення учнів до інших"*, який у 4-му класі переходить на п'яту позицію, поступаючись фактору

"Особливості ставлення учнів до себе", який у всіх попередніх класах займав останню позицію.

Найбільш інформативними показниками особливостей прояву різних рівнів здоров'я молодших школярів виявилися: наявність або відсутність сприятливої сімейної ситуації та конфліктності у сім'ї, різний ступінь переживання тривожності, пов'язаної із ситуаціями контакту з учителем, з ровесниками, із самовираженням та перевіркою знань, рівень емоційної нестабільності та фізіологічного опору шкільним страхам, а також рівень шкільної мотивації та особливості локусу контролю у сфері навчальних досягнень.

Відповідно, на збереження та позитивну динаміку здоров'я молодших школярів впливають такі психологічні чинники: сприятлива сімейна ситуація, відсутність конфліктності в сім'ї, низький показник тривожності, пов'язаної із ситуаціями контакту з учителем, з ровесниками, із самовираженням та перевіркою знань, високий рівень емоційної стабільності та шкільної мотивації, інтернальний локус контролю у сфері навчальних невдач, високий рівень фізіологічного опору шкільним страхам.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

3.1. Теоретичне обґрунтування комплексної програми профілактики, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку

Для профілактики та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку важливим є розуміння чинників, які на нього впливають та умов, що сприяють його підтримці та збереженню. Як показав попередній аналіз теоретичних джерел, у психологічній науці існують різні підходи до розуміння феномену здоров'я, а відповідно й сутності засобів забезпечення його збереження.

Наше дисертаційне дослідження базувалося, передусім, на таких фундаментальних концепціях як: концепція "позитивного психічного здоров'я", та "внутрішньої картини здоров'я", а також концепції цілісності особистості, психосоматичної єдності тих психофізіологічних процесів, що відбуваються в організмі людини та різних соціально-психологічних впливів на неї зовнішнього середовища..

Згідно концепції "позитивного психічного здоров'я" - здорове функціонування особистості розглядається як позитивний процес, що має самостійну цінність. Відповідно, патологічні порушення психічного здоров'я є наслідком помилкового, викривленого розвитку особистості А. Маслоу [101], А. Менегетті [104], К. Роджерс [142-143], Е. Фромм [178].

Повноцінне здоров'я, нормальний і бажаний розвиток постають в актуалізації позитивності людської природи. Саме в реалізації особистості, розкритті закладених від природи задатків і прагнень гуманістичні психологи вбачають найважливішу умову психічного здоров'я людини. А. Г. Асмолов [7], Р. Ассаджолі [8], Г. О. Балл [9-10], Б. С. Братусь [29-30], Т. М. Титаренко [168] та інші).

Відповідно до концепції "внутрішньої картини здоров'я" В. Ю. Кагана, важливим чинником забезпечення здоров'я дитини є формування внутрішньої культури її психічного життя [63].

С. І. Болтівець вказує на те, що якість здоров'я дитини визначається такою індивідуальною властивістю, як здатність забезпечувати власну процесуальну цілісність, адекватну внутрішній природі, у взаємодії з собою і довкіллям. Це постійний процес самовдосконалення, основу якого становить цілісність пізнання себе й світу, оволодіння здатністю до саморегуляції психічної діяльності. [24] Отже, при побудові програми профілактики, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку ми враховували те, що ця програма повинна бути спрямована, передусім, на роботу з учнями, зокрема, на вироблення у них певної системи психічної самоорганізації.

Принципове значення для визначення комплексу засобів профілактики, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку має розуміння цього явища як суб'єктивної "внутрішньої" позиції школяра щодо різних аспектів життєдіяльності, зокрема, до себе, до інших, до вимог життя (Тищенко С. П., Максименко С. Д.) [170, 94-96].

Відповідно до цього бачення, комплекс засобів, спрямований на збереження та зміцнення здоров'я дітей, перш за все, повинен бути спрямований на гармонізацію сфери самосвідомості дитини, формування її позитивного самосприйняття, позитивного ставлення до оточуючих людей, до вимог життя, формування її здатності ефективно діяти у навколишньому середовищі.

Згідно гуманістичної концепції К. Роджерса, механізмом формування позитивного самосприйняття є процеси асиміляції глибинного досвіду людини, переживання її власного внутрішнього ядра. Саме завдяки усвідомленню своїх позитивних і негативних установок, мотивів, бажань, людина розширює межі досвіду свого "Я".

У цьому контексті у психологічній літературі надається істотне значення формуванню адекватної самооцінки особистості. Залежно від психологічних

особливостей самооцінки, остання може як стимулювати, так і стримувати активність особистості, сприяти позитивному ставленню до себе та до інших або ж гальмувати його. Так, об'єктивна самооцінка школяра адекватно регулює його діяльність і поведінку. Вона є необхідною умовою позитивного самосприйняття особистості, стає джерелом вибору ефективних дій у навколишньому середовищі, дозволяє виявити та оцінити свої можливості для прийняття того чи іншого рішення, обумовлює свободу вибору (Бороздина Л.В., Пастухова М. В., Ставицька С. О.) [28,115,162]

Проаналізувавши основні [28, 42, 57, 58,115, 162] дослідження з цієї проблематики, у своїй роботі ми виходили з того, що механізми збереження та зміцнення здоров'я молодших школярів, базуються, передусім, на формуванні у них таких внутрішніх психологічних характеристик як адекватна самооцінка та інтернальний локус контролю. Саме на розвиток цих властивостей ми звертали увагу, при підборі методів та прийомів тренінгової роботи з молодшими школярами. Щодо формування ставлення дитини до інших, акцент був зроблений на розвиток таких якостей як здатність до співпереживання, чуйність та чутливість до чужих проблем, уміння спілкуватися та встановлювати міжособистісні стосунки. У процесі розвитку позитивного ставлення школярів до життя увага була зосереджена на формуванні їх стійкості до невдач та розвитку певних вольових якостей.

При побудові тренінгової роботи з учнями початкової школи ми, також, враховували підхід науковців до визначення сутності процесу розвитку та формування позитивного налаштування на збереження здоров'я, який полягає у тому, що когнітивні уявлення особистості про здоров'я, здоровий спосіб життя за певних умов перетворюються у внутрішні регулятори поведінки та діяльності [2, 10, 15, 77, 89, 97, 103, 111, 124, 182]. Відповідно, ми припускали, що ефективний психолого-педагогічний розвиток відповідального ставлення до здоров'я полягає у більш глибокому розвитку усвідомлення дітьми сутності цього явища; умінні розпізнавати прояви ознак різного стану власного здоров'я; виробленні позитивного ставлення та спрямованості на його

покращення й, відповідно, підкріпленні такої поведінки, яка сприяє збереженню здоров'я. Формування та розвиток перерахованих характеристик визначили завдання корекційно-розвивальної роботи, яку ми проводили з молодшими школярами.

Наступна фундаментальна концепція, яка була покладена в основу програми психологічного супроводу збереження здоров'я у дітей молодшого шкільного віку – концепція "цілісності" особистості, її психосоматичної єдності. В. Мясіщев [99, 100] підкреслював, що психіка людини визначається психофізіологічною єдністю психічного і соматичного. Л. В. Виготський [44] вказував на єдність психофізіологічних процесів в організмі людини, наголошуючи на провідній ролі психічного моменту .

Особливу роль у розробці концепції "єдності особистості" відіграли представники психоаналізу: З. Фрейд [176,177], К. Юнг [186-188] та інші, гештальтпсихологи Ф. Перлз [118], представники гуманістичного напрямку – А. Маслоу, К. Роджерс [100-101, 142].

Відповідно до таких поглядів на феномен здоров'я особистості, це поняття ми розглядаємо як складноорганізоване цілісне утворення, зміст якого складають фізичний, психічний та соціальний аспекти, які тісно взаємопов'язані між собою і діють у сукупності.

Розглянуті нами теоретичні концепції, які розкривають взаємозв'язок між психікою та соматикою стали основою щодо підбору ефективних психокорекційних вправ, організації психокорекційного процесу в цілому. Зокрема, з метою діагностики та розвитку і корекції стану здоров'я молодших школярів, ми використовували малюнкові проєктивні методики. Використання малюнкових тестів для виявлення та розвитку особистісних характеристик людини базується на принципі проєкції, тобто на винесенні зовні своїх переживань, уявлень, прагнень тощо. Саме таке проєктивне малювання допомагає дітям зрозуміти себе, отримати уявлення про властивості власної особистості. Перевагою малюнкових методик є їх природність, близькість до звичних видів людської діяльності. Особливо близьке це заняття дітям.

В основу психокорекційної роботи покладено, також, тенденції, виявлені у емпіричному дослідженні, які вказали на можливі чинники збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку. Зокрема, на етапі експериментального дослідження було встановлено, що якість здоров'я дитини визначається особливостями становлення кожного зі складових здоров'я (фізичної, соціальної та психічної), які, водночас, виступили чинниками, що зумовлюють становлення та розвиток здоров'я молодшого школяра в цілому.

Разом з тим, приступаючи до розвивально-корекційної роботи, ми виходили з висновків емпіричного дослідження, що кожна із зазначених вище складових здоров'я молодшого школяра, у свою чергу, зумовлюється певними чинниками. Зокрема, як показало емпіричне дослідження, становлення позитивної динаміки здоров'я молодших школярів пов'язано із сприятливою сімейною ситуацією, відсутністю конфліктності в сім'ї, низькими показниками тривожності, пов'язаної із ситуаціями контакту з учителем, з ровесниками, із самовираженням та перевіркою знань, високим рівнем емоційної стабільності та шкільної мотивації, інтернальним локусом контролю у сфері навчальних невдач, високим рівнем фізіологічного опору шкільним страхам.

Створюючи програму профілактики, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку, ми враховували наукові узагальнення та висновки практичних психологів в закладах освіти про те, що головним чинником, який попереджує різні психічні порушення в розвитку дитини, є її повноцінний психічний розвиток на кожному етапі онтогенезу. Саме тому, важливим принципом побудови програми є врахування психологічних основ розвитку молодшого школяра. Зокрема, при розробці програми збереження та зміцнення здоров'я молодших школярів, ми виходили з припущення, яке підтвердилося в процесі формувального експерименту, що вона буде ефективна при врахуванні загальних умов розвитку і формування особистості учнів початкової школи. Забезпечення цих умов покладається на практичного психолога та вчителя-класовода. *До таких умов належить врахування таких психофізіологічних чинників як індивідуально-типологічні та вікові особливості*

молодших школярів; особливості їх поведінки і діяльності в сім'ї, школі; диференційовані характеристики пізнавальної, емоційно-вольової і мотиваційної сфери молодшого школяра.

У своїй роботі ми виходили з єдності соціальної, психологічної і фізіологічної детермінант здоров'я. Аналізуючи роботу учителів початкових класів та практичних психологів, ми зробили висновок щодо необхідності комплексного підходу до подолання проблем зі здоров'ям дітей.

Саме таким підходом зумовлене застосування в нашій роботі окрім тренінгу з молодшими школярами системи заходів з іншими суб'єктами навчальної взаємодії – учителями-класоводами, батьками та дотримання при складанні психокорекційної програми принципу поетапності, коли профілактично-консультативний напрямок роботи – це лише перший етап нашої діяльності.

Отже, на основі аналізу літературних джерел та даних експериментального дослідження, ми створили модель комплексної програми, яка спрямована на профілактику, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку (див. таблицю 3.1).

Необхідно підкреслити, що профілактична робота з дітьми щодо збереження та зміцнення їхнього здоров'я, повинна розпочинатися ще до початку навчального року при відборі дітей до школи і продовжуватися протягом всіх років навчання в початковій школі. У роботу практичного психолога школи та вчителя-класовода входить робота з батьками дітей-початківців щодо визначення їх фізичного стану, з'ясування діагнозів, якщо наявні хронічні захворювання, встановлення групи здоров'я; з'ясування вікових відмінностей у розвитку, поведінці, особистісних характеристиках школярів. У процесі реалізації програми психологічного супроводу проводилися як групові, так й індивідуальні форми роботи. Наприклад, групові бесіди проводились з учителями-класоводами на педагогічних нарадах, з батьками під час батьківських зборів щодо особливостей розвитку дітей молодшого шкільного віку, їх анатомо-фізіологічних особливостей, соціальної ситуації розвитку. Індивідуальні – під час консультації батьків за їх індивідуальними зверненнями.

Таблиця 3.1

Комплексна програма профілактики, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку

Чинники впливу	Складові здоров'я	Суб'єкти роботи	Форми роботи	Показники, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я
Особливості соціального благополуччя дитини	Соціальна	Робота з батьками та учителями	Лекторії, конференції, дискусії, круглі столи, семінари-практикуми, консультації, виховні години, виступи на батьківських зборах	Сприятлива сімейна ситуація, відсутність конфліктності в сім'ї, низький показник тривожності, пов'язаної із ситуаціями контакту з учителем, з ровесниками, задоволення сімейним і соціальним статусом
Індивідуально-типологічні особливості дитини, харчування, навколишнє середовище, спосіб життя.	Фізична	Робота з адміністрацією, медпрацівниками, профілактична робота з дитиною.	Організація занять з фізкультури: рухові вправи, фізкультхвилинки, вправи на повітрі у різні пори року, ігротерапія; виховні години з проблем особистої гігієни, здорового способу життя, шкідливих звичок; медична профілактика; профілактика та усунення чинників (стрес, нервово-психічного напруження та втома), що негативно впливають на виконання діяльності.	Сформовані психозахисні якості, інтернальний локус контролю у сфері навчальних невдач, високий рівень фізіологічного опору шкільним страхам, установка на здоровий спосіб життя, здорове харчування.
Особливості ставлення дитини до навчальної діяльності, до себе, до інших людей, до життя в цілому.	Психічна	Робота з дитиною	Тренінг (зміна ставлення до себе та до інших) робота з розвитку навчальної діяльності, виховні години	Низький показник шкільної тривожності, високий рівень емоційної стабільності та шкільної мотивації, задоволеність результатами навчання. позитивне, активне ставлення до власного здоров'я, адекватна самооцінка, впевненість у собі, високий рівень задоволеності власним життям. Здатність до емпатії, навички адекватного спілкування, уміння встановлювати ділові контакти, доброзичливе ставлення до людей, низький рівень конфліктності та агресивності.

Постійно проводилася діагностика дітей, результати якої використовувалися при роботі з учителями, батьками та самими дітьми. Основне завдання діагностики – це встановлення реальної картини стану здоров'я молодших школярів та допомога щодо усунення ряду проблем, що негативно впливають на стан здоров'я молодших школярів комплексними засобами профілактики та корекції, залучення до цієї роботи учителя-класовода та батьків. Лише взаємодія дитини з учителями, батьками та психологом буде найефективнішою і принесе результати в профілактично-корекційній роботі з усунення проблем зі здоров'я у дітей початкової школи. Отже, наша програма передбачає індивідуальну та групову форми роботи, координування взаємодії сім'ї та школи з попередження причин виникнення проблем зі здоров'ям та забезпечення його збереження у дітей молодшого шкільного віку.

3.2. Психогігієнічні засоби збереження фізичного, психічного та соціального здоров'я молодших школярів

У цьому підрозділі представлена реалізація програми збереження фізичного, психічного та соціального здоров'я дітей молодшого шкільного віку, яка здійснювалася в межах зазначених вище концептуальних підходів.

Аналіз теоретичних джерел з означеної проблеми дозволив нам виокремити такі чинники збереження фізичного здоров'я: дотримання санітарно-гігієнічних умов навчання і розвитку дітей; перебування на свіжому повітрі - прохолодне свіже повітря є засобом загартування; помірність у їжі та її збалансованість, психоемоційний комфорт у школі і вдома.

Свідоме ставлення до рухової активності; заняття фізичними вправами знімають психічну напругу, відновлюють розумову працездатність, тренують тіло та зміцнюють організм. Зміна пасивної і активно-рухової діяльності підвищує ефективність відновлювальних процесів в організмі, забезпечує оптимальну рухову підготовленість дитини, що є основою розвитку різних

видів її діяльності (самообслуговування, трудової, навчальної та зображувальної тощо) [92].

Окрім того, збереження високої працездатності, попередження втоми і перевтоми учнів можливе тільки при правильній організації їх праці і відпочинку. Для цього необхідно брати до уваги такі основні компоненти шкільного життя: тривалість уроку, тривалість навчального дня і тижня, організацію власне уроку, розклад уроків, перерви, экзамени, суспільно-корисна праця і канікули. Основним видом діяльності учнів початкової школи є навчання. Тому, для збереження психічного здоров'я дітей важливе значення має гігієнічне нормування їх навчального навантаження. При збільшенні навантаження виникає стан, пов'язаний із сильною перенапругою фізіологічних механізмів, що призводить до погіршення функціонального стану організму і як наслідок – виникають проблеми зі здоров'ям.

Основним критерієм психогігієнічної оцінки навчального навантаження є його відповідність функціональним можливостям організму дитини на кожному віковому етапі. Педагогічний процес має бути організований таким чином, щоб при відповідності навантаження віковим можливостям дітей забезпечувати їх гармонійний розвиток [78, с. 107-108].

Ми проаналізували розклад уроків учнів 4 класу в місті Ніжині (звичайний клас) та місті Києві (з поглибленим вивченням іноземних мов) (див. Додаток Д). Враховуючи психофізіологічні особливості учнів, Закон "Про середню освіту" передбачає певну максимально допустиму тривалість навчальних годин на тиждень. Наприклад, у 4 класі допустима сумарна кількість годин інваріантної і варіантної частин навчального плану (уроків) – 23. Насправді діти Ніжина та Києва мають по 25 уроків на тиждень. Слід відмітити, що у киян після обіду та прогулянки на свіжому повітрі додатково проводяться заняття з англійської мови, логіки, міфології, німецької мови, хореографії, шахів, риторики. Також у другій половині дня діти повинні підготувати домашнє завдання. Отже, навчальний день триває до 17-18 години, що перевищує всі допустимі норми. Батьки не поспішають за дітьми, навіть, якщо й вільні. Заплативши гроші за

додаткове навчання, вони не усвідомлюють негативного впливу перевантаженості дитини на стан її здоров'я.

Збереженню високої працездатності протягом навчального дня сприяє правильно складений розклад уроків. Так, якщо проаналізувати денну динаміку працездатності, то практично в усіх вікових групах перший урок не дуже продуктивний. На жаль, перший урок у дітей – це читання, українська мова, математика, англійська мова. Що стосується четвертого уроку, то в початковій школі він малопродуктивний, тому що припадає на період некомпенсованої втоми. У гімназійному класі четвертими уроками є українська мова, читання, математика і лише один раз фізкультура, у ніжинській школі ситуація краща, там є уроки трудового навчання, основ здоров'я та читання.

При аналізі тижневої динаміки працездатності школярів виявлено, що четвер характеризується значним зниженням працездатності. Це враховується у тижневому навантаженні дітей обох регіонів. Тому, приступаючи до складання розкладу уроків і знаючи денну і тижневу динаміку працездатності школярів, заступникам директорів необхідно дотримуватись гігієнічних вимог до розкладу уроків, урахувувати динаміку працездатності в поєднанні зі складністю предмета та чергування предметів за ступенем складності.

Враховуючи важливість для збереження та зміцнення фізичного здоров'я дітей проведення вправ, спрямованих на моторний розвиток дітей, ми, співпрацюючи з учителями фізкультури, розробили комплекс таких вправ (див. таблицю 3.2).

При підборі та складанні цього комплексу нас, як психологів цікавили оздоровчі рухливо-пізнавальні ігри, які містять особливий оздоровчий потенціал. Зокрема, гігієнічне значення таких ігор полягає в тому, що покращується емоційний стан організму; вони є найкращим засобом активного відпочинку; служать для профілактики гіподинамії. Оздоровча функція визначається тим, що такі ігри формують правильну осанку та рухові стереотипи; служать прикладом оптимального рухового режиму; дають знання про здоровий спосіб життя.

Комплекс вправ на моторний розвиток дітей молодшого шкільного віку

Види вправ		Завдання
Вправи для зняття втоми з долонь рук.		Звільнення від зайвого м'язового напруження.
Вправи для профілактики порушень зору.		Покращення гостроти зору, зняття зорового напруження, коли треба писати або читати. Тренування очних м'язів та кришталиків, а також вправи для покращення циркуляції крові.
Комплекси фізкультурних хвилинок для уроків читання, письма, математики, природознавства.		Вправи для профілактики втомлюваності, сколіозу, зняття напруження.
Вправи на повітрі у різні пори року.		Розвиток швидкості рухової реакції, здібностей уважно спостерігати, розвиток спритності, більшої рухомості хребта.
Рухливі ігри на перервах.		Зняття втоми і відновлення сили та робочого настрою.
Фізкульт паузи на уроках	Рухові вправи, що супроводжуються рахунком	Звільнення від зайвого м'язового напруження.
	Ігрова розминка під супровід віршованого тексту.	
Ігри та вправи на розвиток великої моторики.		Розвиток сили, спритності, координації рухів.
Вправи на розвиток дрібної моторики руки.		Розвиток дрібної моторики руки та зорово-рухової координації.

Педагогічна функція полягає у тому, що оздоровчі рухливо-пізнавальні ігри виховують моральні, вольові якості; формують валеологічний світогляд; розвивають і вдосконалюють координацію і точність основних рухів.

Психологічне та естетичне функція – це розвиток спостережливості, пам'яті, творчої уяву; активізація мислення; підвищення швидкої реакції; розвиток музичного слуху, відчуття ритму та темпу.

Пізнавальне значення таких ігор полягає у відображенні накопиченого досвіду; поглибленні уявлення про життя, людський організм та його здоров'я [62].

Наведемо приклади ігор, які ввійшли в програму як комплекс вправ, спрямованих на розвиток моторики дітей молодшого шкільного віку.

Вправи на розвиток дрібної моторики руки та зорово-рухових координацій.

1. Змальовування графічних зразків (геометричних фігур та візерунків різної складності).
2. Обведення за контуром геометричних фігур різної складності з послідовним збільшенням радіуса обведення (по зовнішньому контуру) або його зменшенням (обведення за внутрішнім контуром).
3. Вирізання фігури з паперу за контуром (плавно, не відриваючи ножиці від паперу).
4. Розфарбовування й штрихування (потрібно цьому заняттю надати загального ігрового мотиву, щоб дітям було цікаво).
5. Різні види зображувальної діяльності (малювання, ліплення, аплікація).
6. Конструювання та робота з мозаїкою.
7. Освоєння ремесел (шиття, вишивання, в'язання, плетіння, робота з намистом тощо).

Ігри та вправи на розвиток великої моторики (сили, спритності, координації рухів): Ігри з м'ячем. Ігри з резинкою. Ігри на зразок "Дзеркала": дзеркальне копіювання поз і рухів ведучого (роль ведучого може бути передана дитині, яка сама придумує рухи). Ігри типу "Тигр": влучити в ціль з різними предметами (м'ячем, стрілами, кільцями тощо). Комплекс найрізноманітніших спортивних ігор та фізичних вправ. Заняття танцями (або підготовка до них – ритміка). Аеробіка (виконання фізичних вправ під ритмічну музику).

Перейдемо до характеристики основних напрямів та форм роботи психолога, спрямованих на формування соціального здоров'я молодших школярів, які запропоновані в нашій програмі. Як було зазначено вище, важливим чинником, що впливає на особливості збереження здоров'я молодших школярів є соціальне середовище. Однак, дуже часто родинне виховання й виховний процес у школі існують як дві окремі ланки. Така

ситуація приводить до появи зовнішніх та внутрішніх конфліктів дитини, що негативно відображається на її здоров'ї.

При складанні орієнтовної тематики різних форм роботи з батьками та вчителями, ми зробили акцент на гармонізації виховних впливів батьків та вчителів, а також, виходили з того, що позитивними передумовами формування психічного здоров'я в умовах сім'ї та школи є психологічні чинники, визначені нами шляхом теоретичного та емпіричного аналізу результатів дослідження представлених у першому та другому розділі роботи: оптимальні соціальні та психофізіологічні передумови становлення і розвитку особистості дитини; позитивно-доброзичливі взаємини в сім'ї; поєднання безумовної любові та прийняття дитини з боку батьків з об'єктивною вимогливістю до її поведінки; культивування педагогом доброзичливості, взаємодопомоги, взаємопідтримки у стосунках між учнями класу; повага до дитини і віра у її досягнення; підтримання у класі атмосфери прийняття дитини, її безпеки, незалежно від досягнень в навчальній діяльності; розширення взаємної довіри, підтримки між учителем і учнем, учителем і батьками, учнем і однокласниками.

Відповідно до зазначених вище положень, ми намітили такі основні напрями роботи психолога із батьками та вчителями:

1. Вивчення рівня валеологічних знань батьків, способу життя в родині, можливих спадкових та набутих хвороб (анкетування, опитувальники ін..).

2. Надання теоретичної психологічної та інформаційної допомоги батькам та учителям, щодо спільного вирішення проблеми збереження та зміцнення здоров'я молодших школярів (основні форми роботи: бесіди, педагогічні наради, дні відкритих дверей, усні та рукописні методичні журнали, конференції, лекторії тощо).

3. Система практичної психологічної допомоги батькам та учителям з означеної проблеми (основні форми роботи: консультації за запитом, дискусії, диспути, діалоги, практичні заняття з розв'язання батьками та учителями педагогічних задач, проблемних завдань, що стосуються здоров'я дитини тощо).

Орієнтовну тематику різних форм роботи психолога з батьками та учителями подано у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Орієнтовна тематика різних форм роботи з батьками та учителями

Форми роботи з батьками	Тема	Мета
1	2	3
Лекторій	<ul style="list-style-type: none"> - Здоров'я дітей – здоров'я нації. - Медико-біологічні чинники здоров'я дитини. - Екологічні аспекти здоров'я молодших школярів. - Екологія та психовалеологія дитини. 	Ознайомити батьків та учителів з науковими підходами до особливостей здоров'я молодших школярів та специфіку його зміцнення у початкових класах.
Конференція	<ul style="list-style-type: none"> - Проблеми формування здорової дитини в сучасних умовах. 	Розширити знання батьків та учителів щодо особливостей формування здоров'я дитини в сучасних умовах, виховувати інтерес до ознайомлення з новинками літератури про здоровий спосіб життя.
Дискусія	<ul style="list-style-type: none"> - Здоровий спосіб життя. Що це? - Фізичне і психічне здоров'я. Ваше розуміння? 	Обмін інформацією та набуття індивідуального досвіду всіма учасниками дискусії.
Круглий стіл	<ul style="list-style-type: none"> - Здоров'я у контексті української народної філософії (народні страви, пости, загартування, методи профілактики і лікування та ін.). - Дитина. Довкілля. Здоров'я. 	Об'єднати зусилля батьків, учителів та психолога, щодо вирішення проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей, взаємозбагатитися знаннями з даної проблеми.
Семінар-практикум	<ul style="list-style-type: none"> - Розучування комплексів гімнастики для дітей молодшого шкільного віку. 	Ознайомити з практичними вправами, до яких можна залучити дітей батькам та учителям у стінах школи та в домашніх умовах.
Консультації	<ul style="list-style-type: none"> - Росте донька, росте син. Особливості статевого виховання. - Як провести вихідний день із дитиною? - Рекомендації щодо організації рухової активності. - Раціональне харчування дитини. Апетит і корисні страви. - Сезонний одяг для дитини. 	Розширити знання батьків та учителів про особливості збереження та зміцнення здоров'я дитини.

1	2	3
Бесіди	<ul style="list-style-type: none"> - Загартування дитини вдома. - Раціональне харчування. - Рух – це життя. - Емоції і здоров'я. - Перша допомога дітям. 	Розвивати бажання батьків та учителів вести активний спосіб життя, дбати про свій фізичний і духовний стан; націлювати на залучення до цього процесу дітей, ознайомлення з практичними навичками надання першої допомоги дітям.
Папки-пересувки	<ul style="list-style-type: none"> - Якщо у дитини сколіоз. - Якщо у дитини – простуда. - Увага – отруйні гриби! Перша допомога при отруєнні. - На лоні природи. Правила поведінки в довкіллі. - Ваша доброзичливе ставлення до дитини – запорука її психічного здоров'я. 	Ознайомити з теоретичною інформацією щодо здійснення першої допомоги дітям у різних складних ситуаціях.
Вирішення проблемних завдань.	<ul style="list-style-type: none"> - Збірка завдань з різних тем. 	Розв'язання ситуацій з реального життя, здійснення пошуку нової інформації і набуття нового досвіду.
Поради та рекомендації для батьків та учителів.	<ul style="list-style-type: none"> - Зміст залежить від нагальної проблеми. 	Озброїти практичними порадами батьків та учителів щодо формування здорового способу життя дітей та збереження їх психічного здоров'я.
Виступи на загальношкільних зборах.	<ul style="list-style-type: none"> - Тема залежить від нагальної проблеми. 	Дати теоретичні знання про здоров'я дітей, розкрити індивідуальні підходи щодо зміцнення здоров'я дітей окремих класів.
Тренінг-програми з батьками	<ul style="list-style-type: none"> - Тренінг для батьків "Зберігаємо та зміцнюємо здоров'я дітей". 	Залучити батьків до партнерства із школою, ознайомити з методами досягнення позитивних результатів у формуванні способу життя дітей і безпечної поведінки, навчити батьків навичок спільної роботи у мікро групах.

Для прикладу зупинимося більш детально на висвітленні особливостей тренінг - програм з батьками, мета яких була залучити батьків до партнерства із школою, ознайомити з методами досягнення позитивних результатів у формуванні способу життя дітей і їх безпечної поведінки, навчити батьків навичок спільної роботи у мікрогрупах.

Застосовані тренінг-програми здійснювались за таким планом: привітання, опитування самопочуття, мотивування (міні-дискусії), інформування (міні-лекції), навчання (індивідуальні вправи, робота у діадах, рольова гра, міні дискусії тощо), рефлексія досвіду [див. джерел. 48].

Наведемо приклади вправ, які використовувалися на етапі навчання:

1. Індивідуальні вправи: намалювати образ здорової людини у вигляді певного символу; помінятися аркушем із сусідом; висловити своє ставлення до аркуша паперу (можна зім'яти, скласти, зігнути тощо); віддати аркуш його власнику; обговорення; створення моделі ставлення до власного здоров'я.

2. Гра "Мозковий штурм".

Завдання: розглянути формули здорового способу життя.

Під малюнком записати чинники, які шкодять здоров'ю та чинники, що сприяють його збереженню. Пропонується об'єднатися у 3 команди за кольорами світлофора (червоний, жовтий, зелений).

Підгрупи виконують завдання:

1 підгрупа (червоні) – зміцнення здоров'я (рухливі ігри);

2 підгрупа (жовті) – руйнує здоров'я (гнів та образа);

3 підгрупа (зелені) – з'єднай частини.

Робота в мікрогрупах. Презентація робіт мікрогруп.

Перейдемо до наступного аспекту нашої програми. Враховуючи те, що соціальне здоров'я визначається характером взаємин особистості з соціумом, програма передбачала роботу з молодшими школярами, при роботі з якими активно використовувалася ігротерапія. Використовуючи ігротерапію з метою зміцнення соціального здоров'я дитини ми дотримувалися таких правил: гра має приносити радість дитині і дорослому; потрібно зацікавлювати дитину, а не

змушувати її гратися; в іграх для розвитку всі завдання діти повинні виконувати самостійно; дати можливість дитині мислити; ігри для молодших школярів варто пожвавлювати казкою чи оповіданням; використовувати різні форми заохочення дитини за успіхи.

Головне завдання ігротерапії з дітьми молодших класів – розвиток практичного інтелекту й навичок самоконтролю. Гра розвиває особистість дитини, сприяє її адаптації в соціумі, вона дає можливість розширити сферу соціальної орієнтації дитини [45].

Наведемо приклад ігор, спрямованими на збереження та зміцнення соціального здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

Гра: "Гудзиковий масаж". *Мета:* активізація "мануального інтелекту" через масаж кінчиків пальців рук і долонь, що сприяє сенсомоторному розвитку, який є передумовою успішної взаємодії з навколишнім світом.

Гра: "Гудзикове намисто". *Мета:* закріплення адекватного розуміння та сприймання кольору, форми, розміру і просторової орієнтації. Розвиток здатності переживати радість творчості: перед дитиною те, що вона створила своїми руками і чим принесла радість ближньому.

Гра: "Гудзикове лото". *Мета:* формувати у дитини адекватне ставлення до своєї та чужої перемоги, вчити переживати поразку, через систему гри перейти від "мануального" інтелекту до "соціального".

Гра: "Подія". *Мета:* вчити розповідати історії про різні події, які відбувалися у житті дитини, наділяючи гудзики емоціями, сприяти розвитку емоційних процесів дитини.

Гра: "Бабусин гудзик". *Мета:* розглядаючи можливі життєві ситуації, ознайомити дитину з різними соціальними ситуаціями й навчити поводитися в них, спираючись на досвід когось із родичів, знайомих, героїв художніх творів та телевізійних передач [45].

3.3. Змістові та організаційні аспекти тренінгу збереження та зміцнення психічного здоров'я дітей молодшого шкільного віку

Ключовим методом програми психологічного супроводу збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку став тренінг, який передбачав проведення корекційно-розвивальних занять з дітьми третього класу. Наші заняття відбувалися два рази на тиждень. Кожне заняття тривало 1 урок (45 хв.), всього - 16 занять. Заняття проводилося з 3 різностатевими групами. До складу кожної групи входило по 12 дітей.

Мета тренінгу – формування у дітей орієнтації на здоровий спосіб життя, актуалізація додаткових психічних сил і особистісних характеристик, які можуть забезпечити позитивне ставлення дитини до себе, до інших, до життя в цілому та знаходження нових можливостей покращання позитивних особистісних характеристик молодших школярів, що, в результаті, значною мірою визначатиме якість їхнього психічного здоров'я.

Основні завдання тренінгу: актуалізувати проблему здоров'я у свідомості учителів, батьків та дітей учнів молодшого шкільного віку; розширити розуміння дітьми поняття здоров'я та усвідомлення його змісту; розкрити чинники негативного впливу на індивідуальне здоров'я учасників тренінгу та можливі особисті дії щодо профілактики та усунення цих чинників і, разом з тим, актуалізація чинників, що сприяють збереженню та зміцненню здоров'я молодших школярів; підтримати в школярів усвідомлення важливості для збереження здоров'я власних дій та поведінки; створювати умови для розвитку та стимулювати дітей до подальшого саморозвитку і вдосконалення в напрямку формування позитивного ставлення до себе, до інших людей, життя в цілому; формування упевненості в собі і відновлення та збереження адекватної самооцінки, почуття власної гідності, набуття навичок адекватного і рівноправного спілкування, здатності до запобігання і вирішення міжособистісних конфліктів; розвиток самоорганізації та самоуправління, набуття і закріплення вольових якостей, стійкості до невдач тощо.

Приставаючи до проведення корекційно-розвивальної роботи, ми виходили з її загальноприйнятих принципів, враховуючи, водночас, специфіку проведення тренінгу з дітьми молодшого шкільного віку [57].

Зокрема, формулюючи принципи роботи в групі, ми враховували положення про єдність вікового та індивідуального у розвитку дитини, а саме: здійснювали індивідуальний підхід до дитини в контексті її вікового розвитку, підбирали форми та методи роботи, які відповідають віковим закономірностям учнів молодшого шкільного віку. Ми, також, відштовхувалися від ідеї про те, що активна діяльність самої дитини є рушійною силою її розвитку (О. М. Леонтьєв, П. Я. Гальперін, С. Л. Рубінштейн). Відповідно, найбільш адекватною формою діяльності молодших школярів для вирішення зазначених вище розвивально-корекційних завдань стала ігрова діяльність, а розвивально-корекційна робота здійснювалася через її організацію у співпраці з дорослими. Ми враховували, також, те, що для молодших школярів дорослий залишається взірцем, зразком для наслідування, соціальним авторитетом. Відповідно, мобілізація рушійних сил розвитку відбувається у дитини тоді, коли вона відчуває, що дорослий вірить у неї, довіряє їй, включає її у вирішення важких завдань і проблем.

Враховуючи все вищесказане, основними принципами роботи групи стали:

- *Принцип діалогічності*, що передбачає налагодження рівноправного спілкування між психологом та дітьми. Окрім цього, у процесі проведення тренінгу акцентувалась увага на право кожного учасника говорити та обов'язок слухати.

- *Принцип довіри до своїх переживань*: кожному молодшому школяреві надається можливість виявити адекватні почуття, переживання, думки, а не засвоєні стереотипно зразки поведінки. Завдяки умінню довіряти своєму досвіду і своїм переживанням, в учасників групи збільшується повага і позитивне прийняття себе, зростає позитивне ставлення до себе та до інших.

- *Принцип індивідуального підходу*, що передбачає врахування особливостей кожного учасника тренінгу.

- *Принцип "тут і тепер"*. Завдання тренінгу спрямовані на реалізацію актуальних переживань учасників тренінгу.

- *Принцип активності*, який полягає в тому, що в ході занять учасники постійно включаються у спеціально розроблені дії. Більшість психотехнік передбачає включення всіх учасників. Саме ігрова діяльність у психокорекційній групі охоплює різні форми активності.

- *Принцип дослідницької позиції молодших школярів*. У процесі роботи психокорекційної групи створюються такі ситуації, коли учасникам необхідно самим знайти розв'язання проблеми, усвідомивши її як власний досвід.

- *Принцип об'єктивності поведінки* забезпечується організацією зворотного зв'язку. Учасники групи одержують інформацію про себе і свою поведінку від інших членів групи і тренера, порівнюючи свою поведінку з діями інших учасників в аналогічних ситуаціях і, одержуючи інформацію про свою поведінку у зв'язку з ефективністю впливу на інших та розв'язання поставлених перед ними задач.

- *Принцип цілісності розвивальної роботи*, в якій певна психологічна дія є підготовкою для іншої та дає матеріал для вирішення проблеми взагалі, всі справи здійснюються послідовно та взаємопов'язані.

- *Принцип толерантної та коректної оцінки школяра*. Психолог повинен оцінювати не особистість молодшого школяра, його вчинки, дії, позиції ставлення. Як правило, оцінювання здійснюється у формі таких висловлювань: "Чому ти так вважаєш?", "Думка цікава, потрібно подумати" тощо;

- *Принцип культивування доброзичливості членів групи*. (Стосунки між членами групи повинні бути приємними, уважними, приязними).

Програма тренінгу передбачала 4 етапи: **діагностичний, орієнтовний, розвиваючий, закріплюючий**.

Діагностичний етап починається до тренінгового процесу. З метою визначення рівня здоров'я дітей, їхніх особистісних характеристик та особливостей ставлення до себе, інших, власного здоров'я та до життя в цілому

учасникам тренінгу пропонувалося ряд тестових методик. Ці ж методики учасники групи виконують і по закінченні тренінгової програми.

Основними характеристиками, які діагностувалися та, надалі, підлягали психокорекції були: рівень тривожності, особливості різних видів тривожності, сфера мотивації і потреб, особливості усвідомленості сутності поняття здоров'я, особливості самооцінки, контактність, локус контролю. Здійснення діагностики до проведення тренінгу забезпечило дотримання принципу єдності корекції та розвитку. Відповідно, рішення про необхідність корекційної роботи приймалося тільки на основі психолого-педагогічного аналізу внутрішніх і зовнішніх умов розвитку дитини.

За часовими параметрами діагностичний етап інтенсивно продовжується на всіх інших етапах тренінгу. Зокрема, на орієнтовному та розвивальному етапах здійснюється поточна психодіагностика, яка проводиться методом зворотного зв'язку на підставі інтерпретації поведінкових реакцій, рефлексії почуттів і емоційних станів, констатації вербальних і невербальних проявів молодших школярів. У цих випадках найпоширенішим методом діагностики було спостереження, а також проєктивні методики малюнкового типу.

Наприкінці четвертого етапу здійснюється контрольна діагностика.

Основна задача *орієнтовного етапу* полягала у формуванні групової структури, основними ознаками якої є вільне активне спілкування з психологом, спонтанне спілкування між собою, позитивне ставлення до всіх ігор, завдань та вправ, які пропонуються психологом.

На *розвивальному етапі* вирішувалися основні завдання тренінгу.

Основна мета *закріплюючого етапу* полягала у рефлексії змін, що відбулися в учасників за час тренінгу, прогнозуванні майбутньої поведінки.

Більш детальна характеристика змісту та основних завдань етапів тренінгу представлена в таблиці 3.4.

Нижче наводимо зміст корекційно-розвивальних занять тренінгу, спрямованого на збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

Таблиця 3.4

Структура, зміст та завдання програми тренінгу

Етапи психокорекції та кількість занять	Мета	Завдання етапу психокорекції	Теми занять
Орієнтовний 2 заняття	<ul style="list-style-type: none"> - орієнтація дітей у специфіці роботи на заняттях; - первинна діагностика особистісних характеристик учасників; - створення атмосфери взаємної довіри й поваги, позитивної мотивації й зацікавленості дітей у заняттях; - розвиток уміння впізнавати емоції за зовнішніми виявами, формування вербальної та невербальної поведінки, здатності усвідомлювати і передавати емоційний стан. 	<ul style="list-style-type: none"> - встановлення контакту і робочих стосунків з учасниками групи; - ознайомлення з основними правилами роботи в групі; - емоційне згуртування учасників групи; - вироблення активного тренінгового стилю спілкування. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Знайомство 2. Яка я людина?
Розвивальний 12 занять	<ul style="list-style-type: none"> - демонстрація й апробація методів і прийомів формування здорового способу життя; - актуалізація додаткових психічних сил і особистісних характеристик, які можуть забезпечити позитивне ставлення дитини до себе, до інших, до діяльності та знаходження нових можливостей покращання позитивних рис характеру. 	<ul style="list-style-type: none"> - розвиток усвідомлення сутності поняття здоров'я; - забезпечення умов для рефлексії особистісного ставлення до здоров'я як до цінності, осмислення причин його втрати і переживання ситуації вільного вибору здорового способу життя; - стимулювання змін ставлення дитини до себе, до інших, до навчальної діяльності та до життя в цілому; - формування установок на підвищення рівня самосприяття та актуалізації позитивних рис характеру; - відпрацювання індивідуальних стратегій і тактик у подоланні труднощів у житті. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Людські цінності. 2. Як бути здоровим. 3. Що означає бути впевненим у собі. 4. Я впевнений у собі. 5. Я – неповторний. 6. Я хочу і можу. 7. Ми поборемо тривожність. 8. Я добре почуваю себе серед інших. 9. Нам подобається спілкуватися один з одним. 10. Я і моя сім'я. 11. Я і моє шкільне життя. 12. Телебачення – мій друг?
Закріплюючий 2 заняття	<ul style="list-style-type: none"> - рефлексія змін, що відбулися в учасниках і в групі за час тренінгу; - прогнозування майбутньої поведінки. 	<ul style="list-style-type: none"> - переосмислення уявлень про себе на основі зворотного зв'язку, аналізу, що відбувається в групі, і рефлексії; - розширення сфери усвідомлюваного в розумінні своїх учинків; - відпрацювання ефективних засобів покращення власного здоров'я. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Корабель успіхів. 2. Підсумки.

Заняття 1. "Знайомство". Мета: зняти інертність фізичного й психічного самопочуття дітей, налаштувати їх на активну роботу й контакт один з одним, розвивати й коригувати емоційну сферу учнів; вчити розпізнавати емоції за зовнішніми виявами.

Заняття 2. "Яка я людина?" Мета: вчити передавати характер (добрий, злий) за допомогою малюнка; навчати за допомогою невербальної поведінки (жести, міміка), передавати емоційний стан; виховувати співчутливість, доброзичливість, спрямованість на взаємодопомогу.

Заняття 3. "Людські цінності". Мета: ознайомити учасників із розмаїттям людських цінностей, допомогти встановити їх індивідуальну ієрархію, визначити серед них місце здоров'я та взаємозв'язок з іншими цінностями.

Заняття 4. "Як бути здоровим". Мета: актуалізувати тему здоров'я; визначити розуміння учасниками тренінгу поняття "здоров'я"; підтримати в учасників усвідомлення важливості для свого здоров'я власних дій та поведінки; визначити чинники негативного впливу на індивідуальне здоров'я учасників та можливі особисті дії щодо їх усунення; розкрити багатогранність цього феномену та залежність реалізації життєвих цілей від нього.

Заняття 5. "Що означає бути впевненим у собі". Мета: дати уявлення про поняття впевненості, її характерні ознаки, вербальні й невербальні вияви впевненості; розвивати особистісну рефлексію; виховувати почуття впевненості у собі, використати методи бесіди та казкотерапії для розвитку особистісної рефлексії.

Заняття 6. "Я впевнений у собі". Мета: допомогти дитині усвідомити свої можливості, розвинути навички; дізнатися про дії, які можуть сприяти розвитку впевненості у собі, усвідомленню дітьми власних думок; формувати позитивне ставлення до себе.

Заняття 7. "Я – неповторний". Мета: дати дітям уявлення про індивідуальність, неповторність кожного з них; провести діагностику

самооцінки; допомогти дитині підвищити самооцінку і сформувати позитивний Я-образ; навчити схвалювати, підбадьорювати і надихати самого себе.

Заняття 8. "Я хочу і можу". **Мета:** використати позитивні емоції дитини, які пов'язані з її минулими успіхами, для формування нових мотиваційних відносин; сприяти зміні мотивації через формування нового позитивного мислення; прискорити мотиваційні перетворення особистості через ідентифікацію з кимось або з чимось.

Заняття 9. "Ми поборемо тривожність". **Мета:** розвивати в учнів впевненість у собі та знизити рівень тривожності. Розвивати комунікативні навички. Оволодіння прийомами релаксації.

Заняття 10. " Я добре почуваю себе серед інших". **Мета:** активізувати учасників до роботи в групі; розвивати увагу до дій іншої дитини, уміння обирати засоби вербального та невербального спілкування, зрозумілі іншим; формувати позитивне ставлення до інших людей.

Заняття 11. "Нам подобається спілкуватися один з одним". **Мета:** формувати позитивне ставлення до партнерів по спілкуванню, здійснювати корекцію самооцінки та зниження рівня тривожності в комунікативній діяльності.

Заняття 12. "Я і моя сім'я". **Мета:** допомогти дітям усвідомити вимоги дорослих членів сім'ї, розвивати уміння співставляти їх зі своїми можливостями і бажаннями; навчити дітей способам вирішення конфліктних ситуацій з батьками та іншими членами родини; підвищувати їх самоповагу.

Заняття 13. "Я і моє шкільне життя". **Мета:** здійснити корекцію шкільної тривожності; стимулювати позитивне ставлення до навчання; формувати позитивну Я-концепцію особистості.

Заняття 14. "Телебачення – мій друг?" **Мета:** навчити дітей усвідомлено дивитись телевізор (виробляти критичність), сформувати уявлення про те, що негативно впливає на здоров'я.

Заняття 15. "Корабель успіхів". **Мета:** закріпити позитивне ставлення до себе, розвивати уміння долати непевність та тривогу, пов'язану з різними життєвими ситуаціями.

Заняття 16. "Підсумки". **Мета:** підвести підсумки тренігових занять, спільно з дітьми виробити правила, за якими потрібно жити кожному, обговорити їх.

У таблиці 3.5 подано план проведення кожного заняття тренінгу. Заняття проводилися за чіткою схемою і включали ігрові вправи на активізацію, вступну частину (у якій дітей ознайомили з основними завданнями заняття та здійснивалося їхнє мотивування), основну частину (спрямовану на вирішення основних завдань заняття, обов'язковими компонентами якої були інформування та навчання), підсумки заняття (де здійснювалося закріплення засвоєного), вправи на завершення (з метою рефлексії набутого досвіду) та домашнє завдання.

Як видно з таблиці 3.5, на різних етапах проведення заняття нами використовувались етюди, рольові ігри, психогімнастика, вербальні та невербальні ігрові вправи, психомалюнок, робота з казкою, метафорами, оповіданнями, індивідуальні завдання тощо.

Вправи, ігри та завдання до тренінгової програми підібрані з літератури, окремі з них модифіковані нами, деякі створені самостійно [150].

Наповнюваність етапів заняття конкретними іграми та вправами залежала від багатьох чинників.

Основний зміст та форми роботи, які презентуються на кожному занятті:

- індивідуальна і групова рефлексія на початку і кінці роботи (сенси цієї роботи в осмисленні процесів, способів і результатів індивідуальної і спільної діяльності). Рефлексія передбачає ретроспективну оцінку заняття в двох аспектах: *емоційному* (що сподобалось – не сподобалось, було добре – погано і чому) і *смісловому* (чому це важливо, навіщо ми це робили). Рефлексія попереднього заняття включає спогади дітей про те, чим вони займались минулого разу, що особливо запам'яталось, для чого вони це робили, тощо. Рефлексія наприкінці заняття дає дітям змогу при допомозі дорослого відповісти на питання: для чого це потрібно, як це може допомогти в житті. Вона створює можливість зворотного емоційного зв'язку між психологом та учасниками групи;

Таблиця 3.5

План проведення занять тренінгу збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку

Етапи занять	Форми роботи на занятті					
	Ігрові вправи	Етюди	Індивідуальне завдання	Робота з казкою, оповіданням	Рольова гра	Робота з малюнками
Ігрові вправи на активізацію	"Слова, які допомагають", "Чарівна шухляда", "Знайомство"; гра-розминка "Радість"	"Повітряна кулька", "Автомобіль і водій"	"Зоомагазин", "Пальчикові бої", "Успіх у минулому", "Повітряна кулька"		"Корабель і вітер", "Човен"	"Радість"
Вступна частина	"Повтори за мною", "Витівник"	"Від зернятка до дерева"	"День здоров'я", "Викрадення мети", "Індіанки"	Байка "Як бути здоровим", оповідання "Різнокольорові камінці"		
Основна частина	"Я протестую", "Очі-кокетки", "Сонечко"		"Моє ім'я", "Сонце і сонях", "Сформувай позитивний Я-образ", "Ідентифікація з улюбленою твариною", "На кого б я перетворився в чарівній країні", "Аналіз телепрограм"	Казка-метафора "Пташенята", казка "принц та жабеня", "Країна Трямляндія"	"Нам подобається спілкуватися один з одним", "Індіанки", "На кого б я перетворився в чарівній країні", "Казковий герой"	
Підсумки заняття		"Австралійський дощ"	"Похвала самому собі", "Най-най"			Малюнок "Добро і зло"
Вправи на завершення			"Віночок побажань", "Хто Я?", "Щастя по колу"		"Третій зайвий", "Зроби зараз те, що роблять Принци"	
Домашнє завдання			Спостереження за власною "телевізійною поведінкою", робота з висловами; цікаво оформити правила спілкування і розмови; робота з висловами			

- психогімнастичні процедури з ефектом релаксації. Під час психогімнастичних тренінгових вправ відбувається процес зміни поведінки, який включає в себе наступні стадії: попереднє обдумування, підготовка, дія, підтримання. Психотерапевтичні впливи були спрямовані на зміни в *пізнавальній* сфері особистості дитини через переконання, навіювання, конфронтацію, прояснення й інтерпретацію мало усвідомлюваного змісту переживань; в *емоційній* сфері через катарсис, емоційну підтримку; в *поведінковій* через мотивацію, новий емоційний і міжособистісний досвід, підкріплення [133];

- аналітична робота психолога з осмислення групових процесів, змін у позиції учасників;

- ритуали привітання-прощання, які є важливим моментом роботи з групою, що дозволяють згуртувати дітей, створити атмосферу групової довіри та прийняття, що, в свою чергу, надзвичайно важливо для плідної роботи. Ритуали виконуються на кожній зустрічі, в них беруть участь всі діти.

Разом з тим використання методів та прийомів на кожному етапі проведення тренінгу мало свою специфіку.

Так, на *орієнтовному етапі* основний зміст утворюють психологічні вправи, спрямовані на зняття напруги і згуртування групи, а також на створення позитивної атмосфери і розвиток самосвідомості.

На *розвивальному етапі*, окрім зазначених вище вправ, відбувається демонстрація й апробація методів і прийомів формування здорового способу життя, актуалізації додаткових психічних сил і особистісних характеристик, які можуть забезпечити позитивне ставлення дитини до себе, до інших, до життя та знаходження нових можливостей покращання позитивних рис характеру.

Отже, на цьому етапі ми використовували методи та прийоми психокорекції спрямовані на розвиток системи ставлень дитини, які зумовлюють її психічне здоров'я, а саме: ставлення дитини до власного здоров'я, до себе, до інших та до життя в цілому.

Основні завдання, які ми переслідували, здійснюючи корекцію ставлення дитини до власного здоров'я: сприяти залученню дітей до фізичної активності, здійснювати профілактику негативних явищ шляхом формування орієнтації дітей

на здоровий спосіб життя через набуття превентивних знань, умінь, навичок, психозахисних якостей і установок на соціально-відповідальну поведінку.

Здійснюючи корекція ставлення дитини до себе, основна увага була зосереджена на здійсненні реабілітації "Я" дитини у власних очах, досягненні нею безумовної впевненості в собі і відновлення почуття власної гідності, корекції системи цінностей, потреб, приведенні домагань дитини у відповідність з її психофізичними можливостями.

Основними завданнями корекційно-розвивальної роботи, спрямованої на корекцію ставлення дитини до інших були: формування емпатійності, здатності до розуміння переживань, станів і інтересів інших дітей, здатності до доброзичливого сприйняття досягнень та недоліків інших осіб, набуття навичок аргументації і точного викладу думок, уміння встановлювати ділові контакти, набуття лідерських та організаційних навичок, набуття навичок адекватного і рівноправного спілкування, здатності до запобігання і вирішення міжособистісних конфліктів.

Корекція ставлення дитини до життя переслідувала вирішення таких завдань: набуття навичок вибору і прийняття рішень, мобілізації і самоорганізації, набуття і закріплення вольових якостей, стійкості до невдач.

Блокова структура розвивального етапу тренінгу, коли послідовно здійснювалася робота над розвитком зазначених вище видів ставлення молодших школярів, дозволяла послідовно виробити у кожного учасника усвідомлення сутності здоров'я, сформувані своє ставлення до нього, розвивати здатність знаходити в собі сильні сторони, на які можна опиратися, працюючи над удосконаленням власної особистості, зорієнтувати дітей на здоровий спосіб життя, розвивати уміння чинити опір чинникам, які його руйнують, та моделювати навички розвитку наполегливості у подоланні труднощів та стійкості до невдач.

Звичайно, що поділ розвиваючого етапу на блоки умовний. Адже в кожній запропонованій ситуації присутній вплив на всі складові, які зумовлюють фізичне, психічне і соціальне здоров'я дитини, котрі варто

розглядати в їх єдності. Проте, метою тієї або іншої вправи є тренінг певного виду ставлення дитини.

При підборі методів, *спрямованих на корекцію ставлення дитини до здоров'я* ми виходили з того, що це ставлення визначається усвідомленням особистістю сутності цього феномена, чинників, які його зумовлюють, знанням своїх можливостей діяти певним чином, щоб зміцнювати власне здоров'я.

Ми вдавалися до таких методів, які спрямовані, передусім, на розвиток когнітивної сфери молодшого школяра. Наприклад: міні-лекція, бесіда, виконання індивідуальних завдань, мозковий штурм тощо. Наведемо приклади таких вправ.

1. Вправа "Індивідуальне завдання". Мета: визначити фактори негативного впливу на індивідуальне здоров'я учасників та можливі особисті дії щодо їх усунення.

Хід проведення

Тренер роздає кожному з учасників два аркуші паперу різного кольору.

1. На одному з них потрібно протягом 2 хв. записати відповідь на запитання: "Які негативні фактори шкодять вашому здоров'ю?"

2. На іншому – "Які мої дії можуть усунути цей негативний вплив?"

Тренер пропонує другий листок наклеїти поверх першого, таким чином уже символічно розпочавши боротьбу за здоров'я, обидва склеєні аркуші учасники розміщують у своїх зошитах.

2. Вправа "День Здоров'я". Мета: створити позитивну атмосферу в групі, актуалізувати тему здоров'я.

Хід проведення. Тренер звертається до учасників зі словами: "Уявіть собі, що саме сьогодні ми з вами вирішили провести у нашій групі "День Здоров'я". Давайте зараз поміркуємо про те, що кожен із вас міг би принести для цього дня?.."

Отже, кожний має назвати своє ім'я, а те, що він принесе, має починатися на першу літеру його імені (наприклад: "Мене звать Яна – я принесу яблука", Леся – лижі тощо). Всі учасники по черзі виконують завдання, після чого проводиться обговорення.

Запитання для обговорення. Для яких складових вашого здоров'я було корисним виконання цієї вправи? У чому користь для вашого здоров'я, тих речей, які ви називали?

3. Вправа "Сонце і сонях". Мета: визначити розуміння учасниками поняття "здоров'я" та бачення своїх життєвих планів; розкрити багатогранність здоров'я та залежність реалізації життєвих цілей від нього.

Хід проведення. Вправа виконується в 2 етапи:

I етап

1) Учасники отримують від тренера по три червоних чи рожевих аркуші паперу. На яких потрібно протягом 3 хв. продовжити початок речення "Для мене здоров'я – це..." Кожну відповідь учасники записують на окремому аркуші.

2) Тренер демонструє групі плакат "Сонце" і на його промінцях позначає та пояснює складові (аспекти) здоров'я. Їх вісім: фізична, соціальна, духовна, професійна, інтелектуальна, екологічна, емоційна, психологічна.

3) Називаючи кожний промінець (аспект здоров'я). тренер запитує в учасників, як вони розуміють зміст і значення кожного, а в разі необхідності дає пояснення й від себе.

Складові здоров'я.

Фізична складова розкриває індивідуальні особливості організму людини, його красу, силу та витривалість, генетичну спадковість, рівень фізичного розвитку органів і функціональних систем організму, відсутність чи наявність тілесних вад або недуг.

Духовна складова передбачає сприйняття духовної культури людства - освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики, що означає, зокрема, цінність людини, її віру, ідеали, принципи, правила, світогляд, переконання тощо; окрім того, важливо не просто їх усвідомлювати чи проголошувати, а й активно впроваджувати в життя.

Інтелектуальна – здатність людини знаходити потрібну їй інформацію, засвоювати нові знання, використовувати їх, приймаючи ті чи інші життєві рішення.

Емоційна – уміння людини адекватно переживати все, що з нею відбувається, розуміти емоції й почуття інших людей, керувати своїм емоційним станом, бути емоційно врівноваженою.

Соціальна складова – визначається здатністю людини будувати та підтримувати позитивні стосунки з іншими людьми, рівнем комфортності її самопочуття серед інших, кількістю близьких людей, на допомогу яких вона може розраховувати в складних ситуаціях.

Професійна – професійне самовизначення, відчуття перебування на "своєму місці", самореалізація у виконуваний діяльності та задоволення від того, що робиш.

Екологічна характеризується ставленням людини до природи, її впливом на навколишнє середовище.

Психологічна складова віддзеркалює уміння людини пристосовуватися до мінливих умов життя, розвиватися та самовдосконалюватися.

4) Після з'ясування змісту складових здоров'я тренер пропонує учасникам по черзі підійти до плакату "Сонце", зачитати три своїх визначення, визначити належність кожного до певного аспекту здоров'я та наклеїти на відповідний промінець.

5) Тренер зачитує групі визначення поняття "здоров'я", запропонованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ): Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад.

Обговорення I етапу вправи. Який промінець у нашого Сонечка виявився найдовшим? Що це може означати? Який зв'язок існує між різними промінцями? З якими промінцями сонечко сподобалося б вам більше? Чому? Які висновки щодо здоров'я можна зробити завдяки нашому Сонечку?

II етап

1) Кожний учасник отримує по одному жовтому аркушу паперу, на якому слід закінчити наступне речення: "Мені важливо бути здоровим, щоб ...", час виконання – 3 хв.

2) Після цього по колу відбувається зачитування варіантів відповідей учасників.

3) Тренер представляє учасникам плакат "Сонях" і запрошує всіх підвестись і наклеїти всередину соняшника свої відповіді ("зернятка").

4) Коли всі знову повернуться в коло, тренер запитує: Які думки виникли у вас під час написання відповідей на жовтих аркушах? Що ми щойно визначали? Чим є наші "зернятка"? Як одним-двома словами можна назвати відповіді - "зернятка" в центрі соняха?

Тренер з'єднає плакати "Сонце" та "Сонях" в єдину композицію й проводить загальне обговорення вправи (10 хв.)

Запитання для обговорення. Якщо подивитися на композицію "Сонце і сонях", що можна сказати про їх зв'язок у природі? Який зв'язок існує між здоров'ям – символічним "сонцем" – і життєвими цілями (перспективами, планами, задумами тощо) – "соняхом"? Які висновки ми можемо зробити з цієї вправи?

Зупинимося на розгляді вправ, присвячених *корекції ставлення дитини до себе*. Метою вправ і прийомів, використаних при корекції цього структурного компоненту психічного здоров'я дитини, було формування позитивного ставлення до себе, стимулювання змін в емоційній, вольовій сфері особистості.

Окрім зазначених вище вправ використовувалися обговорення оповідання, вправи мотиваційного тренінгу, робота з малюнками, тестовими методиками. Наведемо приклади подібних вправ.

1. Вправа "Я – неповторний". Мета: дати дітям уявлення про індивідуальність, неповторність кожного з них; провести діагностику самооцінки; виробити доброзичливе ставлення один до одного; розвивати позитивну самооцінку.

Хід проведення.

1. Робота з текстом оповідання. Різнокольорові камінці (див. додаток).

2. Обговорення.

Після читання оповідання ведучий запитує у дітей: Що можна сказати про Дракошу? Який він? А вас цікавило питання, чим ви відрізняєтесь один від одного? Що ви можете сказати про своїх однокласників? Хто найдобріший? Хто найсміливіший? Хто найрозумніший?

2. Вправа "Сформуй позитивний Я-образ". Мета: розвивати позитивну адекватну самооцінку, краще усвідомлення свого особистісного потенціалу.

Хід проведення.

1. Поміркуйте і запишіть ваші позитивні риси, які допомагають вам в навчанні та житті.

2. Згадайте і запишіть позитивні висловлювання, схвалення на вашу адресу з боку друзів, батьків, учителів.

3. Згадайте, які зрушення на краще у вашій навчальній діяльності мали місце за останній період. Можливо, діяльність загалом і не була успішною, але у певних її компонентах завжди можна знайти позитивні зміни. Поміркуйте, як можна було б розвинути ці невеликі успіхи.

4. Назвіть усе хороше, що ви могли б сказати про себе. Поміркуйте і складіть для себе текст, який допомагав би вам підтримувати позитивний Я-образ і спонукав би на досягнення успіхів.

3. Вправа "Похвала самому собі". Мета: відновлення почуття власної гідності, віри у свої сили.

Хід проведення.

1. Згадайте подію, коли ви досягли успіху, проявивши наполегливість, цілеспрямованість, кмітливість тощо. Згадайте емоційний стан (задоволення, піднесення), в якому перебували в ситуації успіху і перемоги.

2. Похваліть самого себе. Скажіть самому собі кілька приємних слів. Наприклад: "Молодець! Чудова робота! Так і далі тримати!"

3. Зобов'яжіть себе і надалі так працювати (наприклад, проявити наполегливість, цілеспрямованість тощо).

Наприклад

Михайло похвалив себе за помітний прогрес у вивченні іноземної мови, якого він досягнув завдяки систематичній, наполегливій роботі: "Чудово!"

Недаремно ж було затрачено стільки зусиль! Щоденна робота дала свої результати. Я молодець, що працював так багато, а головне – систематично! Надалі не розслабляйся, а працюй більше! Я зобов'язую себе щодня працювати щонайменше дві години над удосконаленням знань з іноземної мови!"

Ставлення молодших школярів до інших людей виявляється у виборі та реалізації певної лінії поведінки, конкретних учинків щодо них. Типовими показниками успішного розвитку учнів початкової школи виступають такі дії та риси особистості: прояви самостійності, комунікативності, саморегуляція поведінки; низька агресивність; прояви конкретних умінь спілкування, емпатійність тощо.

Метою вправ використаних для формування цього ставлення є формування навичок і прийомів індивідуальних стратегій і тактик такої поведінки. Для формування цього виду ставлення використовувалися рольові ігри, вправи мотиваційного тренінгу, робота з казкою тощо.

Приклади вправ, який використовувався в роботі, при формуванні позитивного ставлення до інших.

1. Рольова гра "Нам подобається спілкуватися один з одним".

Мета: навчити дітей правилам взаємодії з іншими людьми, розвиток комунікативних умінь

Хід проведення. Ведучий розповідає дітям, що розмовляти з людьми дуже важливо, бо на цьому будуються всі стосунки. Вміння правильно говорити має велике значення, але цій навичці потрібно вчитись і розвивати її.

Ведучий вибирає двох активних учнів і видає їм по картці, на якій написані їх ролі. Ведучий сам може придумати ситуацію або записати сюжет, який він часто спостерігає у класі. Дуже важливо, щоб імена, які записані в картках, не повторювали реальні імена учнів. після того, як діти прочитали свої картки, ведучий повинен підійти до кожного учасника гри і дати усну рекомендацію. Потім діти розігрують ситуацію, яка записана на картці. Необхідно, щоб після програвання відбулась деролізація, і діти сіли у спільне коло. Всі інші діти мовчки спостерігають, після чого кожен (включаючи "акторів") висловлює свою думку, чому в даній ситуації спілкування не

відбулось. Виробляються основні правила спілкування. Потім ситуація переграється іншими акторами, застосовуючи відповідні правила спілкування.

Приклади карток: картка №1. Тебе звать Кирило. У тебе є друг Іван, ти дуже довіряєш йому, і сьогодні ти хочеш розказати йому про велику несправедливість, яка з тобою відбулася: сьогодні учитель несправедливо поставив тобі двійку і викликав у школу маму. Ти дуже хвилюєшся і просиш поради у товариша. Але, коли ти починаєш йому розповідати, він поводить себе так дивно, він тебе чомусь не слухає. Нарешті ти ображаєшся та йдеш.

2. Вправа "Мені подобається твій (твоя)...".

Мета: формування позитивного ставлення до ровесників, розвиток навичок аналізу та самоаналізу.

Хід проведення. Діти створюють тісне коло. Кожен з учасників повинен сказати двом членам групи, яких він обере, висловлювання про їх зовнішність, "ім'я, мені подобається твій (твоя)...".

Після цього кожен учасник може сказати двом іншим учням, що в їхній поведінці чи рисах характеру йому найбільше подобається.

Обговорення: Що ти почував, коли говорив приємні речі іншим? Що ти почував, коли чув приємні речі про себе? Що було робити легко, а що важко?

3. Вправа робота з казкою "Пробачити мамі".

Мета: формування позитивного ставлення до батьків, вміння вибачати, здатності обирати безконфліктну стратегію поведінки.

Хід проведення. Слухання казки. В одному великому місті жила сім'я гномів. Гноми – такі ж істоти, як і люди, але дуже маленькі. Ця сім'я була дружною, всі один одного любили і поважали. Але одного разу в родині гномів сталася така історія.

Мама йшла з дому у своїх справах і сказала маленькому сину: "Я незабаром повернуся. Будь розумником". Гномик, залишившись сам, почав грати і все розглядати. Раптом його погляд зупинився на гарній вазі, яка стояла в кімнаті мами. Це була улюблена мамина ваза. Сонячні промені стрибали по ній. Але зараз скло було тьмяним, покрите пилом, і ваза через це виглядала дуже непривабливо. "А що як я помию вазу! – вирішив гномик. – А коли матуся

повернеться, то зрадіє, що ваза виблискує на сонці". Він став на стілець, потягнувся до вази і вже простягнув руку, щоб її взяти, але не втримався і впав. Ваза впала зі столу і розбилася. "Як шкода!" – заплакав маленький гномик. І тут повернулася мама. Вона дуже засмутилася, що її улюблена річ перетворилася на купу розбитого скла. Вона насварила сина за його незграбність. Мама так і не дізналася, що уся ця неприємність сталася тому, що Гномик хотів порадувати її.

Малюку не хотілося нікого бачити, він зачинився у дитячій кімнаті і гірко плакав. " Я так хотів зробити для мама щось приємне! Я ж не винен, що в мене не вийшло! А вона... Нехай я буду один на цілому білому світі!" – крізь сльози промовив Гномик. Сльози, як горох, покотились у нього з очей, і раптом одна сльозинка впала на книжку, де був намальований чарівник. Сльозинка оживила його, і він сказав: "Я все знаю, все бачив. Ти образився на маму і хочеш, щоб її не було. Вона покарала тебе, не з'ясувавши, у чому справа. Що ж, у мене є чарівна паличка. Зараз я нею змахну і твоя мама зникне, а ти залишишся сам на цілому світі...". Так і сталося. Мама зникла. Гномик самотньо тинявся по будинку. Невдовзі він відчув, що без мами йому погано. Потім йому захотілося щоб мама була поряд. "Напевне, і їй без мене погано. Мабуть, вона мене шукає. Можливо, їй навіть гірше, ніж мені..." – думав Гномик. Але як повернути маму?

І тут йому спало на думку: а, може, треба пробачити мамі? І тільки-но він перестав на неї ображатися, мама опинилася поряд. Вони обійнялися і стали просити пробачення один в одного. Гномик усе їй пояснив, а потім вони пішли в парк. Мама купила синові солодоці, розповіла йому цікаву історію про своє дитинство. А Гномик слухав розповідь і думав: "Як добре, що я зміг простити мамі. Я завжди буду їй пробачати, адже вона для мене найрідніша і найдорожча людина". А мама думала: "Як я була неправа, і як добре, що мій синок зрозумів мене і пробачив. Буду намагатися не ображати його більше, адже ми так любимо один одного!"

Бесіда за змістом прослуханого: Чому так важливо уміти просити пробачення і пробачати? На які роздуми наштовхнула вас ця казка?

4. Вправа "Якби я був чарівником".

Мета: формування емпатійності, здатності турбуватися про інших.

Хід проведення. Ведучий пропонує дітям подумати над тим, які б перетворення вони зробили, щоб життя у їхніх сім'ях змінилося на краще. Свої міркування діти записують в зошитах, продовжуючи речення: "Якби я був чарівником, я б зробив так, щоб..." Після виконання роботи кілька дітей зачитують те, що написали.

Здійснюючи корекцію ставлення учнів до навчання та до життя в цілому ми вдавалися до застосування вправ, спрямованих на розвиток самопідкріплення і самоспонування, розвиток мотивації досягнення і стійкості до невдач. Наведемо приклади вправ.

5. Вправа "Успіх у минулому".

Мета. Використання позитивних емоцій, пов'язаних з минулими успіхами, для формування нових мотиваційних стосунків.

Хід проведення.

1. Згадайте випадок зі свого життя, коли ви пережили значний успіх. Заплющіть очі та уявіть собі це яскраво. Створіть картину в уяві.

2. Далі поміркуйте про мету, якої ви прагнете досягти. Уявіть її чітко.

Прокрутіть в уяві картинку – досягнення мети.

3. Розмістіть в уяві цю картинку туди ж, де була і попередня.

Ваше завдання полягає у тому, щоб ці дві картинки накласти одна на одну. Прагніть пережити радість, задоволення від майбутнього успішного завершення справи (досягнення мети) так, як ви відчували це в минулому.

6. Вправа "Викрадення мети".

Мета: сприяти зміні мотивації через формування позитивного мислення, уміння долати непевність та тривогу, пов'язану з різними ситуаціями життя.

Хід проведення.

1. Опишіть реальні ситуації, які траплялися у вашому житті (коли хтось досягав цілей, які ви ставили перед собою, коли хтось реалізував ваші мрії).

2. Що ви відчували у такій ситуації?

3. Чи збільшується у вас прагнення до мети, коли ви бачите, що інші діти зуміли досягти успіху?

4. Чи вірите ви у свої сили? Чи впевнені в тому, що цілком спроможні подолати труднощі та перешкоди?

5. Чи усвідомлюєте ви, що перешкод на шляху до успіху не так уже і багато і що їх можна подолати?

6. За рахунок яких рис характеру і здібностей хтось інший (на противагу вам) спромігся досягти мети?

7. Вправа "Ідентифікація з улюбленою твариною".

Мета: прискорити мотиваційні перетворення особистості через ідентифікацію з кимось або з чимось.

Хід проведення. Ототожнюючись (ідентифікуючись) з кимось або з чимось, можна прискорити мотиваційні перетворення своєї особистості. Коли ми ототожнюємося з героєм, коли, прагнучи наслідувати його, уявляємо ситуації, в яких ми здійснюємо соціальні бажані дії, то це має певний вплив на нашу свідомість. Відповідні зміни мають місце і в ситуаціях ідентифікації з улюбленою твариною (яка, долаючи перешкоди, прагне будь-що досягти свого), коли ви спроможні актуалізувати свою наполегливість, силу волі і підвищити мотивацію досягнення.

З найулюбленіших ваших тварин виберіть ту, котрій притаманні риси, які ви прагнете розвинути у себе. Побудьте в образі цієї тварини і намагайтеся щонайменше 5 хвилин в уяві долати труднощі.

1. З якою твариною ви ототожнилися (асоціювалися)?
2. Які ситуації, пов'язані з досягненням мети, ви уявляли?
3. Що ви відчували, переживали в цей момент?

3.4. Динаміка впливу психологічних чинників на збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку

З метою оцінки ефективності впровадження програми психологічного супроводу збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку, нами було здійснено контрольний зріз з використанням психодіагностичних методик, тотожних застосованим на констатувальному етапі дослідження.

Порівняльний аналіз отриманих результатів до та після формувального експерименту дозволив прослідкувати зміни, які мали місце у результаті здійснення корекційно-розвивальної роботи, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я молодших школярів, та перевірити припущення щодо позитивного впливу застосованої нами програми й, зокрема, психолого-педагогічного тренінгу на цей процес.

Теоретичне підґрунтя проведеного нами тренінгу полягало в припущенні, що становлення фізичного, психічного та соціального здоров'я молодших школярів зумовлюється особливостями їх ставлення до власного здоров'я, до себе, до інших та до життя в цілому. Водночас, кожна із зазначених вище складових здоров'я молодшого школяра, в свою чергу, зумовлюється певними чинниками, такими як: усвідомлення сутності поняття здоров'я та дієве ставлення до його збереження, інтернальний локус контролю школярів, адекватна самооцінка, нормальний рівень загальної тривожності, низькі показники тривожності, пов'язані з міжособистісною взаємодією, навчальною діяльністю та оцінкою власної особистості. Враховуючи те, що основні методи та прийоми нашого тренінгу були спрямовані на розвиток вказаних чинників, повторній діагностиці піддалися саме вони.

Відповідно, на цьому етапі наше дослідження здійснювався у таких напрямках:

- 1) визначення рівня усвідомленості молодшими школярами сутності поняття здоров'я та чинників, що його зумовлюють;
- 2) виявлення особливостей локусу суб'єктивного контролю, рівнів тривожності, співвідношення їх видів, а також самооцінки молодших школярів;
- 3) порівняння даних експериментальної та контрольної груп до та після проведення тренінгу, визначення значущості різниці отриманих показників за допомогою методів математичної статистики, інтерпретація отриманих результатів.

Виявлення значущості отриманих результатів, передусім, вимагало вирішення питання щодо використання параметричних чи непараметричних методів математичної статистики. Наша відмова від більш чутливих

параметричних методів (до яких належить, зокрема, і широко використовуваний у психологічних дослідженнях *t*-критерій Стьюдента) та звернення до непараметричних методів зумовлювалися висновком про ненормальність розподілу досліджуваних ознак у генеральній сукупності

З огляду на це, для порівняння залежних вибірок застосовувалися такі непараметричні аналоги критерію *t*-Стьюдента, як *критерій T-Віллоксона* та *критерій знаків G*, а для порівняння незалежних вибірок – *критерій U - Манна-Уїтні*.

Порівняння отриманих результатів показало, що показники рівня усвідомленості молодшими школярами поняття здоров'я та чинників, що його зумовлюють в процесі здійснення формувального експерименту, зазнали суттєвих змін.

Так, по завершенню тренінгу, зафіксовано значення зміни усвідомленості молодшими школярами цього поняття (див. табл. 3.6).

Зокрема, після формувального впливу, серед досліджуваних експериментальної групи, на 25,02% збільшилася, порівняно з початком експерименту, кількість молодших школярів, що характеризуються повним усвідомленням поняття здоров'я (до експерименту – 22,22% учнів, після – 47,24%). Кількість таких дітей, в основному, збільшилася за рахунок тих, які раніше частково усвідомлювали це поняття (після експерименту їх кількість зменшилась на 11,11%). Разом з тим, спостерігається стрімке зменшення числа дітей з низьким рівнем його усвідомлення (їх кількість зменшилась на 13,91%).

Молодші учні контрольної групи не показали значущих змін у показниках рівнів усвідомлення поняття здоров'я. Так, кількість дітей з низьким рівнем усвідомленості зменшилась лише на 6,69%. Відповідно, на 2,2% зростає кількість дітей з повним усвідомленням і на 4,49% з частковим.

Таблиця 3. 6

Динаміка рівнів усвідомлення молодшими школярами сутності поняття здоров'я у процесі формувального експерименту

Рівні усвідомлення	Експериментальна група						Контрольна група					
	<i>До експерт.</i>		<i>Після експерт.</i>		<i>Різниця</i>		<i>До експерт.</i>		<i>Після експерт.</i>		<i>Різниця</i>	
	К-ть учнів	%	К-ть учнів	%	К-ть учнів	%	К-ть учнів	%	К-ть учнів	%	К-ть учнів	%
Повне (високий рівень)	8	22,22	17	47,24	9	25,02	10	22,25	11	24,45	1	2,2
Часткове (середній рівень)	21	58,35	17	47,24	4	11,11	25	55,50	27	59,99	2	4,49
Низьке (низький рівень)	7	19,43	2	5,52	5	13,91	10	22,25	7	15,56	3	6,69
Всього	36	100	36	100	18	50,04	45	100	45	100	6	13,38

Необхідно зазначити, що відмінності у показниках усвідомленості сутності поняття здоров'я до і після експерименту в експериментальній групі є статистично значущими ($t_{0,01}=2,762$), тоді як у контрольній групі не значущі.

Отримані результати свідчать про ефективність застосованих нами засобів розвитку рівня усвідомленості молодшими школярами поняття здоров'я та чинників, що його зумовлюють.

Приступимо до порівняльного аналізу результатів дослідження особливостей локусу суб'єктивного контролю молодших школярів, отриманих до і після формувального експерименту. Констатувальне дослідження підтвердило припущення, що інтернальний локус контролю виступає особистісною детермінантою, яка зумовлює збереження та зміцнення здоров'я молодших школярів. Саме тому була здійснена діагностика особливостей прояву цього показника після проведення формувального експерименту.

Дослідження становлення інтернальних тенденцій суб'єктивного контролю молодших школярів свідчить про більш виразний характер його динаміки в експериментальній групі, порівняно із контрольною.

Так, порівняльний аналіз отриманих результатів дозволяє констатувати, що після проведення формувального експерименту спостерігається тенденція до суттєвого підвищення в експериментальній групі кількості дітей, які вказують на внутрішні причини особливостей перебігу подій власного життя та результатів їхньої навчальної діяльності. Це, свідчить про зростання у результаті проведення тренінгу кількості учнів з інтернальними тенденціями у сфері інтерпретації ставлення до невдач в навчальній діяльності (52,82% після експерименту проти 41,7% до експерименту), у сфері міжособистісних стосунків (41,7% після експерименту проти 22,24% до експерименту) та у сфері ставлення до здоров'я і хвороб (38,92% після експерименту проти 19,46% до експерименту). Важливо відмітити, що до проведення формувального експерименту діти більше всього усвідомлювали власну відповідальність за поразки в навчальній діяльності. Очевидно, дається взнаки те, що дорослі постійно загострюють увагу дітей на цьому. Менше проводиться робота працівниками школи та батьками щодо формування відповідального ставлення до здоров'я та взаємодії з іншими

людьми. Розроблений нами тренінг був зосереджений, в першу чергу, на формуванні усвідомленості дітьми власної відповідальності за побудову міжособистісних стосунків та власне здоров'я (див. табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Становлення інтернального локусу контролю молодших школярів у процесі формувального експерименту (n = 36)

Прояв інтернальності у різних сферах	Експериментальна група					
	До експерт.		Після експер		Різниця	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
Сфера міжособистісних стосунків	8	22,24	15	41,7	7	19,46
Сфера здоров'я і хвороб	7	19,46	14	38,92	7	19,46
Сфера поразок в навчальній діяльності	15	41,7	19	52,82	4	11,12

У контрольній групі після проведення формувального експерименту показник зростання кількості дітей з інтернальними тенденціями у всіх зазначених вище сферах значно менший, ніж в експериментальній (у сфері невдач у навчальній діяльності та у сфері міжособистісних стосунків спостерігається зростання на 4,44%, у сфері здоров'я і хвороб – на 2,22%) (Див. табл. 3. 8).

Зазначені вище тенденції є свідченням того, що тренінгова робота у експериментальній групі молодших школярів сприяла суттєвому збільшенню кількості дітей з інтернальними тенденціями суб'єктивного контролю у окремих сферах життя, що є істотним чинником збереження та зміцнення їх здоров'я.

Таблиця 3. 8

Зміни інтернального локусу контролю молодших школярів у контрольній групі (n = 45)

Прояв інтернальності у різних сферах життєдіяльності молодших школярів	Контрольна група					
	До експерт.		Після експерт.		Різниця	
	К-ть учнів	%	К-ть учнів	%	К-ть учнів	%
Сфера міжособистісних стосунків	9	19,98	11	24,42	2	4,44
Сфера здоров'я і хвороби	9	19,98	10	22,2	1	2,22
Сфера навчальних поразок	19	42,18	21	46,62	2	4,44

Перейдемо до аналізу змін рівнів тривожності, які з'явилися в результаті проведення формувального експерименту (див. табл. 3.9).

Аналізуючи дані таблиці, спостерігаємо значущі зміни показників такого чинника як тривожність у досліджуваних експериментальної групи. Зокрема, збільшення учнів з нормальним рівнем тривожності (на 13,94%) за рахунок зменшення школярів з дещо підвищеною (на 2,79%), явно підвищеною (на 2,79) та дуже високою (на 8,36%) тривожністю.

Статистичне порівняння залежних вибірок, тобто окремо експериментальної та контрольної групи до та після формувального впливу, за допомогою критерію Т-Вілкоксона та критерію знаків G дає можливість говорити про статистично значущу тенденцію до зменшення тривожності учнів експериментальної групи (за критерієм Т-Вілкоксона $p = 0,063$, а за критерієм знаків $p = 0,178$). Разом з тим, спостерігається тенденція збільшення числа школярів контрольної групи з дещо підвищеним (на 2,14%), явно підвищеним (на 4,45%) та дуже високим (на 2,22%) рівнями тривожності.

Отримані дані підтверджують той факт, що тривожність учнів зростає впродовж їхнього навчання у початкових класах. Водночас, ці дані свідчать на користь того, що школярі, які брали участь у формувальному експерименті, виявляють тенденцію до зменшення рівня тривожності. Порівняння незалежних вибірок (експериментальної та контрольної груп між собою) за критерієм U-Манна-Уїтні дозволяє дійти до висновку, що за показником тривожності ці групи статистично значуще ($p \leq 0,01$) різняться між собою. Результати використання цього критерію також вказують на те, що рівень тривожності учнів експериментальної групи (середній ранг = 77,31) в середньому нижчий, ніж у школярів контрольної групи (середній ранг = 121,68). Отже, отримані результати дають змогу стверджувати, що формувальний експеримент сприяв зниженню рівня тривожності молодших школярів, яку можна розглядати як чинник, що негативно впливає на їх здоров'я.

Таблиця 3.9

**Динаміка рівнів тривожності молодших школярів експериментальної
та контрольної груп до та після формувального експерименту**

Рівні тривожності учнів	Експериментальна група						Контрольна група					
	<i>До експ.</i>		<i>Після експ.</i>		<i>Різниця</i>		<i>До екс.</i>		<i>Після експ.</i>		<i>Різниця</i>	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
Стан тривожності не властивий	1	2,77	1	2,77	0	0	2	4,44	1	2,22	1	2,22
Нормальний рівень тривожності	19	52,77	24	66,71	5	13,94	22	48,89	19	42,30	3	6,59
Децю підвищена тривожність	8	22,23	7	19,44	1	2,79	12	26,69	13	28,83	1	2,14
Явно підвищена тривожність	3	8,33	2	5,54	1	2,79	3	6,66	5	11,11	2	4,45
Дуже висока тривожність	5	13,90	2	5,54	3	8,36	6	13,32	7	15,54	1	2,22
Всього	36	100	36	100	10	27,88	45	100	45	100	8	17,62

Для отримання додаткової інформації про різні види тривожності молодших школярів та особливості змін їх показників у процесі формувального експерименту нами було здійснено повторне проведення методики А.М.Прихожан, адаптованої для молодшого шкільного віку (див. додаток К).

Результати, отримані до та після проведення тренінгу відображено в таблиці 3.10. та для більшої наочності відображені на рис. 3.1. Вони свідчать про те, що у молодших школярів найбільш виражена міжособистісна тривожність, потім – шкільна, і нарешті – самооцінна. Така ієрархія зберігається як до так і після експерименту, як в експериментальній так і в контрольній групі, що може вказувати на ієрархію тих сфер життя молодшого школяра, які містять найбільшу загрозу для його здоров'я.

Таблиця 3. 10

Динаміка показників видів тривожності у процесі формувального експерименту

Види тривожності	Експериментальна група			Контрольна група		
	<i>до експ.</i>	<i>після експ.</i>	<i>різниця</i>	<i>до експ.</i>	<i>після експ.</i>	<i>різниця</i>
	середній показник			середній показник		
Шкільна	10,5	9,9	0,6	10,6	12,0	1,4
Міжособистісна	11,6	10,7	0,9	11,5	12,5	1
Самооцінна	6,9	6,8	0,1	7,0	7,1	0,1

Щодо зміни їх кількісних показників, то слід зауважити, що зміни у вираженості всіх видів тривожності відбулись і в експериментальній, і у контрольній групі, проте спостерігаються протилежні тенденції. Якщо у експериментальній групі спостерігається зменшення показників шкільної (t-критерій Стьюдента – 2,17 (рівень значущості – 0,05) та міжособистісної (t-критерій Стьюдента – 2,74 (рівень значущості – 0,01) тривожності, то у контрольній групі спостерігається їх поступове зростання. Найбільших змін зазнала міжособистісна тривожність, що вказує на дієвість програми психологічного супроводу щодо формування позитивно-адекватного ставлення молодших школярів до інших – учителів, батьків та однолітків.

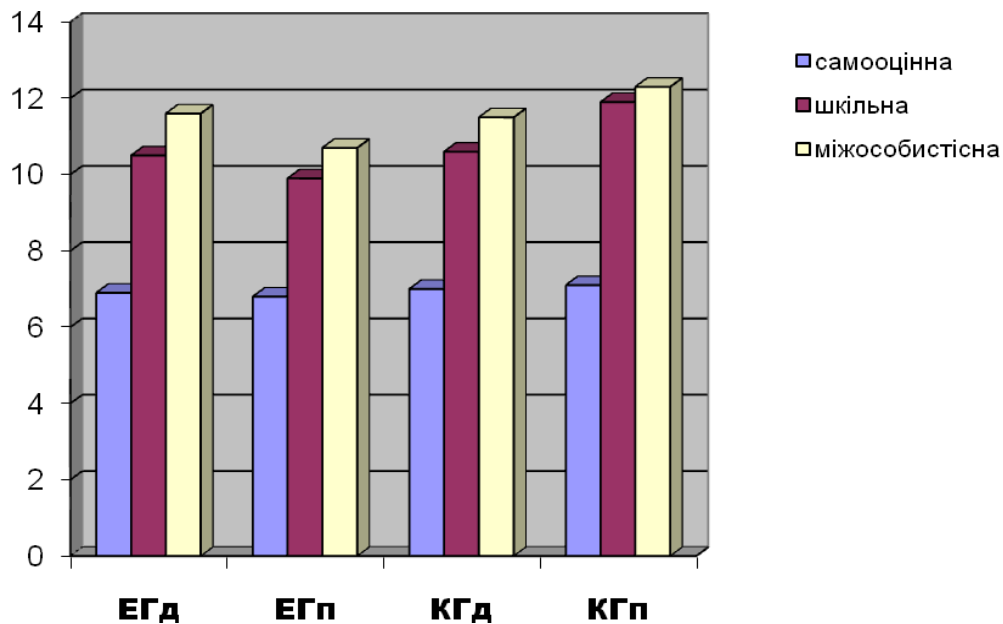


Рис. 3.1. Динаміки видів тривожності молодших школярів експериментальної та контрольної груп до і після формувального експерименту

Примітка: умовні позначення: ЕГд – результати в експериментальній групі до проведення експерименту; ЕГп – результати в експериментальній групі після проведення експерименту; КГд – результати в контрольній групі до проведення експерименту; КГп – результати контрольної групи після проведення експерименту.

Для констатації значущості змін, які відбулися в експериментальній та контрольній групах, ми скористалися порівнянням вибірок за t-критерієм Стьюдента. Необхідно зазначити, що відмінності у показниках міжособистісної та шкільної тривожності у експериментальній та контрольній групах до і після формувального експерименту статистично значущі. Зокрема, порівняння незалежних вибірок експериментальної групи вказує на таку статистичну значущість відмінностей: шкільна тривожність: $t=2,17$ на рівні $p=0,05$, міжособистісна: $t=2,74$ на рівні $p=0,01$. У контрольній групі: шкільна тривожність: $t=2,64$ на рівні $p=0,001$, міжособистісна: $t=2,91$ на рівні $p=0,01$.

Ці висновки тотожні з тими, які отримані у попередньому дослідженні, що свідчить про стійкість виявленої тенденції.

Наочною демонстрацією встановлених вище тенденцій є ілюстрація індивідуальної динаміки становлення видів тривожності Юлії К., яка була учасником формувального експерименту (див. рис. 3.2).

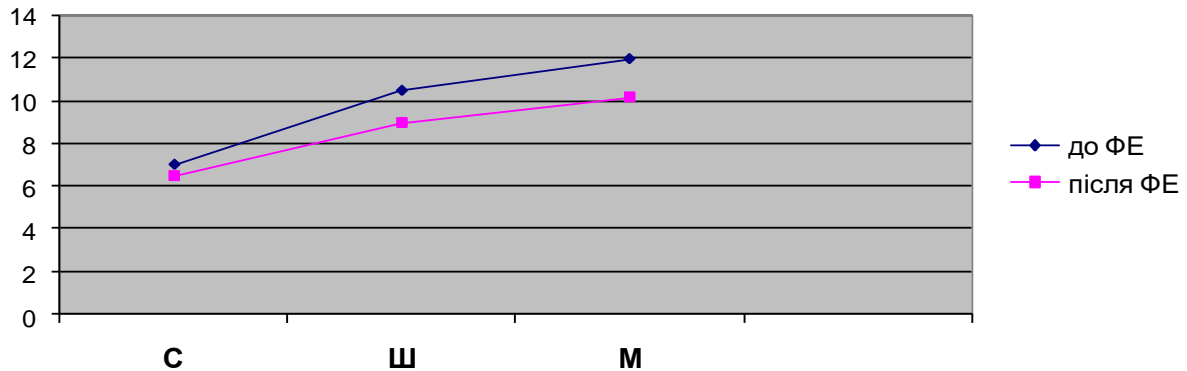


Рис. 3.2. Індивідуальна динаміка видів тривожності Юлії К. за результатами формувального експерименту

Примітка. Умовні позначення: С – самооцінна тривожність; Ш – шкільна тривожність; М – міжособистісна тривожність.

Показники представлені на графіку переконливо ілюструють, що до проведення тренінгової роботи у Юлії К. було зафіксовано вищі показники самооцінної, шкільної та міжособистісної тривожностей. Під час тренінгу на заняттях ("Я впевнений у собі", "Ми поборемо тривожність", "Я добре почуваю себе серед інших", "Нам подобається спілкуватися один з одним") при виконанні різних вправ (обговорення казок, вправи для розвитку впевненості в собі, умінь приймати конструктивне рішення в ситуаціях міжособистісної взаємодії тощо), а також при виконанні домашніх завдань у процесі тренінгової програми, спрямованих на зміцнення та збереження здоров'я дітей, у дівчини зросла впевненість в собі, здатність до конструктивної взаємодії з дорослими та ровесниками, успішність у шкільних справах, що призвело до зменшення тривожності дівчинки, а, відповідно, до зміцнення її психосоматичного здоров'я. Повторне діагностичне обстеження, а також розповіді дівчини про відчуття та переживання, зумовлені перебуванням в групі якраз є свідченням

цих позитивних змін та вказують на результативність проведеної формувальної роботи.

Становлення психічного здоров'я молодшого школяра залежить, також, від особливостей його самооцінки. Порівняльний аналіз результатів дослідження самооцінки молодших школярів до і після формувального експерименту засвідчує, що більшість дітей експериментальної і контрольної груп на початку формувального експерименту мали неадекватно завищену самооцінку (52,78% в експериментальній групі і 53,30% у контрольній групі), що є істотною характеристикою та закономірністю вікового розвитку молодших школярів. Разом з тим, неадекватно занижену самооцінку мали 11,11% дітей експериментальної групи та 13,38% - контрольної, що вказує на їх негативне самоставлення, невпевненість та нерозуміння самих себе (див. табл. 3.7). Лише 36,11% молодших школярів експериментальної групи та 33,32% контрольної мали адекватну самооцінку. Робота в процесі тренінгу над самопізнанням, формуванням адекватного образу "Я", позитивного ставлення до себе сприяла збалансуванню самооцінки дітей експериментальної групи. Так, при повторному діагностичному зрізі відсоток школярів експериментальної групи з адекватною самооцінкою збільшилася на 19,43% (проти 4,44% школярів контрольної групи). Разом з тим, відсоток дітей із неадекватно завищеною самооцінкою знизився на 13,88% (проти 2,22% у контрольній групі); із неадекватно заниженою, відповідно, на 5,55% (проти 2,22% у контрольній групі). Тук як, на відміну від експериментальної групи, у самооцінці досліджуваних контрольної групи за цей період суттєвих змін не виявлено, можна стверджувати, що запропонований тренінг позитивно вплинув на рівень і збалансованість такого чинника як самооцінка молодших школярів, а отже і на збереження їхнього здоров'я, оскільки, позитивне ставлення до себе є істотним чинником його зміцнення.

На користь сказаного слугують результати порівняння залежних вибірок методами математичної статистики: порівняння даних констатувального і контрольного експериментів не виявило статистично значущих змін у

самооцінці учнів контрольної групи (за критерієм *T-Вілкоксона* $p = 0,101$). Стосовно експериментальної групи, то критерій *T-Вілкоксона* на рівні $p = 0,045$ демонструє наявність статистично достовірних змін, що відбулися під час впровадження формувального експерименту на рівні $p \leq 0,05$ у самооцінці школярів.

Порівняння експериментальної та контрольної груп після завершення формувальної частини дослідження як двох незалежних вибірок за допомогою критерію *U-Манна-Уїтні* підтверджує статистичну значущість відмінностей у самооцінці досліджуваних цих двох груп ($p = 0,030$).

Таким чином, дані, отримані за допомогою критерію *T-Вілкоксона* для експериментальної групи до та після формувального впливу ($p = 0,045$) та критерію *U-Манна-Уїтні* для незалежних вибірок ($p = 0,030$), дозволяють зробити такий висновок: впродовж експериментального навчання у самооцінці учнів експериментальної групи на рівні $p \leq 0,05$ відбулися значущі зрушення, зумовлені здійснюваним формувальним впливом.

По закінченню тренінгової програми з дітьми була проведена бесіда, спрямована на з'ясування того, чи відчують вони зміни в усвідомленості поняття здоров'я та чинників, що сприяють його збереженню, чи відбулися зрушення у ставленні до самих себе, однокласників та інших людей, до подолання життєвих труднощів. На позитивні зміни, що відбулися в результаті розвивально-корекційної роботи вказали 89,45% молодших школярів. Не відчували суттєвих змін внаслідок тренінгу 10,55% його учасників, негативних відгуків не було.

Наведемо приклади окремих відповідей учасників тренінгу:

"Заняття допомогли мені звернути увагу на мої позитивні якості, які мені варто у собі розвивати, і ще краще зрозуміти і усвідомити необхідність долати свої негативні якості. Я зрозуміла, що можу бути більш вихованою" (К.Л.).

Таблиця 3. 11

Динаміка рівнів самооцінки молодших школярів до та після формувального експерименту

Рівень самооцінки	Експериментальна група						Контрольна група					
	<i>До форм. експерименту</i>		<i>Після форм. експерименту</i>		<i>Різниця</i>		<i>До форм. експерименту</i>		<i>Після форм. експерименту</i>		<i>Різниця</i>	
	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%	К-ть	%
Неадекватно завищена	19	52,78	14	38,90	5	13,88	24	53,30	23	51,08	1	2,22
Адекватна	13	36,11	20	55,54	7	19,43	15	33,32	17	37,76	2	4,44
Неадекватно занижена	4	11,11	2	5,56	2	5,55	6	13,38	5	11,16	1	2,22
Усього	36	100	36	100			45	100	45	100		

"Заняття були мені цікавими тому, що я багато гралася з іншими, було приємно це робити, дітки не сварилися і не билися, я більше не боюся сама проводити ігри, дома з друзями я ці ігри сама організовувала, друзям сподобалось" (П.Л).

"Я зрозуміла, що мені важливо бути здоровою, щоб не пропускати уроків, щоб я могла їздити до бабусі, гратися, а не сидіти цілий день дома. Коли я здорова, мені все подобається, хочеться говорити і щось робити з мамою і татом, а коли я хворію - мене все дратує. Мені не подобається бути хворою. На заняттях я зрозуміла, що моє здоров'я залежить від мене".

"Мені заняття сподобалося. Я тепер із задоволенням ходжу до школи. Колись я боялася спілкуватися. Тепер у мене з'явилася подруга, я її дуже люблю. Ми разом робимо уроки, допомагаємо один одному. Саме на заняттях ми і подружилися" (С.О.).

"Мені найбільше сподобалося зображати впевнених і невпевнених людей, було весело коли інші зображували це. Я в школі спробував і став себе поводити більш впевнено, я змінився" (М.М.).

"Мені сподобалося заняття, коли ми розглядали, які ми різні, коли мене хвалили інші. Я зрозумів, що мене люблять Я став більш сміливішим" (Є.К.).

"Мені було дуже приємно згадувати ситуації, коли мене хвалили і я сам себе хвалив за якісь гарні справи, коли я долав перешкоди і досягав успіхів. Я зрозумів, що я здатний на гарні справи. Мені тепер їх хочеться робити якомога більше" (В.П.).

"Я стала краще навчатись. Мама каже, що подорослішала. Тепер ми з мамою друзі. Жаль, що наші заняття закінчилися" (О.К.).

Психологічно це означає, що загальне самопочуття молодших школярів, включених до формувального експерименту, покращилося.

Отримані результати доводять, що спеціально організований та впроваджений нами тренінг, спрямований на формування більш глибокого розуміння молодшими школярами сутності поняття здоров'я, розширення уявлення про себе, свої уміння та можливості, призводить до формування

позитивного ставлення до себе та до інших, що починає відігравати істотну роль у формуванні відповідальності за організацію правильних міжособистісних стосунків, здатності долати перешкоди в житті, та, в кінцевому результаті, покращення стану власного фізичного, психічного та соціального здоров'я.

Висновки до третього розділу

Процес збереження та зміцнення здоров'я молодших школярів забезпечується дотриманням ряду психолого-педагогічних умов, сутність яких складає формувальний вплив (за допомогою комплексу певних засобів, методів та прийомів) на структурні складові їхнього здоров'я: фізичну, соціальну та психічну. Важливим моментом у цьому процесі є врахування загальних умов розвитку і формування особистості учнів початкової школи та психологічних чинників, що впливають на їх здоров'я. Створення умов для забезпечення адекватного позитивного впливу цих чинників покладається на всіх суб'єктів, які взаємодіють з молодшими школярами: практичного психолога, вчителя-класовода, батьків, однолітків, врахування індивідуально-типологічних особливостей самої дитини та її включення у різні види діяльності й міжособистісної взаємодії, що вказує на необхідність комплексного підходу до подолання проблем зі здоров'ям та його збереження і зміцнення у дітей молодшого шкільного віку.

Саме таким підходом зумовлене створення нами програми психологічного супроводу, що включає окрім психолого-педагогічного тренінгу з молодшими школярами, систему роботи з іншими суб'єктами навчальної та міжособистісної взаємодії учнів початкової школи.

Ефективним засобом збереження та зміцнення психічного здоров'я молодших школярів є соціально-психологічний тренінг, який дозволяє удосконалити ті психологічні чинники впливу на структурні складові

психічного здоров'я (ставлення до себе, до інших, до діяльності та життя в цілому), що об'єктивно піддаються формуванню за відносно короткий проміжок часу. Зокрема, дозволяє послідовно виробити у кожного учасника усвідомлення сутності здоров'я, сформуванню своє ставлення до нього, зорієнтувати дітей на здоровий спосіб життя, розвивати вміння уникати та чинити опір чинникам, які його руйнують, формувати позитивне ставлення до себе та до інших, а також моделювати навички наполегливості у подоланні труднощів у житті та стійкості до невдач.

Результатом впровадження програми психологічного супроводу стало: підвищення рівня усвідомленості молодшими школярами сутності здоров'я та чинників, що його зумовлюють, об'єктивація самооцінки молодших школярів, підвищення рівня їх інтернальності у сфері навчальних невдач, здоров'я та міжособистісних стосунків, зниження рівнів загальної, шкільної та міжособистісної тривожності, що, істотно вплинуло на ставлення молодших школярів до власного здоров'я, до себе, інших та до життя в цілому, і продемонструвало ефективність запропонованої нами програми, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я учнів молодшого шкільного віку.

Всі зазначені вище позитивні зміни, отримані за допомогою створення комплексу спеціально організованих умов та впливів, показують адекватність та ефективність розробленої програми психологічного супроводу, спрямованої на збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

ВИСНОВКИ

У дисертації здійснено теоретичний аналіз психолого-педагогічних підходів до проблеми феномену здоров'я; виявлено і проаналізовано основні чинники, які впливають на стан здоров'я молодших школярів; визначено та науково обґрунтовано критерії, рівні та психологічні чинники збереження здоров'я учнів початкової школи; розроблено, апробовано та впроваджено програму психологічного супроводу, яка включає засоби і прийоми профілактики, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку. Результати проведеного дослідження дали підстави для формулювання таких висновків:

1. Теоретичні підходи до розуміння сутності поняття здоров'я, містять значні розходження у його тлумаченні. Однак, спільним є те, що як у зарубіжній, так і вітчизняній науці підкреслюється необхідність розглядати здоров'я не тільки як категорію медичну, а й соціально-психологічну. Виявлені положення розкривають особливості різних видів здоров'я (фізичного, соціального, психічного та психологічного), їх детермінованість та взаємодію.

Доведено, що здоров'я особистості – складно організоване утворення, яке характеризується певною цілісністю та динамічністю і включає фізичну, психічну та соціальну складову. Саме тому, при вивченні психологічних чинників його збереження у молодшому шкільному віці необхідно враховувати вікову специфіку психофізіологічного та психоемоційного розвитку дітей молодшого шкільного віку, їх навчально-пізнавальної діяльності, соціальної взаємодії, тобто всього того, що впливає на здоров'я дитини та визначає його особливості у цей віковий період.

2. Обґрунтовано критерії психологічного здоров'я учнів початкової школи (наявність чи відсутність хронічних захворювань; наявність чи відсутність емоційних переживань негативної модальності, пов'язаних зі школою; наявність чи відсутність переживань негативної модальності пов'язаних з сімейною ситуацією). Визначені рівні (високий, середній, низький) здоров'я молодших школярів.

З'ясовано, що, передусім, молодші школярі з *низьким рівнем здоров'я* (36% досліджуваних) потребують виключної уваги з боку батьків та учителів щодо збереження їх здоров'я, оскільки вони мають проблеми з фізичним здоров'ям (хронічні захворювання, часті застуди); підвищений з тенденцією до високого рівень шкільної тривожності (страх не відповідати очікуванням оточуючих, страх перевірки знань, страх соціальних контактів як з учителями, так і з однолітками); занижені рівні самооцінки щастя, здоров'я, характеру; у них існують проблеми пов'язані зі спілкуванням; вони, переважно, виховуються у сім'ях з неблагополучною сімейною взаємодією; мають середні або низькі показники успішності в навчальній діяльності, низький рівень шкільної мотивації; переважно - це учні з сильним, урівноваженим, інертним типом нервової системи (флегматики) або із слабким типом нервової системи (меланхоліки), які малоактивні, швидко стомлюються, не вміють працювати систематично, мають екстернальні тенденції локусу контролю у сфері навчальних невдач.

3. Встановлено, що молодші школярі з різним рівнем здоров'я відрізняються між собою за оцінкою найбільш значущих сфер шкільного середовища (соціальна взаємодія з іншими, шкільна оцінка, навчальна діяльність). Так, учні з *низьким рівнем здоров'я* впродовж всього навчання у початковій школі найбільш чутливі до соціальної взаємодії з іншими, в першу чергу з учителем, а в 3-4-му класах з ровесниками. Водночас, більш травмуючою для них, порівняно з школярами з високим рівнем здоров'я, залишається шкільна оцінка. Починаючи з другого класу і до закінчення початкової школи найбільш значущим для молодшого школяра з високим рівнем здоров'я є навчальна діяльність. Саме вона є предметом докладання зусиль і може спричиняти появу негативних переживань молодших школярів з високим рівнем здоров'я. Показниками, що зумовлюють ставлення дітей до навчальної діяльності є мотивація їх учіння зокрема, те чи стала навчальна діяльність значущою для молодшого школяра і наскільки він задоволений її результатами.

Психічне та психологічне здоров'я молодшого школяра зумовлюється й особливостями ставлення дитини до себе, зокрема такими показниками як

ставленням до власного здоров'я та самооцінкою рівня задоволеності власним життям. Для більшості молодших школярів як з високим, так і з низьким рівнем здоров'я на різних етапах навчання в початковій школі характерна завищена самооцінка свого здоров'я. Така ж тенденція притаманна і самооцінці власного стану щастя.

Одним з найбільш чутливих індикаторів стану здоров'я молодших школярів є рівень шкільної тривожності. У всіх класах початкової школи дітей з підвищеним та високим рівнем шкільної тривожності значно більше у групі дітей з низьким рівнем здоров'я, ніж з високим рівнем. Причому від 1-го до 4-го класів у цієї категорії дітей за всіма показниками, окрім показника страху перевірки знань, відсоток школярів з підвищеним та високим рівнями тривожності зростає, тоді коли у школярів з високим рівнем здоров'я дещо зростає відсоток дітей лише з підвищеним та високим показниками страху соціальних контактів з однокласниками та страху самовираження.

Здоров'я молодших школярів залежить і від особливостей їх нервової системи. Так, молодші школярі із сильним типом нервової системи менше, ніж їх ровесники із слабким типом нервової системи переживають підвищений страх соціальної взаємодії з учителями, а також їм властивий більш виражений показник низького фізіологічного опору страху, що у свою чергу корелює з рівнем їхнього здоров'я. Значною мірою взаємообумовлені між собою здоров'я дитини і ряд показників її сімейної взаємодії.

4. Основними психологічними чинниками, які впливають на здоров'я учнів початкової школи і забезпечують позитивну динаміку збереження здоров'я молодших школярів є: сприятлива сімейна ситуація – задоволеність сімейним і соціальним статусом, відсутність конфліктності в сім'ї; низький показник тривожності та відсутність страхів, пов'язаних із ситуаціями контакту з учителем, з ровесниками, із самовираженням та перевіркою знань; високий рівень емоційної стабільності та позитивної шкільної мотивації, задоволеність результатами навчання; адекватна самооцінка та впевненість у собі; переважаючий інтернальний локус контролю у сфері навчальних невдач; високий рівень фізіологічного опору шкільним страхам; позитивне активне

ставлення до власного здоров'я, установка на здоровий спосіб життя; високий рівень задоволеності життям; здатність до емпатії, доброзичливе ставлення до людей, низький рівень конфліктності та агресивності, розвинені навички міжособистісного спілкування.

5. Теоретичним обґрунтуванням авторської програми психологічного супроводу щодо профілактики, зміцнення та збереження здоров'я дітей молодшого шкільного віку стали положення про: цілісність особистості, психосоматичну єдність тих психофізіологічних процесів, що відбуваються в організмі людини та різних соціально-психологічних впливів на неї зовнішнього середовища; те, що важливим чинником забезпечення здоров'я дитини є формування внутрішньої культури її психічного життя, що виражається у ставленні до себе, до інших, до вимог життя та здатності ефективно діяти у навколишньому середовищі; що механізми збереження та зміцнення здоров'я молодших школярів базуються, передусім, на формуванні у них таких внутрішніх психологічних характеристик як адекватна самооцінка та переважаючий інтернальний локус контролю.

Результатом впровадження програми психологічного супроводу стало: підвищення рівня усвідомленості молодшими школярами сутності здоров'я та чинників, що його зумовлюють, об'єктивація самооцінки молодших школярів, підвищення рівня їх інтернальності у сфері навчальних невдач, здоров'я та міжособистісних стосунків; зниження рівнів загальної, шкільної та міжособистісної тривожності, що істотно вплинуло на ставлення молодших школярів до власного здоров'я, до себе, інших та до життя в цілому і продемонструвало ефективність запропонованої нами програми, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я учнів молодшого шкільного віку.

Проведене дисертаційне дослідження не вичерпує всіх аспектів досліджуваної проблеми та відкриває перспективи подальшої дослідницької роботи щодо визначення взаємозалежності між індивідуальними психофізіологічними особливостями молодших школярів та психологічними чинниками збереження їх здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ананьев В. А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике / Виктор Алексеевич Ананьев. – СПб. : Речь, 2007. – 320 с.
2. Андріянов В. Формування здорового способу життя в умовах екологічної кризи / В. Андріянов, О. Ромашова // Рідна школа. – 1995. – № 10. – С.43-45.
3. Андрос М. Є. Психічне здоров'я особистості: психологічне консультування керівників шкіл / М. Є. Андрос // Освіта і управління. – Том 2. – 1998. – Число 2. – С. 64.
4. Апанасенко Г. П. Валеология: стратегия здравоохранения будущего / Г. П. Апанасенко //Материалы IV национального конгресса по профилактической медицине и валеологии. – СПб., 1997. – С. 8-10.
5. Амонашвили Ш. А. Здравствуйте, дети!: Пособие для учителей./ Ш. А. Амонашвили. – М.: Просвещение, 1988. – 208 с.
6. Архиреева Т. В. Структура образа Я у младшего школьника / Т. В. Архиреева // Новые психологические исследования. - В. Новгород, 1999.
7. Асмолов А. Г. Психология личности/ А. Г. Асмолов. – М: Изд-во МГУ. - 1990. - 367с.
8. Ассаджолі Р. Психосинтез: теорія і практика / Р. Ассаджолі. - М.: "REFL-book", 1994. - 314 с.
9. Балл Г. О. До розробки теоретичної моделі вільної особистості/ Г. О. Балл // Психологія суб'єктивної активності особистості. – К., 1993. – С. 12-13.
10. Балл Г. О. Засади запровадження здорового способу життя української молоді / Г. О. Балл, Н. А. Бастун, О. В. Завгородня // Практична психологія та соціальна робота. 2010. - № 12. – С. 70-74.

11. Баевский Р. М. Прогноз состояний на грани нормы и патологии / Роман Маркович Баевский. – М.: Медицина, 1979. – 295 с.
12. Батищева Г. Діяльність психолога в період атестації/ Г. Батищева // Психолог. – лютий 5(197). – 2006. – С. 13
13. Бачериков Н. Е. Философские вопросы психиатрии / Н. Е. Бачериков, В. П. Петленко, Е. А. Щербина. – К.: Здоров'я, 1985. – 192 с. – С. 35-36.
14. Безруких М. М. Психическое здоровье и психологическое состояние детей. Уровни и формы проявления. Трудности обучения младших школьников, имеющих нарушение психического здоров'я / М. М. Безруких, С. П. Ефимова, Е. Н. Юркевич // Мир психологи. – 2003. – № 4 (36). – С. 211-217.
15. Безруких М. Школа і здоров'я / М. Безруких // Шкільний світ. – 2003. – № 40 (216). – С. 7-8.
16. Белов В. П. Реабилитация больных как целостная система / В. П. Белов, А. В. Шмаков // Вестник АМН СССР. – 1987. – 34. – С. 60-67.
17. Береговой Я. А. Классно-урочная система, или как учиться и учить?/ Я. А. Береговой // Педагогіка толерантності. – 1998. - №1. – С.29-81.
18. Бех І. Д. Виховання особистості: У 2 кн. Кн.. 1: Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади: навч-метод. видання / І. Д. Бех. – К.: Либідь, 2003. – 280 с. – С. 141.
19. Беленька Г. В. Здоров'я дитини – від родини. / Ганна Володимирівна Беленька, Ольга Любомирівна Богініч, Марина Анатоліївна Машовець. – К.: СПД Богданова А. М., 2006. – 220 с. – С.98, 129-130, С. 161-162.
20. Блейхер В. М. Патопсихологическая диагностика / Вадим Моисеевич Блейхер, Инна Вадимовна Крук – К.: Здоров'я, 1986. – 280 с.
21. Бойко А. Ф. Не ждите первого звонка (Основы ЗОЖ) / А. Ф. Бойко. – Физкультура и спорт, 1990. – 206 с.

22. Бойченко Т. Валеологія в школі і вдома: роль батьків у формуванні здоров'я підлітків: [посібник для батьків] / Т. Бойченко, Н. Колотій, А. Царенко. – К.: Логос, 1999. – 87 с.
23. Болтівець С. І. Педагогічна психогігієна: теорія і методика / С. І. Болтівець / Київський міжрегіональний ін-т удосконалення вчителів ім. Бориса Грінченка. – К.: редакція "Бюлетня Вищої атестаційної комісії України . – 2000. – 303 с. – С. 114.
24. Болтівець С. І. Якість психічного здоров'я: педагогічні критерії, прогнозування / С. І. Болтівець // Практична психологія та соціальна робота. – 2005. – № 5. – С. 62-67.
25. Большой психологический словарь / [Сост. и общ. ред. В. Мещеряков, В. Зинченко]. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 672 с. – С. 173.
26. Бондар Г. О. Психологічне здоров'я особистості (теоретичний ракурс) / Г.О. Бондар // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія № 12. Психологічні науки: Зб. Наукових праць. – К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. - № 26 (50). – Ч. I - 426 с. – С. 224-228.
27. Борисова И. А. Роль эмоциональной привязанности к матери в формировании самооценки младших школьников / И. А. Борисова // Материалы второй Всероссийской научной конференции "Психологические проблемы современной российской семьи". - М., 2005.
28. Бороздина Л. В. Что такое самооценка? / Л. В. Бороздина // Психологический журнал . – Т. 13. – 1992. - № 4. – С. 99-100.
29. Братусь Б. С. Аномалия личности / Б. С. Братусь. – М.: Мысль, 1988. - 301 с.
30. Братусь Б. С. Опыт обоснования гуманистической психологии/ Б. С. Братусь // Вопросы психологии. – 1990, № 6. - С. 9-16.

31. Брехман И. И. Введение в валелологию – науку о здоровье / Израиль Ицкович Брехман / АН СССР, ДВНЦ, отдел физиологии и фармакологии при Ин-те биологии моря. – Л.: Наука. ЛО, 1987. – 125 с.
32. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье / И. И. Брахман. – М.: 1990. – 208 с.
33. Брехман И. Философско-методологические аспекты проблемы здоровья Человека / И. Брехман // Вопросы философии. – 1982. - №2. – С. 48-53.
34. Булич Э. Здоровье человека: биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции / Э Булич, И.Муравов. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 424 с.
35. Бурно М. Е. К вопросу о клинической (медицинской) психотерапии / М. Е. Бурно // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 2. – С. 212-220.
36. Валеологія: Навчальний посібник для студентів вищих закладів освіти: В 2 ч. / В. І. Бобрицька, М. В. Гринькова та ін.; [за ред В. І. Бобрицької] – Полтава: "Скайтек", 2000. – ч. 2. – С. 81.
37. Васильева О. С. Валеологія – актуальное направление современной психологии / О. С. Васильева // Психологический вестник РГУ. – Ростов-на-Дону, 1997. – Вып. 3. – С. 420–429.
38. Вельтищев Ю. Е. Состояние здоровья детей и общая стратегия профилактики болезней / Ю. Е. Вельтищев // Российский вестник перинатологии и педиатрии: приложение к журналу № 1. – 1994. – №1. – 67 с.
39. Вельтищев Ю. Е. Концепция риска болезни и безопасности здоровья ребенка / Ю. Е. Вельтищев // Российский вестник перинатологии и педиатрии: приложение к журналу № 2. – М.: 1994. – 87 с.
40. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрированное руководство / А. Л. Венгер. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2005. – 159 с. - С. 5.

41. Венгер А. Л. Психологическое обследование младших школьников./ Венгер А.Л., Цукерман Г. А. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 160 с. – С. 62-63.
42. Веревкина Е. В. Вклад индивидуальных и социальных факторов в формирование самооценки детей 6-7 лет: Автореф. дисс.канд. психол СПб., 2003.
43. Всемирная декларация по здравоохранению ВОЗ. – Копенгаген, 1998; Загальна декларація прав людини. – К.: 1998. – С. 3-8 .
44. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. – М.: АПН РСФСР, 1956. – 520 с.
45. Гаврильчук Ж. Ігротерапія з гудзиками / Жанна Гаврильчук // Психолог. – 2006. – №19. – С. 12-15.
46. Гандзюк М. П. Основи охорони праці: Підруч. для студ. вищих навч. закладів./ Желібо Є. П., Халімовський М. О. [За ред. М. П. Гандзюка]. - К.: Каравела, 2004. - 408 с. – С.88.
47. Гатанов Ю. Б. Психологические особенности влияния стиля педагогической деятельности на мотивацию учения учащихся.: Дис. ... канд. психолог. наук. - Л.: ЛГПИ, 1990. – 124 с.
48. Гетьман Т. О. Профілактика, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку: методичні матеріали до практичних занять з "Вікової та педагогічної психології" / Тетяна Олександрівна Гетьман. – Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2010. – 95 с.
49. Горащук В. Здоров'я учнів. від чого воно залежить? / В. Горащук // Рідна школа. – 1997. – № 3-4. – С. 55-56.
50. Гринькова М. Методика викладання валеології / М. Гринькова // Директор школи 2002. - №39-40 (231-232). – С. 10.
51. Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии / Станислав Гроф / [А. Андрианов и др.пер. с англ.]. – 3 изд: М.:

Институт трансперсональной психологии: Издательство Института психотерапии, 2000. – 498 с. – (Тексты трансперсональной психологии).

52. Державна національна програма "Освіта" ("Україна ХХІ століття"). – К.: Райдуга, 1994. – 15 с.

53. Державна програма "Діти України" // Офіційний вісник України. – 2001. - № 4. – С. 65-82.

54. Дубровина И. В. Особенности обучения и психического развития школьников 13-17 лет / И. В. Дубровина. – М.: Педагогика, 1988. – 192 с.

55. Завгородня О. В. Проблема психічного здоров'я: спроба теоретичного аналізу / О. В. Завгородня // Практична психологія і соціальна робота. – 2007. – № 1. – С. 55-60.

56. Закон України " Про охорону дитинства" // Директор школи. – 2002. – № 8. – С. 7-10.

57. Заміщак М. І. Особливості формування моральної самооцінки молодших школярів // Проблеми загальної та педагогічної психології, т. XIV, ч.1 Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПНУ http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/pzpp/2012_14_1/107-113.pdf.

58. Захарова А.В. Генезис самооценки. – Тула, 1998.

59. Зеленова М. Е. Психологические особенности педагогического влияния на адаптацию ребенка в начальной школе.: Дис. ... канд. психолог. наук. – М.: НИИ Психологии, 1992. – 136 с.

60. Иванюшкин А.Я. Здоровье и болезнь в системе ценностных ориентаций человека / А. Я. Иванюшкин // Вестник АМН СССР. – 1992. – т.45, № 4. – С. 29-33.

61. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия / Д. Н. Исаев – СПб.: Речь, 2004. – 384 с. – С. 103-105 .

62. Іванченко С. Г. Оздоровчі рухливо-пізнавальні ігри як нетрадиційний метод розвитку культури здоров'я дітей дошкільного та молодшого шкільного віку / С. Г. Іванченко, І. В. Макущенко, Л. П. Іванченко // Матеріали

II Всеукраїнської науково-практичної конференції [гол. ред. А. Г. Рибковський]. – ДонНУ; 2002. – 380 с. – С. 45-48.

63. Каган В. Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? / В. Е. Каган // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 87.

64. Казаннікова О. В. Особливості інтелектуального розвитку тривожних дітей 6-8-річного віку. Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.07 / Ін-т психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К., 2008. – 17 с.

65. Казначеев В. Проблемы, перспективы валеологии, ее фундаментальные основы / В. Казначеев // Валеология. – 1996. – № 4. – С.90-97.

66. Калініна С. Комунікативна культура молодших школярів / Світлана Калініна // Психолог. – 2008. – № 40 (328). – С. 28-32.

67. Калужька Л. Валеологія у дитячому садку та вдома: методичний порадник [для вихователів дошкільних закладів та батьків] / Л. Калужька, Н. Щулькіна // Івано-Франківськ: Лілея – НВ, 1999. – 55 с.

68. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия "здоровья" и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: [Обзор]. – М., 1988. – (Медицина и здравоохранение. Сер. Соц. гигиена, орг, и упр. Здравоохранением: Обзор. информ. / ВНИИ мед. и мед-техн. информ.; Вып. 5). – 66 с.

69. Катков Л. Теория и практика формирования психического здоровья населения./ Л. Катков. – Кастанай: 1998. – 267 с.

70. Кокун О. М. Сучасні уявлення про стани, що негативно впливають на виконання діяльності / О. М. Кокун // Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України / [за ред. Максименка С. Д.]. – К.: 2003, т.V, ч.1. – С. 117-122.

71. Контрольский И. П. Здоровый образ жизни напоминает / И. П. Контрольский // Свет. – 1995. – №3. – С. 24-25.

72. Концептуальні питання медико-психологічного забезпечення навчального процесу в освітніх закладах на сучасному етапі / В.І.Берзінь, Р. Т. Бевз, М. М. Баранова, Л. А. Стасюк, Т. В. Благодарова, М. І. Бойко // Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України.[За ред. Максименка С. Д.] – К.: 2003, т.V, ч.1. – 316 с. – С. 252-253.

73. Концепція інтегративної українознавчої валеологічної освіти в Україні (проект) // Освіта. – 1996. – 24 липня (№ 39). – С.1-3

74. Корнієнко С. Корекція фізичного розвитку молодших школярів у системі школа – родина / Сергій Корнієнко // Початкова школа. – 2005. – №5. – С.36-38.

75. Кохут Х. Восстановление самости / Х. Кохут. [Пер. с англ.]. – М: "Когито-Центр", 2002. – 316 с.

76. Коцур Н. І. Роль школи в охороні психічного здоров'я учнів / Надія Коцур // Початкова школа. – 1997. – № 3. – С. 60-62.

77. Коцур Н. І. Психогігієнічні засади формування здорової особистості школяра / Надія Іванівна Коцур // Гуманітарний вісник ДВНЗ "Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет університету імені Григорія Сковороди": [науково-теоретичний збірник]. – Переяслав-Хмельницький, 2006. – 294 с. – С. 128-131.

78. Коцур Н. І. Психогігієна: навчальний посібник / Н.І.Коцур, Л. С. Гармаш. – Чернівці: Книги-XXI, 2005. – 380 с. – С.107-108.

79. Кочерга О. В. Психічне здоров'я молодшого школяра / О. Кочерга, О. Васильєв // Психолог на батьківських зборах / [упоряд. О.Главник]. – К.: Редакції загально педагогічних газет, 2003. – 112 с. – С. 20.

80. Кочерга О. В. Психофізіологія дітей 6 року життя / Олександр Кочерга . – К. : Шк.. світ, 2007. – 128 с. – С. 84-108. –(Б-ка "Шкіл. світу").

81. Кочерга О. В. Фактори психічного здоров'я молодших школярів / О. В. Кочерга // Директор школи. – 2000. - № 5. – С. 118.

82. Кочубей Б. И., Новикова Е. В. Эмоциональная устойчивость школьника / Б. И. Кочубей, Е. В. Новикова. – М.: Знание, 1988. № 3. – 80 с. (Новое в жизни, науке и технике. Серия "Педагогика и психология").
83. Кошова Т. А у нас – перерва... Динамічні перерви для учнів 1-4 класів. / Тетяна Кошова // Дефектолог. – 2010. – березень, № 3 (39). – С. 35-37.
84. Кризина Н. Право українського народу на фізичне й психічне здоров'я та його охорону: юридичні гарантії реалізації / Н. Кризина // Вісник НАДУ, 2004. - №4. – С.276-280.
85. Кудрявцев И. А. Диагноз: Бездуховность / И. А. Кудрявцев// Российский психиатрический журнал. – 1997. – № 1. – С. 65-68.
86. Кудрявцева Е. Н. Здоровье человека: проблемы и суждения / Е. Н. Кудрявцева // Вопросы философии. – 1997. – № 12. – С. 98-109.
87. Кулаков С. А. Александрова Н. В. Охрана психического здоровья детей и подростков в условиях школы // Обозрение психиатрии и медицинской психологи им. В. М. Бехтерева. – 1994 (2). – С.158-160.
88. Лавренчук М. Емоційний світ людини / М. Лавренчук // Психолог. – 2004. – №23-24 (119-120). – С. 7-19.
89. Лапаєнко О. В. Формування ціннісних орієнтацій старших підлітків на здоровий спосіб життя: Дис...канд. пед. наук. К.: 2000. – 203 с.
90. Лисицин Ю. П. Здоровье человека – социальная ценность / Ю. П. Лисицин, А. В. Сахно. – М.: Медицина, 1988. – 272 с.
91. Лисицин Ю. П. Насущные проблемы охраны и укрепления здоров'я людей / Ю. П. Лисицин, Г. И. Царегородцев // Политическое самообразование. – 1996. – № 10. – С.30-37.
92. Лодкина С. Новая валеологія / С. Лодкина. – Екатеринбург: Флінта, 2000. – 214 с.
93. Максим О. В. особливості емпатійної поведінки вчителя початкової школи / О. В. Максим // Практична психологія та соціальна робота. – 2005. – № 7. – С. 11-16.

94. Максименко С. Д. Навчання і психологічне здоров'я особистості / С. Д. Максименко // Директор школи, ліцею, гімназії. – 2006. – № 3. – С. 4-7.
95. Максименко С. Д. Психічне здоров'я дітей / Сергій Дмитрович Максименко // Психолог. – 2002. – Січень 1 (1) . – С. 4-6.
96. Максименко С. Д. Психічне здоров'я дітей // Авторські програми з психології / [упор. О. Главник]. – К.: А 22. Шк.. Світ.; Психол. б-ка, 2002. – С. 4-10.
97. Максименко С. Д. Практика психологічного обґрунтування заходів пропагування серед молоді здорового способу життя / С.Д. Максименко, О. М. Кокун // Практична психологія та соціальна робота. – 2010. - № 9. – С. 11-13.
98. Максименко С. Д. Загальні концептуальні засади пропагування психогігієнічного виховання і здорового способу життя серед сучасної молоді / С. Д. Максименко, О. М. Кокун // Практична психологія та соціальна робота. – 2011. - № 11. – С. 75-77.
99. Мандела М. Г. Окружающая среда и здоровье населения / М. Г. Мандела, Я. И. Звизняцковский. – К., 1988. – 217 с.
100. Маслоу А. Психология бытия / А. Маслоу. – М.: "Рефл-бук"; К.: "Вакслер", 1997. – 304 с. – С.41
101. Маслоу А. Самоактуализация / А. Маслоу // Психология личности. Тексты. – СПб. 1999. - 720 с. - С.108-117. (Мастера психологии).
102. Маценко В. Девіантна поведінка особистості / В. Маценко // Психічне здоров'я дитини / [упоряд. Т. Гончаренко]. – К.: Редакції загальнопедагогічних газет, 2003. – 112 с. – С.46-49. – (Бібліотека "Шкільного світу").
103. Мельников Т. И. Урок "За здоровый образ жизни" / Т. И. Мельников // Биология. – 1997. – № 36. – С. 4-5.
104. Менегетти А. Психосоматика / А. Менегетти. [Перевод с итальянского]. - М.; ННБФ "Онтопсихология", 2005. – 306 с.

105. Миленський А. Я. Воспитание у детей интереса к учению / А. Я. Миленський. – Минск: Народная асвета, 1965. – 44 с.

106. Мусатов С. О. Актуальна готовність вчителів до взаємодії з учнями / С. О. Мусатов, В. М. Зливков, Н. Н. Хомутинова та ін. // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 2. – С. 14.

107. Нагорна А. М. Особливості та тенденції захворюваності дитячого населення України в динаміці 1991-1998 р. р. / А. М. Нагорна, Т. С. Грузєва // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. - № 4. - С. 7.

108. Національна доктрина розвитку освіти // Дошкільне виховання. – 2002. – № 7. – С. 4-9.

109. Національна програма "Репродуктивне здоров'я 2001-2005". Затверджена Указом Президента України від 26.03.2001. - № 203/2001 // Урядовий кур'єр. – 2001. – 4 квітня.

110. Няголова М. Принцип единства сознания и деятельности С. Л. Рубинштейна в контексте европейской гуманістики / М. Няголова // Психологический журнал. – 1999. – т. 20, №5. – С. 20-26.

111. Оржеховська В. М. Стратегія педагогіки здорового способу життя / В. М. Оржеховська // Педагогіка та психологія. – 2006. – № 4 (53). – С. 19-28.

112. Оржеховська В. М. Здоров'язберігаюче навчання і виховання: проблеми, пошук / В. М. Оржеховська // Актуальні проблеми формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді: [Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 5-річчю факультету психології та соціальної роботи 14-16 листопада 2007. [За ред. А. І. Конончук]. – Ніжин: видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2007. – 2623 с. – С. 172-174.

113. Остапенко О. Виховання в молодших школярів інтересу до фізичної культури / Олександр Остапенко // Початкова школа. – 2003. – №5. – С. 55-57.

114. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – 396с.

115. Пастухова М. В. Теоретические аспекты психологического изучения самооценки личности / М. В. Пастухова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Т.12. - № 5(2). – 2010. – С. 460-462.

116. Пачковський Ю. Ф. Тест шкільної тривожності/ Ю. Ф. Пачковський, І. О. Корнієнко // Психолог. – 2002. – листопад 41(41). – С.26-27.

117. Педагогическая психология : Учебное пособие / В. Казанская. – СПб.: Питер, 2003. – 366 с. – С.186-188.

118. Перлз Ф. Эго, голод и агрессия / Ф. Перлз. [Пер. с англ. А. Кострикова]. – М.: Смысл, 2000. – 358 с.

119. Петленко В. Педагогическая валеология: познай и сотвори себя / В. Петленко // Материалы Международной научной конференции: ["Медицина. Самопознание. Нравственность. Восток – Запад"]. – СПб, 1995. – С.72-80.

120.Петраков Б. Д. Психическое здоровье народов мира в XX веке / Б. Д. Петраков, Л. Б. Петракова // Медицина и здравоохранение. – М.: 1984. – 69 с. – (Серия: социальная гигиена и организация здравоохранения).

121. Платонов Г. Г. Совершенствование системы психиатрической помощи для решения проблем региональной экологической психиатрии / Г. Г. Платонов // Российский психиатрический журнал. – 1997. – №2. – С.42-44.

122. Покровський В. Н. Предисловие к монографии "Основы здоровья" [обзор]/ В. Н. Покровский. – М.: 1994. – С. 3-5.

123. Полищук Ю. И. Некоторые духовне призьмы и предпосылки разрушения психологического здоровья / Ю. И. Полищук // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1996. – №3. – С.71-76 .

124. Полулях А. В. Формування здорового способу життя підлітків засобами фізичного виховання: Автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.07 / Полулях А. В. – Херсон, 2007. – 19 с.

125. Поплужний В. Л. Емоційні стани і почуття школярів в умовах порушень нормальної навчальної діяльності / В. Л. Поплужний // Радянська школа. – 1974. – № 6. – С. 36-41.

126. Попов С. Валеология в школе и дома / С. Попов – СПб.: Союз, 1998. – 250 с.

127. Потапчук Є. М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: [Монографія] / Є. М. Потапчук. – Хмельницький: Видавництво Національної академії ДПСУ, 2004. – 323 с. – С.313-314.

128. Поташнюк Р. З. Психогігієна: [навч. посібн] / Р. З. Поташнюк (Волин. держ. ун-т ім. Л.Українки). – Луцьк: Надстир'я, 2000. – 62с.

129. Практикум по психологии здоровья [под ред. Г. С. Никифорова]. – СПб.: Питер, 2005. – 351 с.: ил. – (Серия "Практикум по психологии").

130. Практическая психология образования / [под ред. И. В. Дубровиной]: Учебник для студентов высших и средних специальных заведений. – М.: ТЦ "Сфера". – 2000. - С. 34, С. 35-39.

131. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Учебное пособие, [редактор-составитель Райгородский Д. Я.]. – Самара: Издательский Дом "Бахрах", 1998. – 672 с.

132. Прохоров А. О. Теоретические и практические аспекты проблемы психических остояний личности/А. О. Прохоров. – Самара: Самар. ГПИ. - 1991. – 113 с.

133. Прохоров А. В. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение / А. В. Прохоров, У. Ф. Велисер, Дж. О. Прочаска // Вопросы психологи. – 1994. – № 2. – С. 113-122.

134. Психология. Словарь / [под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского]; [2-е изд.]. – М. : Политиздат, 1990. – 494 с. – С. 301.

135. Психологічний словник / [за ред. В. І. Войтка]. – К. : Вища школа, 1982. – 215 с.
136. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / Навчальний посібник: М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко, Т.І.Кочергіна. [Загальна редакція М.С. Корольчука]. – К.: Фірма "ІНКОС", 2002. – 272с. – С.10-11.
137. Психологический словарь [Под ред. В.П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова].– 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Педагогика-Пресс, 1998. – 440с.
138. Психология здоровья. Учебник для вузов [Под ред.. С. Никифорова]. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.
139. Психологія життєвої кризи / Відп. ред. Т.М. Титаренко. – К.: Агропромвидав України, 1998. – 348 с.
140. Реан А. А. Социальная педагогическая психология / А. А. Реан, Я. Л. Коломенский. – СПб.: Питер Ком., 1999 – С.416.
141. Ребер А. Большой толковый психологический словарь / А. Робео. – М.: Вече-Аст., 2000. – Т.1. – С.141.
142. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию, становление человека / К. Р. Роджерс; [пер. с англ.] – М.: "Прогресс", "Универсум", 1994. – 480 с.
143. Роджерс К. Клиентцентрированная терапия/ К. Роджерс. – М.: Рефл-бук; К.: Ваклер, 1997. – 320 с.
144. Родіонов В. Психолого-педагогічний супровід/ В. Родіонов, М. Ступницька // Психолог. – червень, 2002. – С .4.
145. Романенкова А. Фізкультхвилинки. Відпочинок та навчання / Анжела Романенкова // Початкова освіта. – 2012. – січень, № 1-2 (625-626). – С. 35-36.
146. Романицына Е. Е. Здоровье глазами детей: опыт психологического анализа детских рисунков / Е. Е. Романицына // Вопросы психологии. – 2006. - №1. – С. 39-47.

147. Руденко І. Допомога практичного психолога батькам молодшого школяра / Ірина Анатоліївна Руденко // Гуманітарний вісник ДВНЗ "Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет університету імені Григорія Сковороди": Науково-теоретичний збірник. – Переяслав-Хмельницький, 2006. – 294 с. – С. 186-189.

148. Рудніцька І. Психодіагностика відхилень в особистісному розвитку / І. Рудніцька // Психічне здоров'я дитини [Упоряд. Т. Гончаренко]. – К.: Редакції загально педагогічних газет, 2003. – 112 с. – (Біб-ка "Шкільного світу"). – С.46-49

149. Руководство практического психолога: психологическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. И. В. Дубровиной. – М.: Академия, 1995. – 170 с. – С. 18

150. Сатанюк С. А. Заняття психолога з підлітками / С. Канюк, В. Ананьев [Упоряд. Т. Гончаренко. Крюкова С. В., Слободяник Н. П.]. Программы эмоционального развития детей дошкольного и младшего школьного возраста: Практическое пособие – М.: Генезис. 2005. – 208 с. – С. 172-177.

151. Сіліна Г. Соціальне середовище та здоров'я. Вплив суб'єктів соціальної взаємодії на стан здоров'я молодшого школяра / Г. Сіліна // Сільська школа України. – 2004. – Серпень 22 (94). – С. 13-16.

152. Сіліна Г. Психосоціальне здоров'я молодших школярів / Г. Сіліна // Психолог. 2005. - № 35 (вересень). – С. 5-12.

153. Селье Г. Стресс без дистресса./ Г. Селье – М.: Прогресс, 1982. – 194 с.

154. Смелкова З. С. Педагогическое общение./ З Смелков. – М.: Флинта: Наука, 1999. – 232 с.

155. Семке В. Я. Психическое здоровье и общество / В. Я. Семке// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. – № 1. – С.5-7.

156. Сердюк А.М. Профілактика неінфекційних захворювань, що пов'язані зі способом життя, особливостями харчування та фізичною

активністю, - вагомий напрям національної стратегії охорони здоров'я населення України / А. М. Сердюк, Н. С. Полька, М. П. Гуліч // Журн. АМН України, 2010. – т. 16. - № 2. – С. 299-306.

157. Слепичева О. А. Индивидуальный стиль деятельности учителя и его влияние на уровень тревожности младшего школьника. - СПб., 2002. – С. 156-160.

158. Смелкова З. С. Педагогическое общение. / З. С. Смелкова. – М.: Флинта: Наука, 1999. – 232 с.

159. Соболева С. М. Формування потреби здорового способу життя під час екологічної підготовки студентів економічних спеціальностей // Актуальні проблеми формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої 5-річчю факультету психології та соціальної роботи 14-16 листопада 2007 року / За ред. А. І. Конончук. – Ніжин: Видавництво НДУ ім. М.Гоголя, 2007. – 263 с. – С.214-216.

160. Сорокина В. В. Негативне переживання дітей в початковій школі. / В. В. Сорокина // Вопросы психологи. – 2003. – № 3. – С. 43-52.

161. Ставицька С. О. Психолого-педагогічні умови подолання особистісної тривожності у дітей молодшого шкільного віку [текст]: автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / Ставицька Світлана Олексіївна, Національний педагог. ун-т. ім.. М. П. Драгоманова. – К., 1999. – 20 с.

162. Ставицька С. О. Самооцінка реалізації життєвих цілей особистості у процесі розвитку самосвідомості / С. О. Ставицька // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №2. Психологічні науки: Зб. наукових праць. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. - № 37 (61). – 356 с. – С. 14-20.

163. Стефанчук Р. О. Право на психічне здоров'я та юридичні гарантії його реалізації і захисту / Р. О. Стефанчук // Вісн. Хмельниц. ін-ту регіон. управ. та права. – 2003. – № 3-4 (7-8). – С. 70-79.

164. Танасійчук О. Психічне здоров'я дітей-сиріт. Особистісно орієнтована модель навчання і виховання / О. Танасійчук // Психолог. – 2006. - № 12 – С. 11.

165. Теория межличностных отношений и когнитивных теорий личности Г. Салливан, Дж. Роттер и У. Мишел. – СПб.: Пройм – ЕВРОЗНАК, 2007. – 128 с.

166. Терлецька Л. Г. Психічне здоров'я особистості. Технологія самоаналізу: [монографія] / Л. Г. Терлецька. – К.: Видавничо-поліграфічний центр "Київський університет", 2003. – 150 с. – С. 29.

167. Терлецька Л. Шкільна психодіагностика/Л. Терлецька. – К.: Редакції загально педагогічних газет, 2003. - 120 с. – (Біб-ка "Шкільного світу"). – С.50-53.

168. Титаренко Т. М. Специфіка настанов молоді на здоровий спосіб життя / Т. М. Титаренко // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. - № 6. – С. 65-68.

169. Тихонова М. Емоційна дезадаптованість дітей / М. Тихонова // Психолог на батьківських зборах / [упоряд. О. Главник]. – К.: Редакції загально педагогічних газет, 2003. – 112 с. – С.78-86.

170. Тищенко С. П. Психічне здоров'я: ціннісно-смысловий аналіз / С. П.Тищенко // Актуальні проблеми сучасної української психології: Наукові записки Інституту психології ім. Г. С.Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. К.: Нора-Друк, 2003. – Вип.23. – 436 с. – С. 362, 344,346.

171. Томчук С. М. Сім'я як фактор тривожності дітей / С. М. Томчук // Теоретико-методологічні проблеми генетичної психології: Матер. Міжнар. наук. конф., присвяченої 35-річчю наукової та педагогічної діяльності академіка С. Д. Максименка (17-18 грудня 2001р., м. Київ). – т. 1. – К.: Міленіум, 2002. – 412 с. – С. 204.

172. Указ Президента України "Про затвердження Цільової комплексної програми "Фізичне виховання – здоров'я нації". № 963/98 // Урядовий кур'єр від 1.09.1998 р. – 1998. – С. 4.

173. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства./ Г. К. Ушаков. – М.: Медицина, 1978. – 400 с.

174. Франкл В. Человек в поисках смысла / Франкл Виктор Эмиль [пер. с англ. и нем. Общ. ред. Л. Я. Гозмана, Д. А. Леонтьева]. – М.: Прогрес, 1990. – 368 с. – (Б-ка зарубежной психологии).

175. Франкл В. Психотерапия на практике / Франкл Виктор Эмиль. [пер. с нем. М. Паньков, В. Певчев]; – СПб.: Речь, 2001. – 251 с. – (Мастерская психологии и психотерапии).

176. Фрейд З. О клиническом психоанализе/ З. Фрейд// Избранные сочинения: [Пер. с нем.]. – М.: Медицина, 1991. – 288 с.

177. Фрейд З. Психология бессознательного / З. Фрейд. – М.: Наука, 1989. – 447 с.

178. Фромм Э. Человек для себя./ Э. Фромм. – Минск: Просвещение, 1992. – 208 с.

179. Холл К. С. Собрание статей по педологии и педагогике / Кэлвин Холл / [под ред. Н. Д. Виноградова]. – М., 1912. – С. 83.

180. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности. Основные положения, исследования и применение: учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по направлению и спец. психологии / Хьел Ларри, Зиглер Д. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2007. – 606 с. – (Серия "Мастера психологии").

181. Черкашин Г. Вирішення проблем збереження та зміцнення здоров'я школярів / Г. Черкашин // Директор школи, ліцею, гімназії. – 2006. – № 4. – С. 44-46.

182. Човбан В. За здоровий спосіб життя. Методична розробка / Валентина Човбан // Шкільний світ. – 2009. – грудень, № 45 (509). – С. 17-18, 20-22.

183. Шевченко С. Абетка здоров'я . Методичний матеріал на допомогу педагогам / С. Шевченко // Психолог. – 2008. - вересень, № 35 (323). – С. 20-21.
184. Школа и психическое здоровье учащихся / [под ред. С. Н. Громбаха] – М.: Медицина, 1988. – 272 с. – С. 64.
185. Шувалов А. В. Гуманитарно-антропологические основы теории психологического здоровья / А. В. Шувалов // Вопросы психологии. – 2004. – №6. – С. 18-33.
186. Юнг К. Г. Психологические типы / К. Г. Юнг. – М.: Наука, 1993. – 216с.
187. Юнг К. Г. Аналитическая психология / К. Г. Юнг; [пер. с англ., ред. и вступ. статья В. В. Зеленского]. – СПб.: Кентавр, 1994. – 136 с.
188. Юнг К. Г. Структура психики и процесс индивидуализации / К. Г. Юнг.; [пер. с нем. и англ.]. – М.: Наука, 1996 . – 269 с.
189. Якобсон П. М. Эмоциональная жизнь школьника. Психологический очерк./ П. М. Якобсон. – М.: Просвещение, 1966. – 291 с.
190. Blumberg I. Mental "health" and mental "illness" // Hosp Commun. Psychiatry. – 1997. – Vol. 130, № 3. – P. 229-239.
191. Frankl V. Das Leiden am sinnlosen Leben. – Freiburg-Basel-wien: Herder Spectrum, 1991. – 120s.
192. Hosford R. Self-as-a-model: A cognitivt social learning technique // Counstling psychologist. – 2000. – № 9. – P. 45-62.
193. Grof S. Realms of the Human Unconscious: Observations from LSD Research. N. Y.: Vicing Press, 1975. – 257 p. – P. 90.
194. Luscher M. The Luscher Color Test. N.Y.: Simon & Schuster 1969.
195. Perls F. Gestalt therapy verbatim. Lafayette CA: Real People Press, 1969. - p.4.
196. Psihosocijalni faktori u genezi organskih obolienja/Eysench N.J//Psihologija. – 1989. – N3-4. – С. 5-23.

197. Psychotherapy. Treatment of psychosomatic disease / Aisawa Shizuo // Asian Med./ - 1990. – 33 № 4. – С. 194-199.

198. Schwarz N. Emotion, cognition, and decision making // A Psychology Press Journal. – 2000. – Vol. 14, № 4. – P.433-441.

199. Weidman Nadine M. Constructing Scientific Psychology (Karl Lashley's Mind – Brain Debates). – London, 1999. – 240 p.

Додаток А

Тест шкільної тривожності (для дітей 7-11 років)

Інструкція. Уважно прочитай речення. У кожному реченні є виділені слова під літерами (а) чи (б). Вибери ті слова, які тобі найбільше підходять. На окремому аркуші поряд із номером запитання випиши ту літеру, яка підтверджує твою думку. Якщо вибрати не можеш пиши "не знаю". Довго не роздумуй, оскільки правильна буде та відповідь, яку вибереш ти.

1. Якщо ти допустив помилку, то твої однокласники
 - а) не сміються над тобою;
 - б) сміються над тобою.

2. Коли ти випадково зустрічаєш найсуворішого зі своїх вчителів на вулиці, у тебе
 - а) не змінюється настрій;
 - б) тобі раптом стає страшно.

3. Коли ти відповідаєш на уроці
 - а) ти тільки трохи хвилюєшся або не хвилюєшся взагалі;
 - б) ти сильно хвилюєшся.

4. Чи буває з тобою так, що ти добре вивчив урок, однак
 - а) боїшся відпочивати;
 - б) чи такого з тобою не буває.

5. Тобі важко працювати у класі так, як того хоче вчитель
 - а) так;
 - б) чи тобі не важко.

6. Якщо ти не можеш відповісти на запитання вчителя, то відчуваєш, що
 - а) ось-ось заплачеш;
 - б) чи ти не відчуваєш, що заплачеш.

7. Учні твого або інших класів коли-небудь

- а) били тебе;
- б) ніколи тебе не били.

8. Іноді тобі здається, що

- а) вчителька за щось на тебе сердиться;
- б) чи тобі такого не здається.

9. Чи буває з тобою так, що контрольну роботу ти пишеш краще тоді,

- а) коли за неї не ставитимуть оцінки;
- б) чи такого з тобою не буває.

10. З тобою ніколи не бувало такого, щоб ти однокласнику добре переказував(ла) заданий матеріал, а коли тебе викликали те саме розповісти перед класом,

- а) ти розповідав(ла) погано;
- б) чи такого з тобою не бувало.

11. Коли ти отримуєш нижчий бал, ніж завжди

- а) ти не переживаєш за те, що про тебе почнуть думати інші;
- б) ти переживаєш за те, що про тебе почнуть думати інші.

12. Коли тебе викликають

- а) у тебе не тремтять коліна;
- б) у тебе тремтять коліна.

13. Коли ви бавитесь в різні ігри, то твої однокласники

- а) ніколи над тобою не сміються;
- б) чи вони часто сміються над тобою.

14. Коли вчитель на уроці пояснює нову тему, тобі хочеться, щоб

- а) він говорив повільніше;
- б) хай говорить так, як і раніше.

15. Коли вчитель відкриває журнал і збирається когось викликати до дошки,
- а) ти дуже хвилюєшся;
 - б) тебе це не хвилює.

16. Ти не боїшся вступати у суперечки з однокласниками з добре знайомих питань
- а) це так;
 - б) чи ти боїшся це робити.

17. Якщо інші дізналися, що ти почав гірше вчитися

- а) тобі було б дуже неприємно;
- б) чи тобі байдужа думка інших.

18. Чи буває, що перед контрольною роботою

- а) тебе починає "трусити";
- б) перед контрольною тебе ніколи не "трусить".

19. Коли ти робиш щось разом із однокласниками, тобі здається, що

- а) вони не хочуть робити те, що ти придумав;
- б) вони роблять те, що ти придумав.

20. Часто тобі ставлять

- а) нижчий бал, ніж ти заслужив;
- б) тобі ставлять такий, який ти заслужив.

21. Перед початком самостійної роботи

- а) ти дуже хвилюєшся
- б) чи не хвилюєшся

22. Ти думаєш, що у присутності інших говориш або робиш щось не так, як мало б бути

- а) так;
- б) чи ти так не думаєш.

23. Ти любиш бавитися в ігри, де одна дитина вибирає іншу

- а) так;
- б) чи не любиш.

24. Коли ти пишеш контрольну роботу

- а) у тебе руки не тремтять
- б) чи тремтять.

25. Більшість учнів у класі ставляться до тебе

- а) по-дружньому;
- б) чи тебе недолюблюють.

26. Інколи тобі сняться,

- а) що ти не можеш відповісти на запитання вчителя;
- б) тобі такого не сняться.

27. Виконавши самостійне завдання

- а) ти не переживаєш через те, що щось не так зробив;
- б) чи переживаєш.

28. Тобі інколи здається, що ти думаєш і говориш зовсім не так, як інші діти в класі, і тому тобі краще мовчати

- а) так;
- б) чи ти вважаєш, що мовчати не варто.

29. Тобі було б дуже неприємно, якби ти розчарував своїх батьків через те, що почав погано поводитися у школі

- а) це так;
- б) чи тобі це байдуже.

30. Перед контрольною ти кілька разів мусиш піти в туалет

- а) це так;
- б) чи ти в туалет перед контрольною не бігаєш.

31. Коли ти розмовляєш чи бавишся з тими учнями в класі, із якими всі хочуть товаришувати,

- а) ти почувашся добре;
- б) чи ти почувашся погано.

32. Учителька до тебе ставиться

- а) так само, як і до інших дітей;
- б) чи до тебе вчителька ставиться трохи гірше.

33. Коли тебе питають на уроці

- а) чи ти хотів би менше хвилюватися;
- б) чи ти і так не дуже хвилюєшся.

34. Коли ти відповідаєш урок, ти часто думаєш про те, що в цей час про тебе думають інші учні

- а) це так;
- б) чи такого з тобою не буває.

35. Тобі не важко отримувати такі оцінки, які від тебе чекають батьки

- а) це так;
- б) чи важко.

36. Твоє серце не починає часто стукотіти, коли вчитель каже, що збирається дати учням класне завдання

- а) це так;
- б) чи починає стукотіти.

37. Більшість твоїх однокласників

- а) не звертають на тебе ніякої уваги;
- б) чи ти завжди у центрі уваги своїх однокласників.

38. Коли тобі довго доводиться залишатись з учителем

- а) тобі не хочеться йти від нього;
- б) чи якомога швидше хочеться піти.

39. Ти думаєш, що відповідаючи на уроці

- а) ти хвилюєшся менше, ніж інші діти;
- б) чи ти хвилюєшся більше.

40. Коли вчитель дає класові завдання, ти знаєш, що справишся з ним, як і всі, або й краще

- а) це так;
- б) чи боїшся, що не справишся з ним.

41. Тебе турбує те, що про тебе думає вчителька

- а) це так;
- б) це тебе не турбує.

42. Коли ти виконуєш завдання біля дошки, твої руки не тремтять

- а) це так;
- б) твої руки тремтять.

43. Ти вважаєш, що до школи вдягаєшся

- а) так само добре, як і твої однокласники;
- б) чи твій одяг чимось гірший.

44. Коли ти розмовляєш на перерві з учителькою

- а) ти спокійний;
- б) чи неспокійний.

45. Напередодні контрольної роботи

- а) ти засинаєш, як завжди;
- б) ти довго не можеш заснути.

46. Ти вважаєш, що міг би на уроках відповідати краще, якби твоїх відповідей не чули однокласники

- а) це так;
- б) чи присутність однокласників тебе не бентежить.

47. Ти хотів би бути капітаном команди

- а) це так;
- б) чи ти побоюєшся, що не справишся.

48. Коли ти відповідаєш урок, який не зовсім добре вивчив, у тебе в роті пересихає

- а) це так;
- б) чи не пересихає.

49. Коли тобі вдається зробити щось краще за однокласників і вони через це заздять тобі, то ти відчуваєшся

- а) винним перед ними;
- б) не відчуваю себе винним перед ними.

50. Якби тебе послали в учительську за журналом

- а) ти б зайшов спокійно;
- б) чи боявся б

51. Коли ти лягає спати,

- а) ти стурбований тим, що тебе можуть викликати;
- б) чи це тебе не турбує.

52. Ти не хвилюєшся, коли треба виступати перед публікою

- а) це так;
- б) чи це тебе сильно хвилює.

53. Коли ти пишеш контрольну роботу, понад усе намагаєшся не підвести своїх батьків

- а) це так;
- б) чи ти про це не думаєш.

54. Коли на уроці присутні директор або завуч і тебе викликали до дошки, твій голос не змінюється

- а) це так;

б) твій голос починає тремтіти.

55. Коли тобі довго доводиться залишатися зі своїми однокласниками

- а) тобі якомога швидше хочеться піти від них;
- б) чи не хочеться йти від них.

56. Ти хотів би, щоб

- а) вчителька так само любила тебе, як і інших дітей;
- б) чи вчителька і так тебе любить.

57. Чи по дорозі до школи

- а) тебе не турбує те, що вчитель може дати самостійну роботу;
- б) чи це сильно тебе турбує.

58. Ти дуже хотів би виступати на сцені і показувати все, на що здатний

- а) це так;
- б) чи тобі було б незручно виступати перед іншими.

59. Тебе не турбує, що про тебе думають однокласники

- а) це так;
- б) чи це тебе турбує.

60. Під час контрольної роботи у тебе раптом починає свербіти тіло

- а) це так;
- б) чи такого з тобою не буває.

Обробка даних

0 чинник. Загальний шкільний страх.

Цей чинник свідчить про загальний емоційний стан дитини, пов'язаний з різними сторонами шкільного життя.

1 чинник. Страх соціальних контактів із ровесниками.

Цей чинник свідчить про емоційні переживання дитини. Пов'язані зі спілкуванням з ровесниками у школі.

2 чинник . Страх соціальних контактів з учителями.

Цей чинник свідчить про емоційні переживання дитини, пов'язані зі спілкуванням з учителями.

3 чинник. Страх перевірки знань.

Цей чинник свідчить про емоційні переживання дитини, пов'язані із ситуацією перевірки знань учня (страх перед контрольними роботами, самостійними роботами, опитуваннями тощо)

4 чинник . Страх самовираження.

Цей чинник свідчить про емоційні переживання дитини, пов'язані з необхідністю публічно продемонструвати свої інтелектуальні можливості.

5 чинник. Страх не відповідати очікуванням оточуючих

Цей чинник свідчить про емоційні переживання дитини, пов'язані з очікуванням негативних оцінок своєї діяльності з боку оточуючих (батьків, учителів, ровесників тощо)

6 чинник. Низький фізіологічний опір шкільним страхам.

Цей чинник свідчить про особливості психофізіології дитини, які впливають на її здатність адекватно реагувати на емоціогенні ситуації.

	1	2	3	4	5	6
	чинник	чинник	чинник	чинник	чинник	чинник
№	1б	2б	3б	4а	5а	6а
запитання	7а	8а	9а	10б	11б	12б
та варіант	13б	14а	15а	16б	17а	18а
відповіді	19а	20а	21а	22а	23б	24б
	25б	26а	27б	28а	29а	30а
	31б	32б	33а	34а	35б	36б
	37а	38б	39б	40б	41а	42б
	43б	44б	45б	46а	47б	48а
	49а	50б	51а	52б	53а	54б
	55а	56а	57б	58б	59б	60а

Опрацювання даних. Якщо, відповідаючи на питання, піддослідний вибирає той варіант, який указаний у таблиці, він за відповідним чинником отримує 1 бал, якщо дає відповідь "не знаю" – 0,5 бала, якщо вибраний варіант не відповідає тому, який указаний у таблиці, то піддослідний отримує 0 балів.

Підраховується сумарна кількість балів за кожним чинником та загальна кількість балів за кожним окремим чинником – 10 балів, за всім тестом – 60 балів.

Інтерпретація. Якщо за 1-6 чинниками досліджуваній отримав від 0 до 5 балів, то це свідчить про відсутність страху за даним чинником; від 5,5 до 7,5 балів – підвищений страх за даним чинником; від 8 до 10 балів – високий страх за даним чинником.

Якщо за 0 чинником піддослідний отримав від 0 до 30 балів, то це свідчить про відсутність загального шкільного страху; від 31 до 45 балів – підвищений загальний шкільний страх; від 46 до 60 балів – високий загальний шкільний страх.

Додаток Б

Дослідження самооцінки (за Т. В. Дембо, С. Я. Рубінштейн)

Інструкція: нижче намальовані сходи, що означають здоров'я, розумовий розвиток, характер, щастя. Якщо умовно на цих сходах розташувати людей, то на вищій сходинці перших сходів розмістяться " найбільш здорові", а на нижчій – " найбільш хворі", аналогічно і на інших. Вкажіть своє місце на сходинках усіх сходів.

1. Найбільш здорові
2. Дуже здорові
3. Здорові
4. Більш-менш здорові
5. Середнього здоров'я
6. Більш-менш хворі
7. Хворі
8. Дуже хворі
9. Найбільш хворі

1. Найбільш розумні
2. Дуже розумні
3. Розумні
4. Більш-менш розумні
5. Середнього розуму
6. Більш-менш нерозумні
7. Нерозумні
8. Дурні
9. Найбільш дурні

1. З прекрасним характером
2. З гарним характером
3. З більш-менш гарним характером
4. З непоганим характером
5. Із звичайним характером
6. З неважним характером
7. З поганим характером
8. З дуже поганим характером
9. З важким характером

1. Надмірно щасливі
2. Дуже щасливі
3. Щасливі
4. Більш-менш щасливі
5. Не дуже щасливі
6. Мало щасливі
7. Нещасливі
8. Дуже нещасливі
9. Найбільш нещасливі

Дайте відповідь на питання:

1. Яких людей ви вважаєте здоровими, розумними, з гарним настроєм?
2. Яких людей – хворими, дурними, з поганим характером, нещасливими?
3. Як ви розумієте здоров'я, розум, характер, щастя?
4. Чому ви вибрали цю сходинку?
5. Чого вам бракує, щоб бути здоровим, розумним, з гарним настроєм?

Додаток В

Методика Венгера А. Л, Цукерман Г. А. "Два будинки"

Мета: діагностика сфери спілкування.

Інструкція: у якому будинку живе дитина? Побудуймо для тебе червоний красивий будинок (говорячи про це, він малює на аркуші великий червоний прямокутник). А тепер у цей будинок вселимо когось. Звичайно, в ньому житимеш ти, адже ми його побудували для тебе! А хто ще? Тут у цьому новому будинку можуть жити всі, кого ти захочеш оселити із собою, неважливо, чи живе ви разом, чи ні. Поселяй, кого хочеш. Хіба цей будинок буде стояти порожній(у червоний прямокутник записують імена та хто це)? Після того як у червоний будинок буде вписано два-три новосельці, дитина поруч малює ще один великий прямокутник. На цей раз – чорний. Може, когось ти не хочеш поселити у свій будинок? Але треба, щоб їм теж було де жити. Що до чорного будинку, то ні в якому разі не говоріть , що це поганий будинок (достатньо кольорової символіки, до якої діти дуже чутливі). Якщо чорний будинок не заселяється, дитину до цього підштовхують: "Невже цей будинок буде пустувати?"

Ой, а вчительку ми взагалі нікуди не поселили. Але ж їй треба десь жити!

Ключ:

Результати інтерпретуються безпосередньо. Враховують кількісні та якісні показники. Скількох людей дитина охоче поселяє у свій будинок? Куди поселить батьків, молодшого або старшого брата, вчительку, чи отримають житло однокласники й інші однолітки?

Додаток Д
Розклад уроків 4 клас
(ЗОШ № 314 м. Київ)

Понеділок

1. Читання
2. Фізкультура
3. Математика
4. Укр. мова
5. Громад. освіта

Вівторок

1. Читання
2. Англ. мова
3. Математика
4. Фізкультура
5. Укр. мова

Середа

1. Англ. мова
2. Математика
3. Укр. мова
4. Читання
5. Труд. Навчання

Четвер

1. Музика
2. Природознавство
3. Англ. мова
4. Читання
5. Образ. мистецтво

П'ятниця

1. Укр. мова
2. Фізкультура
3. Англ. мова
4. Математика
5. Основи здоров'я

**Розклад уроків 4 клас
(ЗОШ № 9 м. Ніжин)**

Понеділок

1. Укр.. мова
2. Фізкультура
3. Математика
4. Читання
5. Індивід. робота

Вівторок

1. Читання
2. Математика
3. Природознавство
4. Труд. навчання
5. Фізкультура

Середа

1. Читання
2. Математика
3. Укр. мова
4. Рос. мова
5. Музика

Четвер

1. Укр.. мова
2. Англ.. мова
3. Громад. освіта
4. Основи здоров'я
5. Фізкультура

П'ятниця

1. Математика
2. Логіка
3. Читання
4. Труд. навчання
5. Фізкультура

Додаток Е
Анкета з визначення рівня шкільної мотивації
(Автор Н .Г. Лусканова)

Ціль: виявлення рівня учбової мотивації.

Форма проведення: індивідуально і фронтально.

Процедура проведення: після роздачі аркушів для відповідей і заповнення даних про учнів дається інструкція.

Інструкція: "Вам пропонується відповісти на запитання, які стосуються шкільного життя. Виберіть один із варіантів відповідей ("а", "б" або "в") і запишіть його напроти номера питання"

Питання анкети

1. Тобі подобається у школі?
 - а) так
 - б) не дуже
 - в) ні
2. Вранці ти з радістю ідеш у школу або тобі хочеться залишитись дома?
 - а) іду з радістю
 - б) не знаю
 - в) хочеться залишитись дома
3. Якщо б вчитель сказав, що завтра необов'язково приходити до школи, ти б прийшов чи ні?
 - а) так
 - б) не знаю
 - в) ні
4. Чи хочеш ти, щоб інколи відмінляли які-небудь уроки?
 - а) так
 - б) не знаю
 - в) ні
5. Чи хочеш ти, щоб вчитель не задавав ніяких домашніх завдань?
 - а) так

- б) не знаю
 - в) ні
6. Чи хочеш ти, щоб у школі залишились тільки перерви?
- а) так
 - б) не знаю
 - в) ні
7. Чи часто ти розповідаєш батькам про школу?
- а) так, часто
 - б) не розповідаю взагалі
 - в) рідко
8. Чи хочеш ти, щоб у тебе був менш суворий вчитель?
- а) мені подобається наш вчитель
 - б) не знаю
 - в) так, хотів би
9. Чи є у тебе друзі у школі?
- а) так, багато
 - б) декілька
 - в) нема зовсім
10. Чи подобаються тобі твої однокласники?
- а) так, дуже
 - б) не дуже
 - в) не подобаються

Обробка результатів.

Відповіді учнів оцінюються наступним чином: за кожну відповідь "а" нараховується 3 бали, за відповідь "б" – 1 бал, за відповідь "в" – 0 балів. Потім отримані бали сумуються, і робляться висновки про рівень шкільної мотивації.

25 - 30 балів – високий рівень

20 – 24 бали – середній

15 – 19 балів – зовнішня мотивація

10 - 14 балів - низька

менше 10 балів – негативне відношення до школи

Інтерпретація результатів.

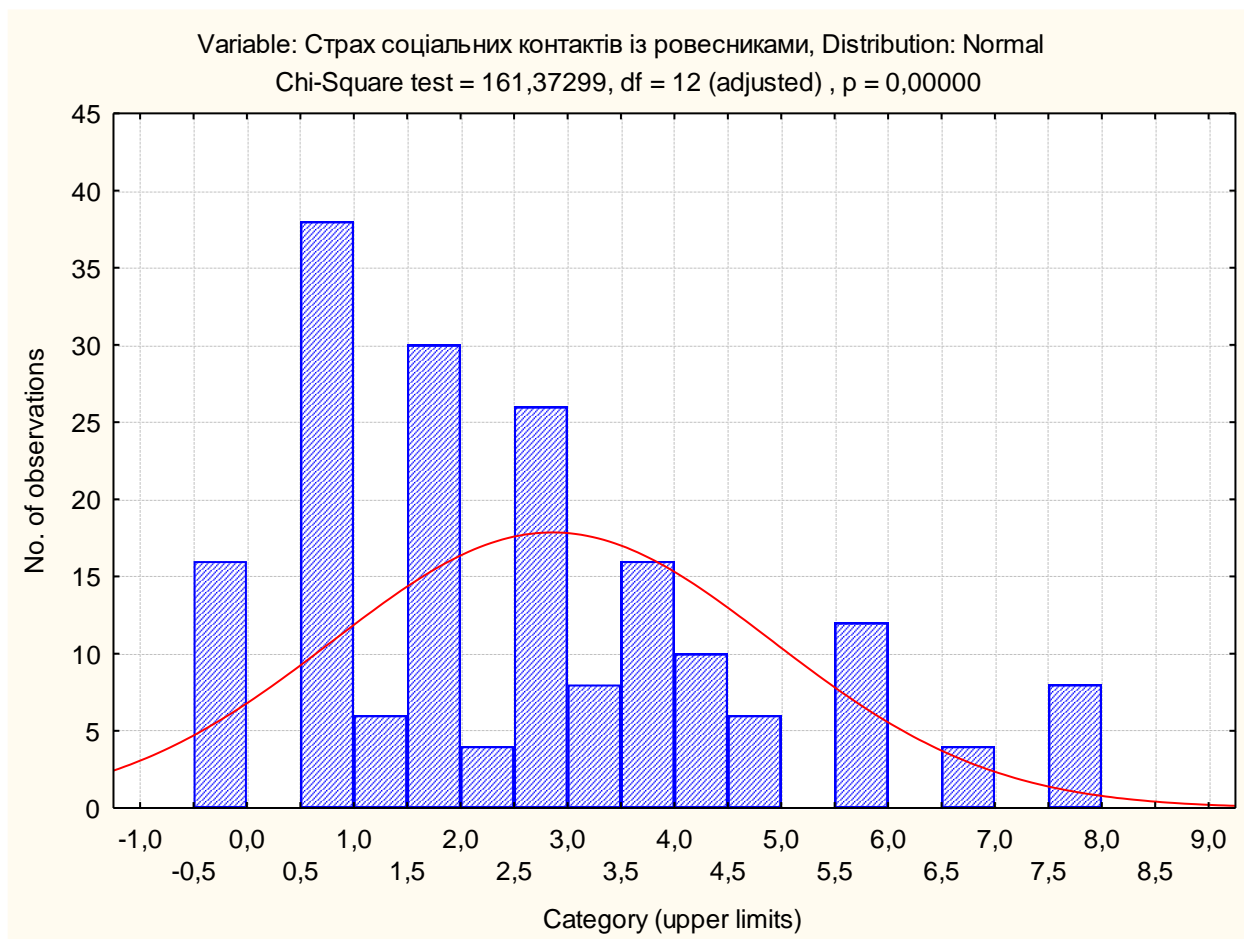
Високий рівень шкільної мотивації вказує на те, що дитина усвідомлює важливість навчання, учбові цілі для неї привабливі, вона проявляє високу пізнавальну активність, інтерес до всіх предметів, до самостійної роботи, займає гарне статусне положення у класі.

Середній рівень учбової мотивації вказує на те, що дитина позитивно ставиться до школи, але учбові цілі не усвідомлює, пізнавальна активність середня, зосереджений на інтерес, самостійно виконує типові завдання, вимагає контролю зі сторони дорослих, товаришує з багатьма дітьми класу.

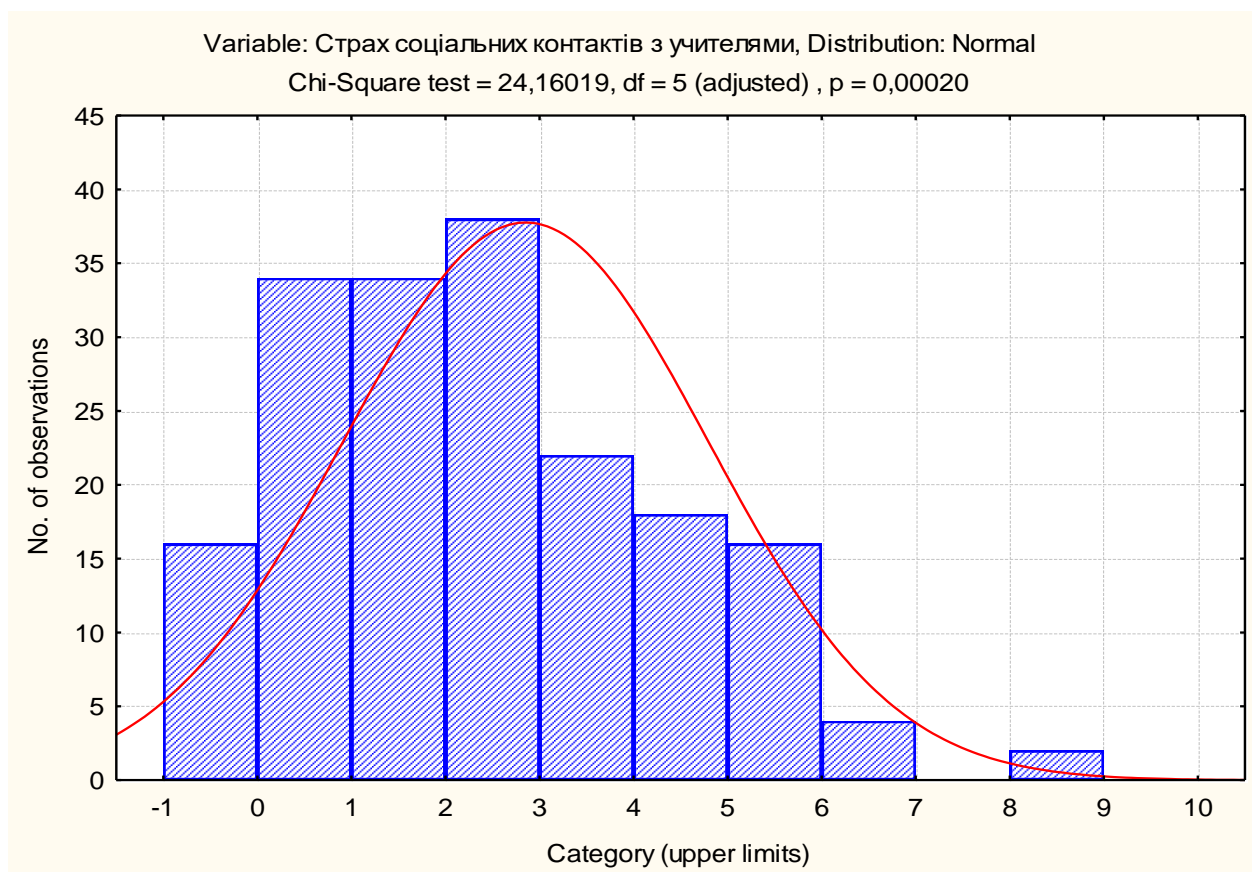
Зовнішня мотивація вказує на те, що дитину цікавить позаурочна сторона, атрибути школи.

Низький рівень учбової мотивації свідчить про те, що дитина до школи ставиться негативно або без інтересу, вимагає контролю і допомоги, до самостійної роботи інтересу не виявляє, порушує дисципліну, близьких друзів у класі не має.

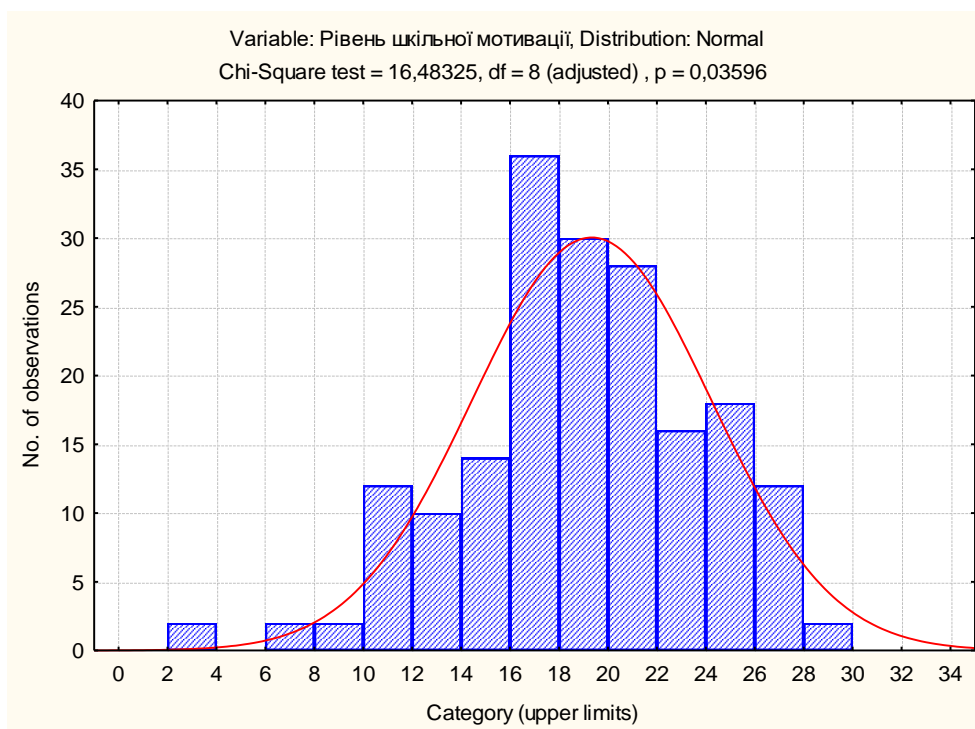
Додаток Ж
Результати перевірки нормальності вибіркового розподілу досліджуваних
ознак за критеріями асиметрії і ексцесу та за
критерієм Колмогорова-Смірнова



Страх соціальних контактів з ровесниками	Valid N	Mean	Median	Mode	Frequency	Variance	Std.Dev.	Skewness	Kurtosis
	184	2,85869	2,50000	1,00000	38	4,225826	2,055681	0,776086	0,023924



Страх соціальних контактів з учителями	Valid N	Mean	Median	Mode	Frequency	Variance	Std.Dev.	Skewness	Kurtosis
	184	2,85321	3,00000	3,00000	32	3,778896	1,943938	0,563857	-0,111045



Рівень шкільної мотивації	Valid N	Mean	Median	Mode	Frequency	Variance	Std.Dev.	Skewness	Kurtosis
	184	19,3369	19,0000	19,0000	22	23,87491	4,88619	-0,317368	0,193577

Додаток 3

Кореляційні зв'язки між показниками шкільної тривожності та шкільної мотивації

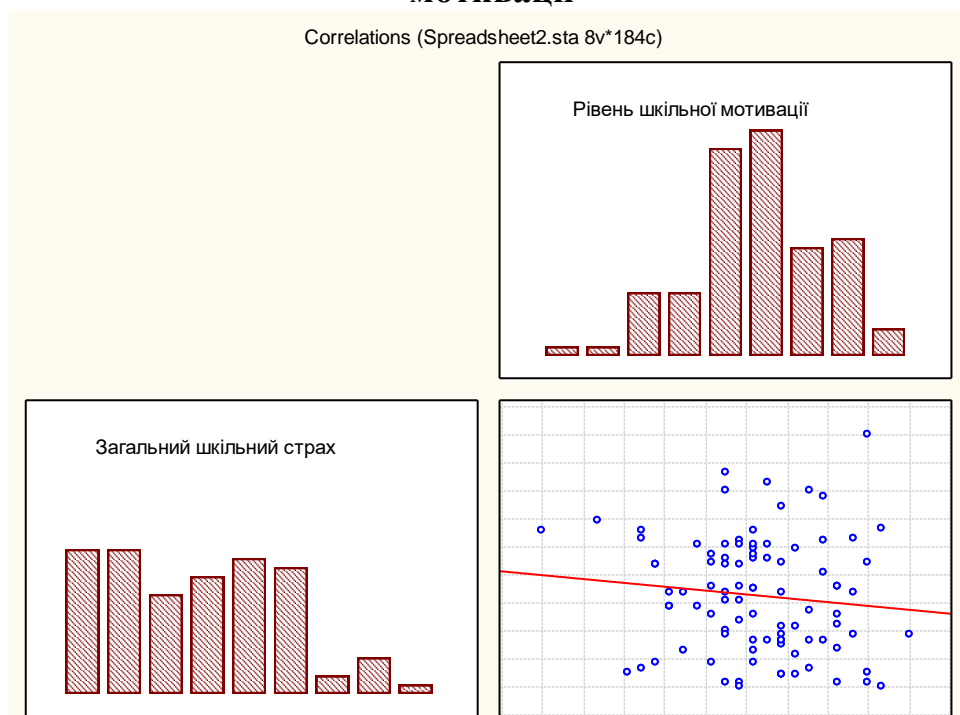


Рис. 1. Кореляційний зв'язок між показниками загального шкільного страху та показниками шкільної мотивації

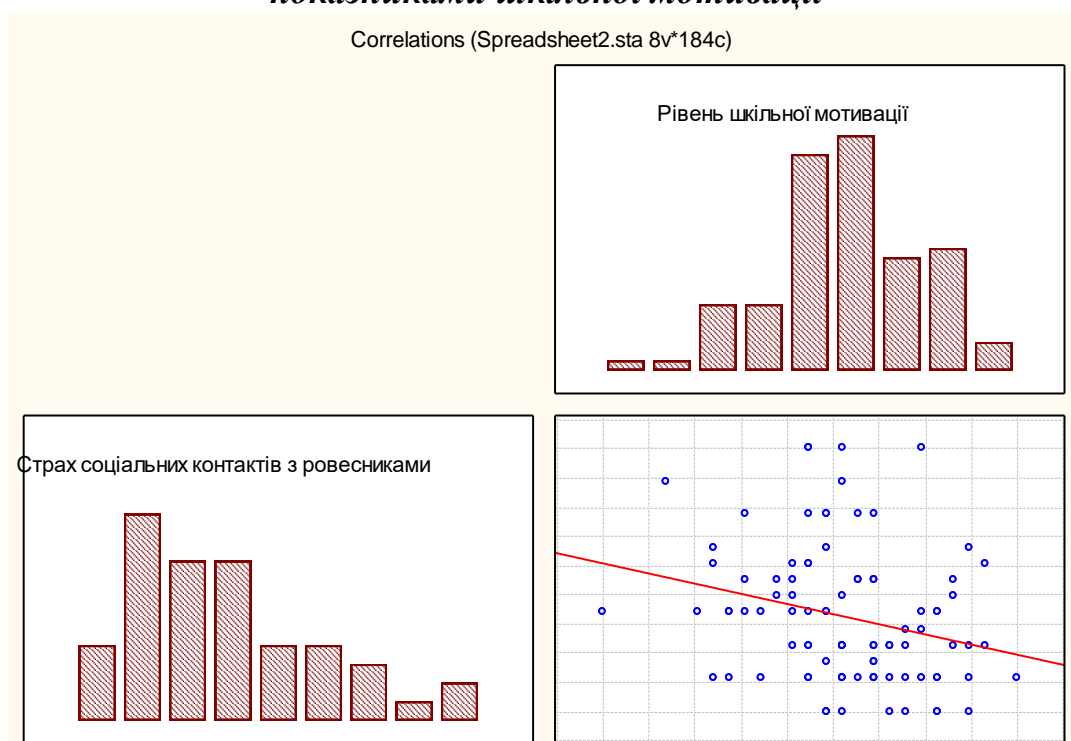


Рис. 2. Кореляційний зв'язок між показниками страху соціальних контактів з ровесниками та показниками шкільної мотивації

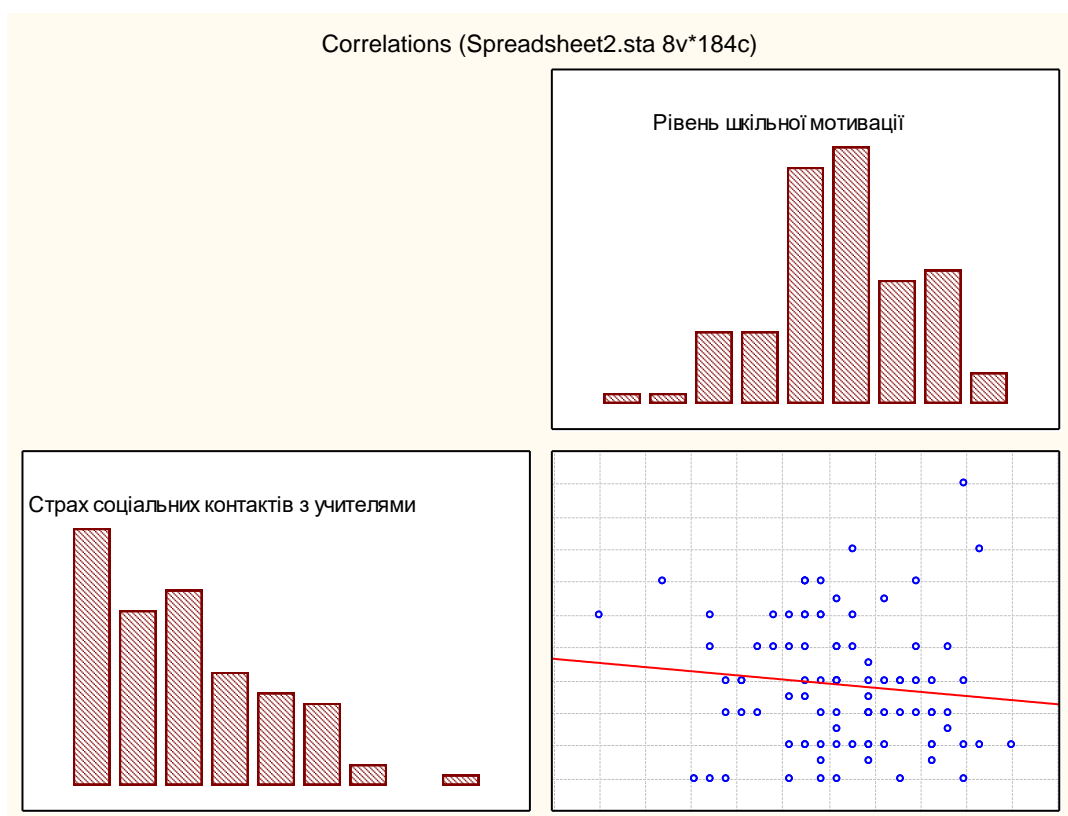


Рис. 3. Кореляційний зв'язок між показниками страху соціальних контактів з учителями та показниками шкільної мотивації

Додаток И

Опитувальник, складений на основі методики О. М. Прихожан (діагностика рівня тривожності молодшого школяра)

Текст опитувальника

Чи хвилюєшся ти, коли доводиться ... ?

1. Знайомитися з новими дітьми.
2. Відповідати перед усім класом.
3. Піти до школи, не виконавши одне із завдань учителя.
4. Брати участь у змаганнях (на уроках фізичної культури, трудового навчання).
5. Коли розпочинається перевірка домашнього завдання.
6. Просити товариша допомогти виконати завдання.
7. Із запропонованих завдань виконувати найважче.
8. Коли на тебе ображаються батьки.
9. Самостійно виконувати завдання вчителя.
10. Звертатися за допомогою до батьків.
11. Коли вчитель оцінює завдання, яке виконане тобою.
12. Коли закінчуєш виконання завдання вчителя пізніше, ніж товариші.
13. Вчитель не звертає на тебе увагу.
14. Думати про школу.
15. У тебе не виходить вирішення завдання.
16. Виконувати завдання вчителя з товаришем.
17. Здавати зошити на перевірку.
18. Самостійно (без допомоги батьків і вчителя) виконувати завдання.
19. Коли запропонували перейти в інший клас.
20. Коли ти отримуєш нижчу оцінку, ніж очікував.
21. З тобою не хочуть розмовляти однокласники.
22. Коли потрібно попросити в учителя допомоги.

23. Розмовляти з батьками про школу.
24. Коли ти не розумієш, як виконувати завдання.
25. Коли товариш просить у тебе допомоги на уроці.
26. Розмовляти з учителем.
27. Коли запитують, як ти навчаєшся.
28. Коли вчитель розмовляє з батьками про тебе.
29. Коли потрібно виконати додаткове завдання.
30. Якщо завдання вчителя важке.

Додаток К

Методика визначення явної тривожності дітей (The Children`s Form of Manifest Anxiety Scale – CMAS)

у адаптації А. М. Прихожан

Шкала явної тривожності CMAS

Інструкція. Любий друже! Перед тобою речення. Біля кожного з них два варіанти відповідей: ТАК і НІ. У реченнях описуються події, випадки, переживання. Уважно прочитай кожне речення і виріши, чи ти можеш віднести його до себе, чи вірно описує воно тебе, твою поведінку, якості, риси. Якщо так, підкресли слово ТАК, якщо ні – НІ. Не думай над відповіддю довго. Якщо не можеш вирішити, вірно чи невірно те, про що говориться у реченні, вибирай те, що буває, як тобі здається частіше. Не можна давати одразу дві відповіді на одне речення (тобто не можна підкреслювати одразу два варіанти відповідей). Не пропускай речення, відповідай на усі підряд.

Спочатку давай потренуємося:

№ п/п	Запитання	Варіанти відповідей	
		ТАК	НІ
1.	Ти хлопчик.	ТАК	НІ
2.	Тобі подобається гратися на вулиці, а не вдома.	ТАК	НІ
3	Твій улюблений предмет – англійська мова.	ТАК	НІ
1.	Тобі важко думати про що-небудь одне.	ТАК	НІ
2.	Тобі неприємно, коли хтось спостерігає за тобою, коли ти що-небудь робиш.	ТАК	НІ
3.	Тобі дуже хочеться в усьому бути краще від усіх.	ТАК	НІ
4.	Ти легко червонієш.	ТАК	НІ
5.	Всі кого ти знаєш, тобі подобаються.	ТАК	НІ

6.	Нерідко ти помічаєш, що у тебе сильно колотиться серце.	ТАК	НІ
7.	Ти дуже сильно соромишся, часто почуваєш себе ніяково.	ТАК	НІ
8.	Буває, що тобі хочеться опинитися якомога далі звідси.	ТАК	НІ
9.	Тобі здається, що в інших все виходить краще, ніж у тебе.	ТАК	НІ
10.	В іграх ти більше любиш вигравати, ніж програвати.	ТАК	НІ
11.	У глибині душі ти боїшся багато чого.	ТАК	НІ
12.	Ти часто відчуваєш, що інші незадоволені тобою.	ТАК	НІ
13.	Ти боїшся залишатися вдома наодинці.	ТАК	НІ
14.	Тобі важко зважитися на щось, почати нову справу.	ТАК	НІ
15.	Ти нервуєшся, якщо тобі не вдається зробити те, що тобі хочеться.	ТАК	НІ
16.	Часто тебе щось мучить, а що – ти не можеш зрозуміти.	ТАК	НІ
17.	Ти з усіма і завжди поводишся чемно.	ТАК	НІ
18.	Тебе турбує, що тобі скажуть батьки.	ТАК	НІ
19.	Тебе легко розлютити.	ТАК	НІ
20.	Часто тобі важко дихати.	ТАК	НІ
21.	Ти завжди гарно поводишся.	ТАК	НІ
22.	У тебе пітніють руки.	ТАК	НІ
23.	У туалет тобі потрібно ходити частіше, ніж іншим дітям.	ТАК	НІ
24.	Іншим дітям везе більше, ніж тобі.	ТАК	НІ
25.	Для тебе важливо, що про тебе думають інші.	ТАК	НІ
26.	Часто тобі важко ковтати.	ТАК	НІ
27.	Часто ти хвилюєшся через те, що, як виявлялося пізніше, не мало значення.	ТАК	НІ
28.	Тебе легко образити.	ТАК	НІ
29.	Тебе весь час мучить, чи усе ти робиш правильно, так, як слід.	ТАК	НІ
30.	Ти ніколи не хвастаєшся.	ТАК	НІ
31.	Ти боїшся того, що з тобою може щось трапитися.	ТАК	НІ

32.	Ввечері тобі важко заснути.	ТАК	НІ
33.	Ти дуже хвилюєшся через оцінки.	ТАК	НІ
34.	Ти ніколи не спізнюєшся.	ТАК	НІ
35.	Часто ти відчуваєш невпевненість у собі.	ТАК	НІ
36.	Ти завжди говориш лише правду.	ТАК	НІ
37.	Ти відчуваєш, щ о тебе ніхто не розуміє.	ТАК	НІ
38.	Ти боїшся, що тобі скажуть: "Ти все робиш погано".	ТАК	НІ
39.	Ти боїшся темноти.	ТАК	НІ
40.	Тобі важко зосередитися на навчанні.	ТАК	НІ
41.	Іноді ти сердишся.	ТАК	НІ
42.	У тебе часто болить живіт.	ТАК	НІ
43.	Тобі буває страшно, коли ти перед сном залишаєшся один у темній кімнаті.	ТАК	НІ
44.	Ти часто робиш те, чого не варто (не слід) було б робити.	ТАК	НІ
45.	У тебе часто болить голова.	ТАК	НІ
46.	Ти турбуєшся, що з твоїми батьками що-небудь трапиться.	ТАК	НІ
47.	Ти іноді не виконуєш свої обіцянки.	ТАК	НІ
48.	Ти часто втомлюєшся.	ТАК	НІ
49.	Ти часто грубіяниш батькам та іншим дорослим.	ТАК	НІ
50.	Тобі нерідко сняться віщі сни (сни, що збуваються).	ТАК	НІ
51.	Тобі здається, що інші діти сміються над тобою.	ТАК	НІ
52.	Буває, що ти кажеш неправду.	ТАК	НІ
53.	Ти боїшся, що з тобою трапиться що-небудь погане.	ТАК	НІ

**Оцінювання та інтерпретація результатів до шкали явної тривожності
CMAS (The Children`s Form of Manifest Anxiety Scale)
у адаптації А. М. Прихожан**

1. Підраховуються дані за контрольною шкалою – субшкалою "соціальної бажаності".

Ключ до шкали "соціальної бажаності" (номери пунктів CMAS)

Відповіді Так	Відповіді Ні
5, 17, 21, 30, 3, 36	10, 41, 47, 49, 52

Критичний результат за цією субшкалою – 9. Цей та більш високий результат свідчить про те, що відповіді досліджуваного можуть бути недостовірними, можуть бути викривлені під впливом соціальної бажаності.

2. Підраховуються бали за субшкалою тривожності. Отримана сума балів є первинною оцінкою (сирі бали)..

Ключ до субшкали тривожності.

Відповідь "так"
1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 50, 51, 53

3. Первинна оцінка переводиться у шкальну. В якості шкальної оцінки використовується стандартна дев'ятка (стени). Для цього дані досліджуваного порівнюються з нормативними показниками групи дітей відповідного віку та статі.

Тривожність. Переведення "сирих" балів у стени.

Стени	Статеві вікові групи (результати в балах)							
	7 років		8-9 років		10-11 років		12 років	
	дівч.	хлопч.	дівч.	хлопч.	дівч.	хлопч.	дівч.	хлопч.
1	0 – 2	0 – 3	0	0 – 1	0 – 3	0 – 2	0 – 6	0 – 5
2	3 – 4	4 – 6	1 – 3	2 – 4	4 – 7	3 – 6	7 – 9	6 – 8
3	5 – 7	7 – 9	4 – 7	5 – 7	8 – 10	7 – 9	10 – 13	9 – 11
4	8 – 10	10 – 12	8 – 11	8 – 11	11 – 14	10 – 13	14 – 16	12 – 14
5	11 – 14	13 – 15	12 – 15	12 – 14	15 – 18	14 – 16	17 – 20	15 – 17
6	15 – 18	16 – 18	16 – 19	15 – 17	19 – 21	17 – 20	21 – 23	18 – 20
7	19 – 21	19 – 21	20 – 22	18 – 20	22 – 25	21 – 23	24 – 27	21 – 22
8	22 – 25	22 – 24	23 – 26	21 – 23	26 – 28	24 – 27	28 – 30	23 – 25
9	26 – 29	24 – 26	27 – 30	24 – 26	29 – 32	28 – 30	31 – 33	26 – 28
10	29 і більше	27 і більше	31 і більше	27 і більше	33 і більше	31 і більше	34 і більше	29 і більше

4. Спираючись на отриману шкальну оцінку робиться висновок про рівень тривожності досліджуваного.

Характеристика рівнів тривожності.

Стени	Характеристика	Примітки
1 – 2	Стан тривожності для досліджуваного не є характерним	Подібний " Надмірний спокій" може як мати, так і не мати захисний характер
3 – 6	Нормальний рівень тривожності	Є необхідним для адаптації та продуктивної діяльності
7 – 8	Деяко підвищена тривожність	Часто буває пов'язаною з обмеженим колом ситуацій, певною сферою діяльності
9	Явно підвищена тривожність	Зазвичай має генералізований характер
10	Дуже висока тривожність	Група ризику