

АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПРОБЛЕМ ВИХОВАННЯ

На правах рукопису

УДК 37. 013. 42

ЗИМІВЕЦЬ НАТАЛІЯ ВОЛОДИМИРІВНА

**СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ
ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я
В УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ**

13.00.05 – соціальна педагогіка

Дисертація
на здобуття наукового ступеня
кандидата педагогічних наук

Науковий керівник
Лактіонова Галина Михайлівна,
доктор педагогічних наук

Київ – 2008

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ	12
1.1. Здоров'я як глобальний феномен.....	12
1.2. Відповідальне ставлення до здоров'я: сутність та структура.....	25
1.3. Концептуальні основи формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості	45
1.4. Соціально-педагогічні умови формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.....	58
Висновки до першого розділу	79
РОЗДІЛ II. ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНО- ПЕДАГОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ФОРМУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ	83
2.1. Характеристика соціально-педагогічної технології формування відповідального ставлення до здоров'я.....	83
2.2. „Рівний – рівному” та „Здоров'я через освіту” як соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.....	93
2.3. Змістово-процесуальне забезпечення соціально-педагогічної роботи з впровадження розроблених технологій.....	109
2.4. Аналіз результатів експериментального дослідження	126
Висновки до другого розділу	164
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	168
ДОДАТКИ	171
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	219

ВСТУП

Актуальність дослідження. Здоров'я населення загалом, підрастаючих поколінь зокрема є інтегральним показником соціального благополуччя, важливим складником забезпечення стійкого розвитку – бажаної перспективи й мети для кожної країни та світової спільноти.

Міжнародне співтовариство визначило концептуальні засади сприяння покращенню здоров'я у глобалізованому світі як цілісного, системного процесу, котрі викладені в низці документів планетарного масштабу (Оттавська Хартія (1986), Всесвітня Декларація з охорони здоров'я „Здоров'я для всіх у XXI столітті” (1998), Бангкокська Хартія (2005) та ін.).

Особливу увагу в них приділено стратегіям сприяння здоров'ю дітей та молоді. Свідченням цього є, зокрема, той факт, що майже усі Цілі розвитку світової спільноти, які сформульовані у Декларації тисячоліття, передбачають створення умов для здорового розвитку підрастаючих поколінь. У Європейській стратегії „Здоров'я і розвиток дітей і підлітків”, котру розроблено за ініціативи Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я, конкретизовано теоретичні підходи й визначено три основних пріоритети практичної діяльності, а саме: зміна ставлення дорослих до процесу сприяння здоров'ю; реалізація програм навчання здоров'я дітей та молоді; створення та розвиток структур, чия діяльність спрямована на покращення здоров'я. За цих умов можна гарантувати, що потенціал здоров'я майбутніх поколінь буде реалізований завдяки їх здатності турбуватися про нього, а також про здоров'я інших громадян своєї країни та світу.

Водночас зміцнення здоров'я нації залежить не тільки від системної, комплексної діяльності державних і недержавних структур, організованих зусиль усього суспільства, а й від відповідального ставлення кожної людини до здоров'я, яке визнається основою продуктивного довголіття, фізичного, психічного та соціального благополуччя. Закономірно, що в Національній доктрині розвитку освіти України у XXI столітті одним із найголовніших

завдань є навчання людини відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я інших як до найвищої суспільної й індивідуальної цінності.

Детальний розгляд наукової літератури засвідчує, що, починаючи з другої половини ХХ століття, до проблеми ставлення до здоров'я звертаються філософи, соціологи, психологи, педагоги, зокрема Р. Березовська, С. Дерябо, Л. Водогрєєва, І. Журавльова, В. Каган, В. Коган, Д. Лоранський, В. Ясвін [26; 68; 78; 123; 135; 177; 327]. Ціннісний аспект формування ставлення до здоров'я з урахуванням вікових особливостей досліджують Т. Андрющенко, С. Бєлова, І. Вершиніна, Г. Зайцев, В. Кабаєва, С. Свириденко [13; 24; 48; 86; 122; 263].

Питанням формування, збереження, зміцнення і відтворення здоров'я присвячені праці М. Амосова, Г. Апанасенко, І. Брехмана, В. Горащука, О. Дубогай, В. Казначєєва, Ю. Лисицина, В. Ліщук, В. Петленка [10; 15; 16; 41; 59; 72; 124; 163; 168; 221]. Наприкінці ХХ ст. опубліковано праці О. Балакіревої, О. Вакуленко, Ю. Галустяна, Л. Жаліло, Н. Комарової, Р. Левіна, О. Яременко [21; 43; 305; 306; 307; 308], у яких міжнародні концептуальні засади сприяння здоров'ю адаптовано до українського контексту як теоретичні основи формування здорового способу життя.

В. Беспалько, Н. Заверико, В. Петрович, О. Стойко, Л. Сущенко, В. Шкуркіна [25; 82; 83; 84; 223; 287; 291; 318] звернулися до пошуку нових соціально-педагогічних технологій формування в учнів здорового способу життя. У дослідженнях Г. Латишева, Б. Міллера, М. Орлової, С. Титової [162; 213] вперше висвітлено досвід використання навчання „рівний – рівному” в превентивній роботі. Однак, проблема формування відповідального ставлення до здоров'я як особистості загалом, так і учнівської молоді зокрема не була об'єктом і предметом спеціального дослідження вчених.

Аналіз літературних джерел, результатів наукових досліджень та практики соціально-педагогічної діяльності дав змогу виокремити низку *суперечностей щодо*: визнання потреби формування відповідального ставлення до здоров'я і невизначеності змісту терміна „відповідальне ставлення до здоров'я” у теорії соціальної педагогіки відповідно до сучасного трактування поняття „здоров'я”;

декларування важливості міжнародних документів концептуального значення щодо сприяння покращенню здоров'я і недостатнього використання теоретико-методологічних засад цих документів для організації процесу формування відповідального ставлення до здоров'я; потреби впровадження у практику соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я та відсутності технологій, котрі враховують особливості сучасної учнівської молоді, невизначеності соціально-педагогічних умов, наявність яких визначає успішність цих технологій.

Отже, актуальність проблеми, потреба вирішення визначених протиріч обумовили вибір теми дисертаційного дослідження: „**Соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді**”.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано в межах комплексної теми лабораторії соціальної педагогіки Інституту проблем виховання АПН України „Соціально-педагогічні засади виховання особистості в сучасних умовах” (державний реєстраційний номер 0103U001163). Тема дисертаційної роботи затверджена вченою радою Інституту проблем виховання АПН України (протокол № 4 від 31 березня 2005 р.) і Радою з координації наукових досліджень у галузі педагогіки та психології в Україні (протокол № 6 від 14 червня 2005 р.).

Об'єкт дослідження – процес формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді.

Предмет дослідження – технологічне забезпечення соціально-педагогічної діяльності, спрямованої на формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці соціально-педагогічних технологій, що сприяють підвищенню ефективності процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що процес формування

відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді буде ефективнішим, якщо його здійснювати, використовуючи соціально-педагогічні технології, що забезпечують становлення і розвиток компонентів відповідального ставлення до здоров'я, успішність яких визначається такими соціально-педагогічними умовами: організація діяльності на концептуальних засадах сприяння покращенню здоров'я; відповідність змісту освітніх/просвітницьких програм сутнісним та структурним характеристикам відповідального ставлення до здоров'я; застосування інтерактивних методів навчання; забезпечення участі учнів у діяльності щодо покращення громадського здоров'я; готовність фахівців (концептуальна, технологічна, психологічна).

Відповідно до визначених протиріч, об'єкта, предмета, мети та гіпотези дослідження сформульовано такі **завдання**:

1. На підставі аналізу філософської, соціологічної, психолого-педагогічної літератури теоретично обґрунтувати поняття „відповідальне ставлення до здоров'я”, визначити структурні компоненти, критерії та показники відповідального ставлення до здоров'я у відповідності з сучасним трактуванням поняття „здоров'я”.

2. Розкрити принципи, пріоритетні напрями діяльності, послідовність організації процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості на концептуальних засадах сприяння покращенню здоров'я.

3. Обґрунтувати соціально-педагогічні умови, які визначають успішність технологічного забезпечення формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

4. Розробити та здійснити експериментальну перевірку результативності соціально-педагогічних технологій („Рівний – рівному” та „Здоров'я через освіту”) формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Методологічною основою дослідження є системний, комплексний, міждисциплінарний, аксіологічний, полісуб'єктний, особистісно-діяльнісний, культурологічний, синергетичний підходи до процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Теоретичну основу дослідження становлять концепції здоров'я, що трактують його як системне поняття, як сукупність інтегрованих компонентів, як соціокультурний феномен глобального масштабу (А. Антоновські, О. Васильєва, В. Вернадський, І. Гурвич, Л. Куликов, Ю. Лисицин, А. Маслоу, М. Мюррей, Г. Никифоров, М. Селігман, Б. Райн, Е. Роджерс, Ф. Філатов [44; 47; 62; 148; 163; 185; 243; 251; 334; 337; 338; 342]), соціально-педагогічних технологій (Р. Вайнола, М. Галагузова, Н. Заверико, В. Нікітін, С. Харченко [81; 209; 276; 277; 280; 313]), ставлення (О. Лазурський, Б. Ломов, Д. Лоранський, В. М'ясищев [153; 176; 177; 202]); теорії відповідальності (К. Абульханова-Славська, М. Бердяєв, І. Бех, Г. Йонас, С. Рубінштейн, В. Франкл, Е. Фромм [4; 27; 29; 121; 256; 262; 310; 311]), соціально-педагогічної роботи (Т. Алексеєнко, О. Безпалько, І. Зверєва, Г. Лактіонова, І. Ліпський, Ю. Поліщук, А. Рижанова, С. Савченко, С. Харченко [9; 22; 89; 155; 165; 229; 259; 274; 313]); положення досліджень, які присвячені формуванню особистості на підлітковому етапі й етапі ранньої юності (Л. Божович, Л. Віготський, Е. Еріксон, І. Кон, Ж. Піаже, А. Реан, В. Сухомлинський [32; 33; 52; 143; 224; 247; 292; 320]).

Концептуальні засади сприяння покращенню здоров'я викладені в Алма-атинській Декларації, Оттавській Хартії, Аделаїдських рекомендаціях, Сундсвальській заяві, Джакартській Декларації, Всесвітній Декларації з охорони здоров'я „Здоров'я для всіх у ХХІ столітті”, Бангкокській Хартії, Європейській стратегії „Здоров'я і розвиток дітей та підлітків” [8; 58; 64; 76; 92; 181; 288; 337].

Для розв'язання поставлених завдань і досягнення мети використано комплекс **методів**: *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення, моделювання для обґрунтування базових понять дослідження, визначення концептуальних засад вирішення проблеми формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді; проектування соціально-педагогічних технологій для перевірки теоретичних положень дослідження; *емпіричні* – узагальнення практичного досвіду для виявлення

умов технологічного забезпечення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді; соціально-педагогічний експеримент для перевірки висунутої гіпотези; включене та опосередковане спостереження, діагностичне опитування, анкетування, бесіди для виявлення новоутворень у компонентах і з'ясування рівнів сформованості відповідального ставлення до здоров'я; статистичні для кількісної та якісної обробки даних.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота виконувалася у 67 загальноосвітніх навчальних закладах Волинської, Дніпропетровської, Донецької, Івано-Франківської областей. До експериментальної роботи було залучено 1028 учнів, 225 представників загальноосвітніх навчальних закладів, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, неурядових організацій.

Організація дослідження. Дослідження охоплює такі етапи науково-педагогічного пошуку:

На першому етапі (1999 – 2002 рр.) – аналізувався стан дослідженості проблеми в соціально-педагогічній теорії та практиці; накопичувався й узагальнювався теоретичний матеріал, визначалися методологічні засади дослідження; була сформульована гіпотеза, мета і завдання дослідження.

На другому етапі (2002 – 2003 рр.) – уточнювались гіпотеза та концептуальні положення дослідження; виявлялися і обґрунтовувалися соціально-педагогічні умови технологічного забезпечення; розроблялися та обґрунтовувалися технології.

На третьому етапі (2003 – 2007 рр.) – впроваджувались експериментальні технології „Рівний – рівному” та „Здоров'я через освіту” формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді, аналізувалась їх результативність.

На четвертому етапі (2007 – 2008 рр.) – аналізувались і узагальнювались результати експериментальної роботи та дослідження в цілому, формулювались основні положення й висновки дисертації, здійснювалося логіко-текстове оформлення матеріалів дослідження.

Наукова новизна й теоретичне значення одержаних результатів полягає в тому, що: *уперше* теоретично обґрунтовано й експериментально підтверджено результативність соціально-педагогічних технологій („Рівний – рівному”, „Здоров’я через освіту”) формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді; обґрунтовано зміст поняття „відповідальне ставлення до здоров’я” відповідно до сучасного трактування поняття „здоров’я”, визначено структурні компоненти, критерії, показники та рівні сформованості відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді; розкрито принципи, пріоритетні напрями діяльності, послідовність організації процесу формування відповідального ставлення до здоров’я в особистості згідно з концептуальними засадами сприяння покращенню здоров’я; виокремлено й обґрунтовано соціально-педагогічні умови, що визначають успішність технологічного забезпечення процесу формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді; *удосконалено* положення про соціально-педагогічні технології як ефективний спосіб оптимізації процесу формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді; *подальшого розвитку набули* системний, комплексний, міждисциплінарний підходи до організації соціально-педагогічної роботи з формування відповідального ставлення особистості до здоров’я.

Практичне значення дисертаційного дослідження полягає в тому, що розроблено соціально-педагогічні технології („Рівний – рівному”, „Здоров’я через освіту”) формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді; навчально-методичні матеріали, програми підготовки педагогів-тренерів, інструкторів, програму освітнього тренінгу для учнівської молоді, котру розроблено відповідно до суті та структури поняття „відповідальне ставлення до здоров’я”. Результати дослідження можуть бути використані загальноосвітніми закладами, центрами соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді, неурядовими організаціями для планування й організації роботи з формування відповідального ставлення до здоров’я у дітей та молоді.

Результати дисертаційного дослідження **впроваджено** в практику

діяльності навчальних та виховних закладів: м. Кривого Рогу Дніпропетровської області (довідка про впровадження № 2106 від 27.12.07); Будьонівського району м. Донецька (довідка про впровадження № 1643 від 27.12.07); Ратнівського району Волинської області (довідка про впровадження № 752 від 27.12.07); Городенківського району Івано-Франківської області (довідка про впровадження № 01-8/14938 від 26.12.07); м. Макіївка Донецької області (довідка про впровадження № 07-3/19 від 16.01.08); у діяльність Українського Фонду „Благополуччя дітей” (довідка про впровадження № 1 від 15.01.2008).

Результати дослідження використано автором під час виконання функцій члена робочих груп, тренера, консультанта й експерта у процесі підготовки педагогів-тренерів для організації та проведення просвітницької роботи „Рівний – рівному” (Програму Міністерства освіти і науки України, ПРООН/ЮНЕЙДС „Сприяння просвітницькій роботі „Рівний – рівному” серед молоді України щодо здорового способу життя” впроваджено в 25 областях України); у соціальних проектах міжнародних неурядових організацій (ЮНІСЕФ, Український фонд „Благополуччя дітей”), що реалізовувалися за підтримки Міністерства у справах сім’ї, дітей, молоді та спорту; у науково-дослідницькій роботі Волинського національного університету імені Лесі Українки за держзамовленням за темою „Соціально-педагогічні умови формування здорового способу життя підлітків” (державний реєстраційний номер 0106U000270).

Особистий внесок у роботах, опублікованих у співавторстві, полягає в тому, що в навчально-методичному посібнику „Методика освіти „Рівний – рівному”, опублікованому в співавторстві з Т. Авельцевою та Н. Лещук, особистий внесок автора полягає в підготовці 1–3 тем посібника; у посібнику „Вирішувати нам – відповідати нам: Методичні рекомендації з проведення тренінг-курсу підлітками-інструкторами”, написаного у співавторстві із Т. Авельцевою, О. Голоцван, здобувачем підготовлено методичні рекомендації з організації та проведення тренінгових занять, розроблено 1, 3, 4, 5 заняття з другої теми посібника.

Апробація результатів дослідження. Основні положення, висновки, практичні результати дисертаційного дослідження представлено в доповідях та повідомленнях на науково-практичних та науково-методичних конференціях різного рівня – *міжнародних*: „Інноваційні технології превентивного виховання дітей та молоді: соціально-педагогічний аспект” (Чернівці, 2005), „Обличчя соціальної держави” (Київ, 2006), „Соціальна робота в Україні: вектори розвитку в третьому тисячолітті” (Київ, 2007); *всеукраїнських*: „Теоретико-практичні реалії сучасного виховання дітей та учнівської молоді” (Київ, 2005), „Теорія та практика підготовки соціальних педагогів та психологів у вищому навчальному закладі: досвід, проблеми та перспективи” (Запоріжжя, 2007), „Актуальні проблеми формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді” (Ніжин, 2007). Результати дисертаційного дослідження обговорювалися на засіданнях лабораторії соціальної педагогіки Інституту проблем виховання АПН України, на засіданнях робочих груп проекту „Сприяння здоров’ю матері та дитини”, що є компонентом Україно-Швейцарської програми „Здоров’я матері та дитини”; засіданнях координаційних робочих груп у Міністерстві охорони здоров’я України й Державній соціальній службі для сім’ї, дітей та молоді.

Публікації. Основні положення та результати дослідження висвітлено у 12 публікаціях (10 – одноосібні), із них 7 статей у наукових фахових виданнях, 1 підручник (авторська робота – 0,6 др. арк.), 1 навчально-методичний посібник (авторська робота – 6,8 др. арк.), 1 навчальний посібник (авторська робота – 8 др. арк.), методичні матеріали для тренінгу (авторська робота – 12,81 др. арк.).

Структура й обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (344 найменування, з них 14 – іноземною мовою) та 19 додатків на 47 сторінках. Робота містить 38 таблиць та 6 рисунків. Повний обсяг дисертаційної роботи – 247 сторінок.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В УЧНІВСЬКОЇ МОЛОДІ

1.1. Здоров'я як глобальний феномен

Передусім зауважимо, що сутність поняття „здоров'я” детермінується ходом соціальної еволюції, історичним розвитком та соціокультурним контекстом.

Сучасне трактування здоров'я як глобального соціокультурного явища передбачає необхідність єдиної світової політики здоров'я, котра відображена в концептуальних засадах сприяння покращенню здоров'я, викладених в Алма-атинській Декларації (1977 р.), Оттавській Хартії (1986 р.), Аделаїдських рекомендаціях (1988 р.), Сундсвальській заяві (1991 р.), Джакартській Декларації (1997 р.), Всесвітній Декларації з охорони здоров'я „Здоров'я для всіх у XXI столітті” (1998 р.), Бангкокській Хартії (2005 р.) [8; 58; 64; 76; 92; 181; 288; 337].

Міжнародна спільнота трактує цей процес як системну, комплексну діяльність, головним завданнями якої є зміцнення соціальної відповідальності за здоров'я, формування відповідального ставлення до нього.

Реалізація ключового завдання процесу сприяння покращенню здоров'я передбачає насамперед чітке й однозначне розуміння суті відповідального ставлення до здоров'я, концептуальних основ організації та реалізації процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості.

Однак, на думку дослідників, у нашій країні ставлення до здоров'я поки що є не об'єктом свідомого формування, а стихійним процесом, результатом взаємодії складного комплексу чинників [78]. Зазначимо також, що практика соціально-педагогічної роботи ставить спеціалістів у скрутне становище, пов'язане з теоретичною невизначеністю поняття „відповідальне ставлення до здоров'я”. Ми повністю поділяємо думку дослідників про те, що наукова

невизначеність – це відсутність критеріїв оцінювання результату практичної роботи загалом [1].

Для виявлення сутнісних характеристик відповідального ставлення до здоров'я спочатку проаналізуємо саме поняття „здоров'я”, оскільки ставлення до нього значною мірою обумовлюється еталонами здоров'я.

Еталон здоров'я (відносно стійка формувальна матриця, яка визначає структуру знання про нього) присутній у свідомості кожного суб'єкта і є безпосереднім результатом використання конкретної концепції здоров'я в реальній соціальній практиці [44]. Зауважимо, що сьогодні, як зазначають О. Васильєва, Ф. Філатов, у пострадянському суспільстві уявлення про здоров'я обумовлюються адаптаційною концепцією, у якій здоров'я фактично ототожнюється з нормальністю і багато в чому залежить від зовнішніх умов та чинників, відповідно, власна активність індивіда, його відповідальність не відіграють вирішальної ролі. Як підтвердження подаємо висновок дослідження, проведеного означеними науковцями з метою емпіричного аналізу стійких соціальних уявлень про здоров'я, оцінювання ступеня особистої відповідальності за здоров'я. „Більшість респондентів, мінімізувавши особисту відповідальність, віднесли відповідальність за погіршення стану свого здоров'я на органи державної влади, і були схильні передоверити турботу про власне здоров'я навіть кризовій і нестабільній державі [44, с. 291]”. Зазначимо також, що відповідальність держави за здоров'я особистості полягала у відповідальності за діяльність із охорони здоров'я. Тобто особистість перекладає відповідальність за здоров'я на державу, держава ж – відповідальна за лікування хвороб населення. Об'єкт відповідальності (здоров'я) фактично залишається без суб'єкта відповідальності.

Отже, ми можемо констатувати, що істотне значення для формування відповідального ставлення в особистості до здоров'я мають концепції здоров'я, які складають основу цього процесу. Саме вони визначають сутнісний зміст ставлення до здоров'я, діяльності з його збереження і зміцнення. Ми поділяємо погляд Ян Мак-Дермотта, Джозефа О'Коннора, котрі вважають: „як визначите

здоров'я, так і побудуєте переконання про нього [69, с. 419]”.

Теоретико-методологічною основою соціально-педагогічної роботи з формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості для нашого дослідження ми обрали концептуальні засади сприяння покращенню здоров'я, *оскільки*

- в них інтегровано наукові уявлення про такий феномен глобального масштабу як здоров'я, враховано й узгоджено положення трьох універсальних концепцій здоров'я (античної, адаптивної, антропологічної) відповідно до сучасної наукової парадигми;

- вони ґрунтуються на визнанні загальнолюдської цінності, соціальної значущості здоров'я, відповідальності за його збереження з боку індивіда, держави, соціальної групи, суспільства та міжнародної спільноти загалом, і започаткували парадигматичний перехід особистості на самоконтроль за своїм благополуччям;

- у них розкривається план-схема й алгоритм управління процесом сприяння покращенню здоров'я і, відповідно, формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості на основі цілісного розуміння сутності цього процесу.

Як уже відзначалося, концептуальні засади сприяння покращенню здоров'я вперше викладено в Оттавській Хартії [288]. На наступних міжнародних конференціях досліджувалася і допрацьовувалася основна тематика Оттавської Хартії (Аделаїда, Австралія, 1988 р. – визначено зміст політики заради здоров'я; Сундсваль, Швеція, 1991 р. – сутність поняття „середовища, сприятливі для здоров'я”; Джакарта, Індонезія, 1997 р. – оцінено ефективність процесу сприяння здоров'ю як засобу покращення громадського здоров'я; Мехіко, 2000 р. – обговорено потребу й важливість інвестицій у здоров'я; Бангкок, Тайвань, 2005 р. – визначено заходи, зобов'язання, необхідні для забезпечення факторів здоров'я в глобалізованому світі [8; 58; 64; 76; 92; 181; 288; 337].

Перед тим як представити трактування поняття „здоров'я” в означених документах, вважаємо за доцільне звернути увагу на те, що в загальносвітовий

науковий лексикон концепція „сприяння покращенню здоров'ю” ввійшла за назвою *Health promotion*. У нашій країні для означення *Health promotion* уживається вислів „формування здорового способу життя” (ФЗСЖ). Його запропонували О. Балакірева, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова, Р. Левін, О. Яременко й інші, які, працюючи в межах українсько-канадського проекту „Молодь за здоров'я”, сприяли просуванню та популяризації в нашій країні основних положень означеної концепції для процесу формування здорового способу життя [305; 306; 307; 308].

Зауважимо, що переклад *Health promotion* допускає кілька тлумачень – сприяння здоров'ю, зміцнення здоров'я, просування здоров'я, популяризація здоров'я, пропаганда здоров'я, пропаганда здорового способу життя тощо. У нашому дослідженні трактуємо *Health promotion* як „сприяння покращенню здоров'я”, ґрунтуючись на положеннях міжнародних документів [8; 58; 64; 92; 181; 232; 288; 337; 344], якими нині керується світове співтовариство в діяльності з проблем здоров'я, та враховуючи певну стереотипність сприйняття поняття „формування здорового способу життя” серед спеціалістів соціальної сфери, населення, учнівської молоді.

Ми вважаємо, що термін „сприяння покращенню здоров'я” більш розкриває сутність системної діяльності як процесу, спрямованого на розкриття і досягнення повної реалізації всіма людьми потенціалу їх здоров'я, розвиток кожного індивіда в контексті його життєвих та загальнолюдських цінностей, підвищення контролю особистості над своїм здоров'ям і його факторами, зміцнення й охорони здоров'я людей упродовж усього їхнього життя, досягнення благополуччя як особистості, країн, так і міжнародного співтовариства загалом.

Повертаючися до питання трактування поняття „здоров'я” в концептуальних засадах сприяння покращенню здоров'я, ще раз зазначимо, що в них, на основі інтегративного підходу, акумульовані сучасні уявлення про феномен здоров'я, представлено розуміння інтегральної цілісності його як складно конструйованого й багатопланово представленого глобального явища.

Проведене порівняння підходів до трактування поняття „здоров’я” в теоретичних роботах дослідників (Г. Апанасенко, А. Бодальов, І. Брехман, О. Васильєва, В. Вернадський, Дж. Вейлант, В. Еванс, Дж. Гібсон, Н. Григор’єва, І. Гурвич, В. Казначеев, Ю. Лисицин, А. Маслоу, М. Мюррей, Г. Никифоров, Г. Олпорт, Б. Райн, М. Селігман, М. Чиксентміхалі, Ф. Філатов, Е. Фромм, І. Ялом, К. Ясперс, Н. Vertio [16; 31; 41; 44; 47; 56; 60; 62; 125; 163; 185; 215; 243; 288; 312; 326; 329; 337; 339; 342]) й у низці документів міжнародного значення (Алма-атинська Декларація, Оттавська Хартія, Аделаїдські рекомендації, Сундсвальська заява, Джакартська Декларація, Всесвітня Декларація з охорони здоров’я „Здоров’я для всіх у ХХІ столітті”, Бангкокська Хартія [8; 58; 64; 76; 92; 181; 288; 337] дозволяє охарактеризувати поняття „здоров’я” як основну ідею цієї концепції, розкрити його сутність і показати, які наукові підходи до його вивчення в ній враховані.

Згідно з *концептуальними положеннями* сприяння покращенню здоров’я, здоров’я трактується :

– як *сукупність інтегрованих компонентів*. „Здоров’я – це стан повного фізичного, соціального і психічного благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад [58, с. 1]”. В англomовному оригіналі документа ВООЗ замість терміна „психічне” вжито латинський „*mental*”, який, крім психічного, включає також розумовий (інтелектуальний) і духовний компоненти. Тобто в цій концепції здоров’я визначається як багатовимірний феномен, котрий поєднує в собі різні компоненти й відображає фундаментальні аспекти людського існування.

Виділення у структурі здоров’я різних складових характерно для комплексного підходу до трактування поняття „здоров’я” (В. Ананьєв, І. Брехман, О. Васильєва, Г. Никифоров, Б. Райн, Ф. Філатов, Е. Фромм [41; 44; 243; 288; 312; 320]). Так, наприклад, В. Ананьєв визначає соматичне (фізичне), психічне, сексуальне, моральне та етичне здоров’я [320].

Білл Райн, професор школи соціальної роботи Мак-Гілл університету (Канада), виділяє такі складові здоров’я – духовна, інтелектуальна, емоційна,

фізична, соціальна, професійна, екологічна, психологічна [288].

Тут слід зауважити, що базове визначення концепції найчастіше цитується в наукових джерелах й останнім часом критикується. Наведемо основні тези цієї критики в тому вигляді, як їх сформульовано Г. Артюніною, О. Ігнатковою: „невизначене поняття „здоров’я” визначається через суб’єктивне поняття „благополуччя”; ідеальність мети, яку ніколи не досягти, статичність [19, с. 8]”.

На наш погляд, така думка є доречною тоді, коли це визначення дослідники трактують не в контексті концепції сприяння покращенню здоров’я, а виокремлено. Справді, це визначення здоров’я характеризує ідеальний стан. Однак це той соціальний орієнтир, до якого необхідно прагнути і окремій людині, і суспільству, і світовій спільноті [127]. В означеній концепції представлено й інші трактування, які розкривають сутність здоров’я і системної діяльності для його досягнення. Як підкреслюється в Оттавській Хартії, для досягнення стану повного фізичного, психічного й соціального благополуччя людина чи група людей повинні вміти визначати та реалізовувати свої прагнення, задовольняти потреби, змінювати середовище і справлятися з ним [288, с. 80 – 83].

Поняття „благополуччя”, вважає Л. Куликов, позицію якого ми поділяємо, вибрано ВООЗ як критерій здоров’я тому, що благополуччя і відчуття благополуччя вельми значущі для будь-якої людини, його трактування збігаються або значною мірою схожі в різних наукових дисциплінах і буденній свідомості, існують об’єктивні показники благополуччя [148]. Єдине, з чим ми погоджуємось із критичних тез, це з необхідністю більш чіткого роз’яснення поняття „благополуччя” під час просвітницької роботи, що ми врахували у процесі дисертаційного дослідження.

У науковій літературі розрізняють суб’єктивне благополуччя (*Subjective Well-Being*), задоволеність життям (*Life Satisfaction*) і якість життя (*Quality of Life*). Обсяг дисертації не дає можливості вповні розкрити всі ці поняття. Представимо тільки запропоновані Керол Ріфф об’єктивні суб’єктивні закономірності психологічного благополуччя: позитивне ставлення до себе та

свого минулого життя (самоприйняття); наявність цілей і занять, котрі наділяють життя сенсом (цілі в житті); здатність виконувати вимоги повсякденного життя (компетентність); відчуття (почуття) безперервного розвитку й самореалізації (особисте зростання); стосунки з іншими, пронизані турботою та довірою (позитивні стосунки з іншими); здатність слідувати власним переконанням (автономність) [128]. Отже, у суб'єктивному благополуччі (загалом і в його складових) можна виділяти два основні компоненти: когнітивний – уявлення про різні сторони свого буття й емоційний – домінуюче ставлення до окремих складових буття [148, с. 120 – 121].

– як *вища, універсальна, абсолютна цінність*. Здоров'я як таке є початковою й першочерговою термінальною цінністю для людини, суспільства, і сенс полягає в актуалізації цілей, намірів з її (цінності) реалізації, досягнення.

Постулат про здоров'я як цінність, що у свій зміст включає субцінності, які мають смисложиттєве, всеосяжне й позачасове значення є основним для аксіологічного підходу (Г. Апанасенко, В. Колбанов, Ю. Лисицин, А. Маслоу, В. Петленко [16; 136, 163; 185; 320]). За ціннісною суттю здоров'я виступає благом, тобто тим, що відповідає потребам, інтересам, має позитивне значення для людей. Ціннісний зміст здоров'я акумулюється, реалізується у відповідальному ставленні людини (соціуму) до свого стану, що забезпечує успішну життєдіяльність, досягнення благополуччя;

– як *системна якість*, що характеризує людське буття в його цілісності. Здорова людина завжди потенційно цілісна, тобто спрямована у своєму становленні на формування цілісності та єдності.

Саме на уявленні про здоров'я як цілісності та певного рівня інтегрованості особи ґрунтується холістичний підхід (Е. Еріксон, Г. Олпорт [215; 321]). До стійких характеристик здорової особистості можуть бути віднесені наступні: самоактуалізація, повноцінний розвиток, особисте зростання, відкритість досвіду й початкова довіра до процесу життя, здатність до справжнього діалогу, свобода в переживанні, самовираженні та самовизначенні, осмисленість, свідомість існування;

– як *право людини*. Організація Об'єднаних Націй визнає, що найвищий досяжний стандарт здоров'я є одним із основних прав кожної людини без обмежень [58].

Право на найвищий досяжний стандарт здоров'я є нероздільним правом, яке поширюється на всі основоположні фактори здоров'я. Держави повинні реалізовувати право на здоров'я „поступово й повно”, „в максимальному ступені використовуючи наявні ресурси”, „всіма належними способами”[58]. Покращення здоров'я та добробуту людей є кінцевою метою соціального та економічного розвитку кожної країни світу. У праві на здоров'я проявляється взаємна відповідальність людини, суспільства і держави за нього;

– як *позитивна концепція*, що висуває на перший план соціальні й особистісні ресурси, можливості [58].

На стан здоров'я індивіда в кожен момент можуть позитивно вплинути зовнішні та внутрішні ресурси, наявні в його розпорядженні. Можливість за Дж. Гібсоном [56] є особливою єдністю властивостей середовища й самого суб'єкта, рівною мірою як фактом середовища, так і поведінковим фактом суб'єкта. Ми поділяємо погляд Ю. Науменка, котрий визначає нездоров'я як стійку форму життєдіяльності людини, що є результатом її нездатності до позитивного саморозвитку в конкретних життєвих обставинах [211, с. 43].

Позитивна концепція здоров'я (А. Антоновські, О. Васильєва, Л. Куликов, Г. Никифоров, М. Селігман, В. Пахальян, М. Чиксентміхалі [44; 148; 219; 243; 342] базується на принциповому положенні: кожна людина має величезну кількість здібностей і великий потенціал, потрібно розвивати здібності, підтримувати та зміцнювати внутрішні сили. Особлива увага приділяється пошуку чинників, які сприяли б благополучному існуванню й розквіту індивідів та співтовариств (орієнтація на салютогенез, тобто визначення факторів сприяння здоров'ю). Як зазначено в Стокгольмській декларації, прийнятій на Конференції ООН, „людина одночасно є продуктом і творцем свого середовища, яке дає йому фізичну основу для життя і робить можливим інтелектуальний, моральний, духовний і суспільний розвиток [328, с. 11]”;

– *як засіб, ресурс*, що дає можливість людям „жити індивідуально неповторним та продуктивним в соціальних і економічних відносинах життям (мати індивідуально неповторний та продуктивний в соціальних і економічних відносинах спосіб життя) [58, с. 1]”.

На наш погляд, у цій тезі концепції закладено базові положення акмеологічного й феноменологічного підходу до трактування здоров'я. Представники акмеологічного підходу (В. Ананьєв, А. Бодальов [31; 320]) здоров'я визначають як оптимальну передумову для виконання людиною намічених життєвих цілей і завдань, її призначення, зрештою, її самоутвердження на Землі. У межах феноменологічного підходу (І. Ялом, К. Ясперс [326; 329]) здоров'я трактується як одна з характеристик індивідуального неповторного „способу буття у світі”;

– *як ступінь*, яким особистість чи група осіб здатні, „з одного боку, реалізувати свої прагнення і задовольнити свої потреби, з іншого боку, змінювати середовище чи кооперуватися з ним [58, с. 4]”.

У цьому визначенні відображено погляди представників антропоцентричного (А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс, Е. Фромм [185; 215; 250; 312]), адаптаційного (Н. Агаджанян, Р. Баєвський, А. Берсенєва, І. Брехман [7; 41]), еволюціоністського підходів (В. Вернадський, В. Казначеев, [47; 124]). Так, у роботах А. Маслоу постійно акцентується на взаємозв'язку між здоров'ям самоактуалізуючої особистості й основними (базовими) потребами, які притаманні людській природі [185]. Відповідно до запропонованої представниками еволюціоністського підходу, ноосферної моделі здоров'я, здоров'я кожної людини трактується як „рівновага необхідності й достатності задоволення її фізичних, психологічних, соціальних потреб при пріоритетному збереженні життя і здоров'я всієї людської популяції нинішнього і грядущих поколінь [210, с. 110]”.

Означені підходи стали основою для введення в концепцію такого важливого для людства поняття, як „стійкий розвиток”, що визначається як „розвиток, що дає змогу задовольняти потреби нинішнього покоління, не

ставлячи під загрозу потенційні можливості із задоволення потреб прийдешніх поколінь [58, с. 31]”.

– *як сукупна (спільна) цінність.* „Здоров’я – це стан, за якого люди здатні контролювати своє життя завдяки справедливому розподілу можливостей і ресурсів [58, с. 4]”.

Не можна бути здоровим за рахунок інших. Досить чітко це показано у вислові – „немає ніякого здоров’я для мене без мого брата. Немає ніякого здоров’я для Британії без Бангладеш [337, с.117]”. Саме тому в концепції приділено увагу досягненню *всіма людьми* у світі такого рівня здоров’я, який би давав їм можливість вести продуктивний у соціальному та економічному планах спосіб життя. У глосарії термінів із питань сприяння здоров’ю означений процес визначається як „здоров’я для всіх” [58]. Соціальна справедливість і рівність людей, солідарність країн, континентів щодо забезпечення можливостей збереження та зміцнення здоров’я трактуються як передумови здоров’я;

– *як загальнолюдська цінність,* що дає змогу зберегти як людську популяцію, так і нашу планету хоча б у нинішньому вигляді [210].

Саме тому разом із поняттям „індивідуальне здоров’я” введено поняття „громадське здоров’я”. Наразі в наукових роботах, присвячених проблемі сприяння здоров’ю, вирізняють шість рівнів здоров’я, структурованих за кількісною ознакою від окремого індивіда до людства загалом. Перший рівень – індивідуальний, здоров’я окремої людини. Другий рівень визначається як рівень здоров’я певної групи людей. Третій рівень – рівень здоров’я організації. Четвертий рівень – здоров’я громади. П’ятий рівень – рівень країни, і останній, шостий – рівень усього світу (глобальне здоров’я) [307].

Увага акцентується на взаємозалежності та взаємодетермінованості рівнів здоров’я. Благополуччя індивіда можливе лише за благополуччя певної значимої для нього групи (сім’я), організації, у якій він працює, громади, де він проживає, країни та всього світу.

Наразі зауважимо, що історія ставлення до індивідуального здоров’я нараховує майже дві тисячі років, а до громадського здоров’я – не більше

двохсот років. Офіційним документом, котрий зафіксував значимість здоров'я як соціального явища, є статут „Охорона народного здоров'я”, що був прийнятий в Англії у ХІХ ст. [163; 164]. Саме в ньому вперше згадується термін „громадське здоров'я”.

Під громадським здоров'ям науковці розуміють здоров'я населення, що відображає фізичне, психологічне, соціальне благополуччя людей, які здійснюють свою життєдіяльність у визначених соціальних спільнотах (громадах, країнах, регіонах) [19].

Але, на думку Ю. Лисицина, громадське здоров'я є не тільки сукупністю характеристик й ознак індивідуального здоров'я; це характеристика однієї з найважливіших властивостей, якостей суспільства як соціального організму; складовий чинник внутрішнього валового продукту, функція і похідна суспільства, найважливіший економічний і соціальний потенціал країни, об'єктивний критерій суспільного розвитку [164]. І. Брехман підкреслює, що саме здоров'я людей повинно слугувати головною візитною карткою соціально-економічної зрілості, культури й досягнення успіху держави [41].

У різних країнах світу стан громадського здоров'я помітно відрізняється. Для оцінювання стану громадського здоров'я донедавна використовувалися такі показники: зокрема демографічні, інвалідність, рівень фізичного розвитку, захворюваність, тимчасова непрацездатність, смертність тощо. Однак ці показники дають змогу оцінити тільки фізичний аспект громадського здоров'я і характеризують, скоріше, нездоров'я, як здоров'я. Експерти ВООЗ, спираючися на визначення показника здоров'я як „характеристики, що підлягає вимірюванню (прямо або побічно) і може використовуватися для опису одного або більш аспектів здоров'я населення [58, с.14]” запропонували такі *індикатори громадського здоров'я*: ймовірна середня тривалість здорового життя при народженні, відсоток ВВП на охорону здоров'я, доступність первинної медичної допомоги, забезпеченість населення безпечним водопостачанням, відсоток осіб, які піддані імунізації від інфекційних захворювань, стан харчування дітей, рівень освіченості дорослого населення, доля ВВП на душу

населення [58]. Ці й інші позитивні показники здоров'я дають змогу визначити потенціал, яким володіє населення країни і від якого залежить соціально-економічний розвиток суспільства.

Ми не ставили собі метою оцінити стан громадського здоров'я в нашій країні за індикаторами ВООЗ. Однак тільки інформація за одним показником, а саме за ймовірною середньою тривалістю здорового життя при народженні, яка складає в Україні у чоловіків – 52, 3 року, у жінок – 61, 3 року (для порівняння у Швейцарія 70, 4 і 73, 7 року відповідно) засвідчує соціальну катастрофу [288]. Ситуація із громадським здоров'я в нашій країні підтверджує тезу про те, що ключовим завданням процесу сприяння покращенню здоров'я повинно бути зміцнення особистої відповідальності за здоров'я, один із аспектів якої досить значимо передає вислів „я повинен прожити до 85 – 90 років, моя передчасна смерть буде нещастям для суспільства, я так багато зобов'язаний людству [344, с. 24]”.

Ми вважаємо, що існує нагальна потреба в просуванні поняття „громадське здоров'я” в теоретичну та практичну площину діяльності з покращення здоров'я в нашій країні. Це дасть можливість усвідомлювати важливість відповідального ставлення до здоров'я на всіх його рівнях, необхідність дій кожної людини щодо покращення громадського здоров'я для збереження і зміцнення особистого.

На основі вищесказаного констатуємо, що в концептуальних засадах сприяння покращенню здоров'я розкриваються в єдності такі суттєві ознаки феномену здоров'я як холістичність (цілісність), багатоконпонентність, системність; у співвідношенні структурний (стан) і динамічний аспекти (процес) здоров'я; рівні здоров'я, їх детермінованість факторами здоров'я, серед яких найвпливовішим є ставлення до здоров'я; взаємозалежність і взаємообумовленість благополуччя індивіда, благополуччя громади, благополуччя країни та всього світу. Зміст здоров'я, викладений у концепції, стисло можна представити наступним чином: здоров'я – це жити довго (*„наповнити життя роками”*); бути здоровим якомога довше (*„наповнити роки життям”*);

розвивати впродовж життя свій потенціал („наповнити життя життям”) [251].

Оскільки зміст поняття „відповідальне ставлення до здоров'я” обумовлюється сутністю поняття „здоров'я”, акцентуємо увагу на його змістових характеристиках.

Здоров'я – це стан повного благополуччя в різних сферах життєдіяльності; фундаментальна потреба людини; реалізація її потенціалу; здоров'я є одночасно ресурс, процес і результат задоволення однаковою мірою фізичних, психічних і соціальних потреб кожної людини за пріоритетного значення здоров'я всієї людської популяції нинішнього та майбутніх поколінь, є найвищою загальнолюдською і суспільною цінністю; проявляється в здатності зберігати й покращувати природне місце існування, збільшувати тривалість і покращувати якість життя завдяки можливості контролю та керування факторами, що їх обумовлюють.

Досягнення благополуччя здійснюється через свідомий та цілеспрямований процес творення людиною власної системи життєдіяльності, участі в діяльності щодо покращення громадського здоров'я і забезпечується її відповідальним ставленням до здоров'я як індивідуального, так і громадського. Кожна людина певною мірою особисто відповідає за здоров'я всього людства; усе ж людство певною мірою відповідає за здоров'я кожної людини [305].

1.2. Відповідальне ставлення до здоров'я: сутність та структура

Здоров'я значною мірою залежить від ставлення до нього. Саме воно обумовлює діяльність суб'єкта здоров'я задля досягнення благополуччя. Як наголошує В. М'ясищев „процес діяльності завжди розвивається на певному функціонально-динамічному фоні стану й за рівнем своєї активності визначається *ставленням* до об'єкта як завдання або мети діяльності [202, с 17]”. Отже, покращення здоров'я – це насамперед проблема формування необхідного суспільству відповідального ставлення особистості до індивідуального та громадського здоров'я.

Саме тому ставлення до здоров'я як суб'єктивний чинник, котрий впливає на стан здоров'я [187], процес його формування є об'єктами уваги психологів, екологів, культурологів, філософів, спеціалістів соціології здоров'я, соціальної педагогіки, медицини, економіки.

Зазначимо, що поняття „ставлення” має декілька тлумачень, залежно від того, у межах якої науки воно вивчається. Так, наприклад, ставлення трактується у філософії як поняття, що характеризує взаємозв'язок елементів певної системи, у психології – як інтегральна система усвідомлених зв'язків людини з об'єктами дійсності, що внутрішньо визначає її дії і переживання [301], у соціології – як поліструктурне поняття і має декілька значень. У межах нашого дослідження ми зупинимося на такому: ставлення – це емоційно-вольова установка особистості на що-небудь, тобто виявлення її позиції [254].

Ставлення до здоров'я як предмет дослідження вперше аналізувалося у 1980 році в наукових роботах Д. Лоранського [177]. Сьогодні можна констатувати, що проблемі ставлення до здоров'я науковці приділяють значну увагу. Її вивченню присвячено дослідження Р. Березовської, С. Дерябо, І. Журавльової, Г. Зайцева, В. Кабаєвої, В. Каган, В. Когана, Л. Куликова, Ю. Лисицина, А. Личко, Г. Никифорова, В. Ясвін [26; 68; 78; 86; 122; 123; 134; 148; 163; 167; 243; 327].

Ці й інші дослідники поняття „ставлення до здоров'я” визначають

відповідно до концепції ставлень (О. Лазурський, Б. Ломов, В. М'ясищев [153; 176; 202]), у якій ставлення особистості трактується як:

- специфічна характеристика особистості. Особистість розуміється як „ансамбль ставлень”, і ця система ставлень людини до навколишнього світу й самої себе є найбільш специфічною характеристикою особистості;

- потенціал вибіркової активності людини у зв'язку з різними сторонами дійсності. Ставлення є „потенційними характеристиками людини, які проявляються повною мірою тоді, коли людина починає діяти в суб'єктивно дуже значущій для неї ситуації [202, с. 384]”;

- найбільш загальне поняття, що позначає такі характеристики особистості, як її ціннісні орієнтації, симпатії, інтереси й низку інших, пов'язаних із потребами, мотивами й цілями, але не зводиться до них [176];

- здатний до розвитку елемент суб'єктивної реальності людини. Формування ставлень індивідуума нерозривно пов'язане з його розвитком. В особистості в процесі життя формується багаторівнева система суб'єктивно-особистих ставлень або багатовимірний „суб'єктивний простір”, кожне вимірювання якого відповідає певному ставленню. Як стверджує В. М'ясищев, існують різні види ставлень, що є сторонами єдиного предметного ставлення і визначаються багатобічною можливістю реакцій людини та різносторонністю об'єктів навколишньої дійсності [202];

- *позиція особистості*. В. М'ясищев підкреслює, що позиція особистості означає, по суті, інтеграцію домінуючих вибіркового ставлень людини в якому-небудь істотному для неї питанні. „Ставлення виражає активну, вибіркочу позицію особистості, що визначає індивідуальний характер діяльності й окремі вчинки [202, с. 388]”;

- складна, багаторівнева категорія, котра має певну структуру.

Характеризуючи ставлення людини, В. М'ясищев відзначає, що вони багатосторонні й складні, але не розрізнені й не рядоположні, а складають єдину ієрархічну систему, внутрішньо пов'язану. Зазначимо, що він вирізняє у структурі ставлення пізнавальний, емоційний і *вольовий* компоненти, оскільки

свідомість, почуття і воля становлять собою ту процесуальну триєдність, що виражається потенційно у ставленні до кожного об'єкта [202].

Тут варто зробити заувагу, що у психологічній концепції ставлень розроблено показники параметрів (або вимірюваності) ставлень. Як базові виділяються такі параметри: інтенсивність, широта, стійкість, свідомість, модальність. Похідними параметрами ставлення розглядаються домінантність, активність, емоційність, узагальненість, принциповість, усвідомленість. У роботах різних науковців розкрито сутнісну характеристику показників ставлень [122; 327]. Інтенсивність – це характеристика ставлення у структурно-динамічному аспекті. Дослідники визначають її як показник сили прояву ставлення, що показує, які саме потреби і якою мірою відображені в певних об'єктах та явищах світу, у яких сферах і яким ступенем виявляється ставлення особистості [327, с.20]. Широта показує, у яких об'єктах і явищах зафіксовано потреби особистості. Стійкість – це показник стабільності суб'єктивного ставлення в часі. Суб'єктивне ставлення може бути охарактеризоване як свідоме тоді, коли особистість свідомо ставить перед собою соціально спрямоване завдання пов'язане з цим ставленням, і проявляє активність щодо його вирішення [122, с. 66]. Свідомість, як вважає В. Кабаєва, є показником сформованості позиції особистості. Домінантність описує суб'єктивне ставлення по осі „значуще–незначуще”, це показник місця цього ставлення в системі ставлень. Емоційність – по осі „емоційне–раціональне”, тобто наскільки це ставлення може бути раціонально контрольованим. Узагальненість характеризує суб'єктивне ставлення – по осі „окреме–загальне”. Принциповість – по осі „залежне–незалежне” – розкриває взаємозв'язок ставлення зі всім комплексом норм і принципів, прийнятих особистістю, і готовність відстоювати його при чиненні тиску. Усвідомленість показує, наскільки особистість розуміє цю „зафіксованість” потреб в об'єктах і явищах світу [122, с. 64 – 65].

Усі параметри, крім модальності, дають формально-кількісну характеристику суб'єктивного ставлення за принципом осі „більше–менше”, тобто незалежно від змісту ставлення. Модальність же є саме якісно – змістовою його

характеристикою [122, с. 66].

Відтак ставлення до здоров'я Р. Березовська і Г. Никифоров визначають як систему індивідуальних, вибіркових зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, сприяючими або, навпаки, загрозливими для здоров'я людей, а також певну оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану [243, с. 279]. В. Кабаєва, погоджуючись із попередніми авторами, доповнює це визначення „оптимальною організацією самою людиною життєдіяльності, яка сприяє збереженню здоров'я, особистому зростанню, творчому функціонуванню [122, с. 81]”.

Значимим для нашого дослідження є трактування ставлення до здоров'я С. Дерябо, який пояснює його як суб'єктивно забарвлене віддзеркалення особистістю своїх потреб з об'єктами та явищами світу, і є фактором, що обумовлює поведінку [67, с. 58 – 59].

Заслуговує уваги й визначення ціннісного ставлення до здоров'я І. Вершиніної, котра трактує його як внутрішню *позицію* людини, що відображає її багатогранні зв'язки з чинниками середовища життя, які впливають на здоров'я загалом і його окремі аспекти – фізичний, психічний, емоційний, інтелектуальний і духовний, що мають особисту й (або) соціальну значущість [48, с. 4].

У контексті нашої роботи вважаємо за потрібне відзначити дослідження соціокультурного феномену ставлення до здоров'я І. Журавльовою [78]. Автор у своїй роботі визначає три іпостасі ставлення до здоров'я, а саме: „ставлення індивіда до здоров'я”, „ставлення до здоров'я на рівні групи”, „ставлення до здоров'я на рівні суспільства”.

Ставлення індивіда до здоров'я дослідниця трактує як оцінку власного здоров'я, що склалася на основі знань, які є в особистості, усвідомлення значення здоров'я і дії, направлені на зміну стану здоров'я [78, с. 64]. Ставлення до здоров'я на рівні суспільства визначається автором як система думок і соціальних норм, що існують в суспільстві стосовно здоров'я і виявлені в діях, направлених на зміну стану громадського здоров'я на різних рівнях управління [78]. Специфіка ставлення до здоров'я на рівні групи – у трансляції індивідууму

системи соціальних норм і думок, що склалися в суспільстві, але з урахуванням реальної індивідуального оцінювання здоров'я членами групи [78]. Зазначимо важливість цього положення для нашого дослідження. Оскільки воно підкреслює те, що прийняття цінності здоров'я особистістю відбувається значною мірою під впливом референтної групи, та й особистість вносить своєю позицією зміни у ставлення групи до здоров'я.

Дослідниця розрізняє також „ставлення до здоров'я суспільства”, „ставлення до здоров'я групи”, „ставлення до здоров'я індивіда”. Поважаючи цей погляд, дотримуємось іншого і вважаємо, що у ставленні особистості до здоров'я виявляються ставлення до різних рівнів здоров'я (самої людини, певної групи людей, здоров'я організації, громади, країни і всього світу). Обраний нами підхід до трактування цього поняття дає змогу показати взаємозв'язок і взаємодетермінованість благополуччя особистості із благополуччям громади, країни, світової спільноти й акцентувати увагу на відповідальності індивідуума за їх досягнення.

У структурі ставлення до здоров'я дослідники виділяють такі компоненти: когнітивний, емоційний, поведінковий (Л. Куликов, Г. Никифоров [148; 243]); когнітивний, емоційний, поведінковий, ціннісно-мотиваційний (Р. Березовська [26]); перцептивно-афективний, когнітивний, практичний і поведінковий компоненти (С. Дерябо, В. Панов, В. Ясвін [67]). Компонентами структури ціннісного ставлення до здоров'я науковці вирізняють когнітивно-евристичний, дієво-практичний, рефлексивно-оцінний (С. Белова [24]), інтелектуальний, емоційно-мотиваційний, поведінко-діяльнісний (Т. Андрющенко [13]).

В. Кабаєва у структурі усвідомленого ставлення до здоров'я виділяє когнітивний, потребнісно-мотиваційний, індивідуально-типологічний, продуктивно-результуючий компоненти [122].

Особливу увагу дослідники приділяють обґрунтуванню критеріїв і показників ставлення до здоров'я. Наведемо кілька прикладів.

Так, В. Кабаєва визначає такі критерії та показники усвідомленого ставлення до здоров'я: 1) психодинамічний критерій і його показники: особиста

тривожність, астеничний стан, тип темпераменту; 2) потребнісно-мотиваційний і його показники: самооцінка власного здоров'я, готовність до саморозвитку, структура мотивів до здоров'я та здорового способу життя, цінності власного „я” людини, „власного здоров'я” і цінності „я” інших; 3) інструментальний і його показник: володіння рефлексією як засобом самопізнання; 4) когнітивний та його показник: пізнавальна активність; 5) продуктивно-результуючий і його показники: суб'єктивне оцінювання ефективності збереження та розвитку здоров'я, індивідуальна успішність у фізичному й духовному вдосконаленні, інтенсивність вчинків та практичних дій, направлених на турботу про здоров'я [122, с. 87].

У дисертаційній роботі І. Журавльова виділяє чотири групи показників ставлення індивіда до здоров'я, а саме: самооцінку здоров'я; цінність здоров'я (фундаментальну і інструментальну); задоволеність станом здоров'я; діяльність зі збереження здоров'я [78, с. 80].

Отже, вивчення й осмислення концепції ставлення, досліджень науковців щодо проблеми ставлення до здоров'я, дає нам змогу констатувати, що ставлення до здоров'я

- характеризується цілісністю, свідомістю, усвідомленістю, активністю, стійкістю, вираженістю (інтенсивністю), значимістю, вибірковістю;
- реалізується або виявляється в зовнішньому чиннику, але разом із тим виявляє внутрішній, „суб'єктивний світ” особистості; ставлення до здоров'я проявляється в діях, судженнях, переживаннях людей стосовно факторів, що впливають на їх благополуччя;
- є продуктом індивідуального розвитку людини; формування ставлення до здоров'я, як і інших ставлень, у структурі особистості людини відбувається в результаті віддзеркалення нею на свідомому рівні суті тих соціальних об'єктивно існуючих ставлень суспільства в умовах її макро- і мікробуття [202];
- основою суб'єктивного ставлення є зафіксованість потреб особистості в об'єктах або явищах світу [122];

– безперервно змінюється на основі нового життєвого досвіду; становлення і розвиток ставлення до здоров'я може відбуватися протягом всього життя людини;

– складна категорія, що має певну структуру.

Ми свідомі того, що з'ясування психолого-педагогічної сутності поняття „відповідальне ставлення до здоров'я” потребує також аналізу наукових уявлень про відповідальність.

Передусім зазначимо, що термін „відповідальність” використовується для позначення:

– категорії етики й права. У такому контексті відповідальність визначається як сукупність об'єктивних вимог, які ставить суспільство перед окремими своїми членами у вигляді норм, що відображають суспільну необхідність. У цьому аспекті можна говорити про відповідальність із позиції суспільства, об'єктивну відповідальність;

– інтегральної особистісної характеристики [292]. У такому контексті відповідальність – прояв внутрішньої потреби і добровільність її реалізації [4], здатність особистості самостійно формулювати зобов'язання, виконувати їх і здійснювати самооцінку та самоконтроль; спосіб, особистий механізм здійснення в житті найбільш значущих цінностей; механізм реалізації самоактуалізуючого потенціалу особистості (А. Маслоу [185; 186]). У цьому аспекті можна говорити про відповідальність із позиції людини, як такої, що відповідає потребам суб'єкта (суб'єктивна відповідальність).

Наразі об'єктивна сторона відповідальності відображається в трактуванні цього поняття через такі терміни, як „обов'язок”, „вимога”, „об'єктивна необхідність”.

Суб'єктивна сторона відповідальності – через терміни „незалежність”, „ініціативність”, „самостійність”, „вибір” (вибір варіантів рішення, можливість вибору брати або не брати на себе зобов'язання), „усвідомлена необхідність”, „потреба”.

На думку дослідників, відповідальність як якість особистості виникає на

певному етапі морального розвитку людини (Л. Божович, Л. Дементій, В. М'ясищев [33; 66; 202]). У процесі життєдіяльності розвиток відповідальності відбувається у напрямі від об'єктивної до суб'єктивної відповідальності (Ж. Піаже [224]). За цей час вона проявляється в таких формах: відповідальність як зовні задана необхідність (ранні етапи розвитку особистості), відповідальність як усвідомлена необхідність (підлітковий вік), відповідальність – потреба (рання юність).

Слід зазначити, що, з філософського погляду, відповідальність включає: суб'єкт (хто відповідає), об'єкт (за що, за (здля) когось, в ім'я чого), інстанції (перед ким суб'єкт відповідає), санкції (міра відповідальності). Якщо говорити за цими параметрами про відповідальність у контексті нашого дослідження, то її об'єктом є здоров'я „здля” благополуччя, „здля” того, щоб людство існувало, „перед” собою, іншими людьми, суспільством, світовою спільнотою, а „санкцією” на рівні світової спільноти є загроза (а може стати реальністю) антропологічної катастрофи, на рівні особистості та країни – відсутність благополуччя.

Щодо відповідальності за здоров'я, то ми поділяємо позицію М. Субоча: „Відповідальність за своє життя, за якість свого життя є з моменту нашого народження і залишається з нами назавжди, незалежно від нашого вибору. Немовляті не вистачає інтелектуальних здібностей, фізичного розвитку й емоційної рівноваги, щоб насолодитися цією відповідальністю повною мірою, але вона вже у нього є. Відповідальність при народженні це точка, яка поступово розширюється в різні боки. З розвитком виявляються нові сфери життя, за які можна відповідати, розширюються наявні сфери відповідальності. Чи можна уникнути відповідальності? Як говорять мудреці, „ти можеш втратити контроль над своїм життям, але ти ніколи не втрачаєш відповідальності”. Навіть якщо ти відмовишся відповідати за своє здоров'я – відповідальність нікуди не подінеться. Просто ти свідомо не скористаєшся можливістю вплинути на якість свого життя [290, с. 1]”.

А от розуміння і свідоме прийняття цієї відповідальності особистістю

відбувається за певних умов. Стисло їх викладемо: людина усвідомлює предмет (об'єкт) відповідальності й сутність відповідальності, свої можливості щодо прийняття (неприйняття) вимог цієї необхідності, оцінює пред'явлені зовнішнім середовищем вимоги, співвідносить їх зі своїми можливостями та здібностями, свідомо приймає рішення про прийняття відповідальності [262, с. 89 – 90].

Звернемо також увагу на деякі, суттєві для нашого дослідження, механізми, які забезпечують свідоме прийняття відповідальності: наслідування референтних особистостей і ровесників, ідентифікацію з ними (К. Абульханова-Славська, Х. Хекхаузен та ін. [4; 315]); рефлексія та саморефлексія, які виступають у формі аналізу й оцінки ситуацій та самоаналізу, самооцінки своїх станів, думок і дій.

Для розкриття механізмів реалізації відповідальності звернемося до робіт Л. Дементій, В. Сафіна [66; 262].

Відповідальність, як вважає В. Сафін, виявляється у здатності: усвідомлювати необхідність внесення особистого внеску в життя суспільства та звітності за нього; вільно й ініціативно вибирати мету, яка має сенс та значення для суб'єкта і для колективу і суспільства; враховувати свої наміри, можливості й індивідуальні якості, відповідно до вимог конкретного виду діяльності, сфери взаємодії із соціальним середовищем; пізнати самого себе, внутрішньо і зовнішньо реалізувати себе в процесі впровадження в життя вибраної мети шляхом подолання перешкод; задовольнятися і стверджуватися, реалізуючи сутнісні сили та набуваючи нових, творити себе як особистість; звітувати перед людьми, як перед самим собою, а також перед самим собою, як перед людьми [262, с. 114].

Із В. Сафіним погоджується Л. Дементій, яка стверджує, що „відповідальність – це здатність співвідносити оптимальним способом зовнішні вимоги і можливості особистості, виробляти особистісно оптимальний спосіб вирішення труднощів і суперечностей, самотійно, якісно, свідомо, стратегічно вибудовувати життєвий шлях, будучи „автором свого життя [66, с.94]”.

У психологічних і філософських роботах виділено структурні компоненти

відповідальності. Так, на думку, К. Абульханово-Славської, К. Муздибаєва, С. Рубінштейна, В. Сафіна [4; 201; 256; 262] відповідальність об'єднує в собі афективно-мотиваційний, інтелектуально-когнітивний та діяльнісно-поведінковий компоненти. М. Левківський у структурі відповідальності школярів виділяє – орієнтаційно-ціннісний, мотиваційний, когнітивний, практичний і особистісний компоненти [170]. У роботах А. Плахотного відповідальність характеризується як єдність раціонального, вольового і емоційного компонентів [225].

Істотне значення для організації процесу формування відповідальності мають критерії та показники відповідальності, і тому в роботах дослідників цьому питанню приділено значну увагу.

Два основних критерії повного прийняття відповідальності виділяє К. Абульханова-Славська. Перший – погодженість необхідності з бажаннями та потребами особистості, а тому і з ініціативою у здійсненні справи [4, с. 113]. Другий – реалізація людиною необхідності своїми силами, самостійно й відповідно до вимог, пред'явлених до самої себе, а показником – задоволеність й впевненість під час виконання діяльності [4, с. 105].

В. Сафін визначає систему показників відповідальності, а саме: розуміння й усвідомлення особистістю важливості зобов'язань для інших і для себе; розуміння, передбачення можливих труднощів у виконанні доручень; планування способів подолання цих труднощів; позитивне переживання завдання й очікування радості від виконання обов'язків; розуміння необхідності звітувати за виконання завдання, доручення; організація діяльності з виконання зобов'язань [262, с. 106].

Завершуючи огляд теоретичних досліджень проблеми відповідальності, зазначимо, що в межах нашого дослідження ми будемо спиратися на розуміння відповідальності як:

– системоутворювальної кореневої основи у структурі особистості. Ядро особистості, за Д. Леонтьєвим, включає свободу, відповідальність і духовність [172];

– *соціального ставлення суб'єкта до суспільних цінностей, яке в об'єктивному виявленні, на думку О. Спіркіна, орієнтовано на збереження суспільства загалом і його членів зокрема, у особистісному – на усвідомлення суб'єктом належного й можливого вибору шляхів його реалізації* [270, с. 103];

– *генералізованої якості особистості, вольового ставлення до обов'язку* (К. Абульханова-Славська, І. Бех, Л. Божович, Л. Виготський, К. Муздибаєв, Ж. Піаже, К. Роджерс та ін. [4; 28; 29; 32; 52; 201; 224; 250]) ;

– *інтегративною якістю здорової людини* (Г. Олпорт [215]).

Сутність відповідальності полягає в усвідомленні предмета відповідальності, зіставленні своїх можливостей і здібностей з умовами ситуації та їх оптимальному поєднанні (С. Рубінштейн [256]), свідомості прийняття „усвідомленої необхідності”(відповідальності) й, відповідно, добровільності її реалізації. Сутнісними ознаками відповідальності є отримання задоволення від здійснення необхідності, ініціатива, самостійність, здатність передбачати наслідки своєї поведінки й відповідати за них.

Відповідальність породжується цінностями, і водночас відповідальна людина сама створює ціннісно-сміслове поле, у якому розгортається її життя. „Відповідальність – це здатність, готовність і процес забезпечення суб'єктом цілісності, самостійності й успішності життєдіяльності [66, с. 80] ”. Беручи на себе відповідальність, людина, гарантує собі певний ступінь незалежності, свободи. Приймаючи на себе відповідальність, людина наближається до самоактуалізації [66; 185].

Представленні в узагальненому й досить стислому вигляді позиції науковців щодо „ставлення до здоров'я” та „відповідальності” дали нам змогу сформулювати визначення поняття „відповідальне ставлення до здоров'я”.

Зазначимо, що під час формулювання базового поняття дослідження, ми спиралися на положення концепції ставлення, в якій „позиція” позначає стійку систему ставлень людини до певних сторін дійсності, що виявляються у відповідній поведінці та вчинках і характеризуються непротирічністю, відносною стабільністю [202, с. 279] та положення теорії відповідальності, де

відповідальність розуміється як вольова організація особистості людини [113]. Враховували ми і трактування життєвої позиції К. Абульхановою-Славською як „створеного особистістю на основі взаємодії з умовами життя вторинного утворення, що виступає як основна детермінанта всіх її життєвих проявів [244, с. 138 – 139]”.

Отже, відповідальне ставлення до здоров'я визначається нами як позиція особистості, яка обумовлює регуляцію реакцій і вольове здійснення діяльності стосовно факторів здоров'я для оптимального поєднання особистих можливостей і можливостей середовища задля досягнення благополуччя.

Складність і багатоаспектність такого феномену як відповідальне ставлення до здоров'я, спонукає нас до трактування його на основі аналізу базових характеристик, найбільш значущими з яких є сутнісні та структурні.

Із погляду сутнісних характеристик, відповідальне ставлення до здоров'я ми пояснюємо як системне особисте утворення, що відображає особисті й соціально-значущі потреби в здоров'ї, виражається в їх домінантності, готовності та здатності особистості діяти відповідно до внутрішньої потреби (відповідальності), свідомості постановки перед собою соціально спрямованого завдання стосовно здоров'я, активності щодо його вирішення, вольовому здійсненні цілеспрямованих дій для досягнення благополуччя як особистого, так і громадського. Відповідальне ставлення до здоров'я забезпечує здатність особистості орієнтуватися та здійснювати вибір у швидко змінюючих і суперечливих умовах життєдіяльності, стійкий ціленаправлений характер здоров'ятворчої діяльності; є основою доцільної вибіркової активності, „містить у собі потенціал розвитку особистості, сукупність об'єктивних і суб'єктивних можливостей, які на основі такої позиції відкриваються [244 с. 138 – 139]”. Щодо структурних характеристик, то ми трактуємо відповідальне ставлення до здоров'я як сукупність когнітивно-пізнавального, емоційно-оцінного, потребнісно-ціннісного, мотиваційно-вольового, практично-діяльнісного, рефлексивно-результативного компонентів (рис 1.1).

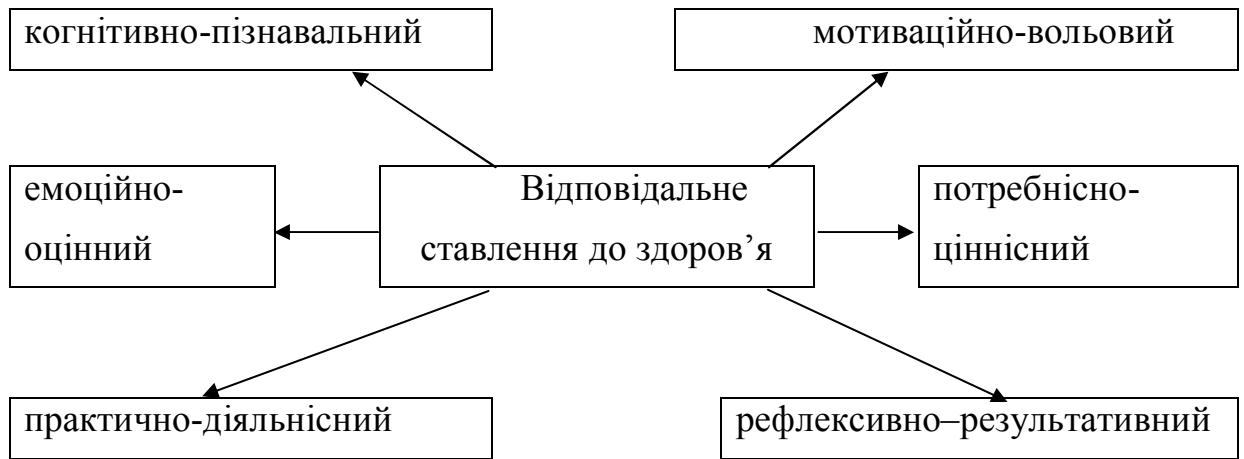


Рис. 1.1. Компоненти відповідального ставлення до здоров'я

Наразі зупинимося на тому, чому саме такі компоненти відповідального ставлення до здоров'я ми визначали. Відповідальне ставлення до здоров'я розуміємо як різнобічне явище, що поєднує в собі уявлення про здоров'я, усвідомлення сутності здоров'я та відповідальності за нього, емоційне оцінювання особистих можливостей і можливостей середовища з його розвитку, інтелектуальне втілення потреб людини в її цінностях, мотиви, які спонукають до здійснення здоров'ятворчої діяльності, волю як свідоме управління цією діяльністю, реалізацію відповідальності в конкретних діях і вчинках, осмислення проведеної діяльності.

Тут варто зробити заувагу, що ставлення до здоров'я, цілісне й нероздільне, а виділення в його структурі компонентів надає можливість наукового аналізу. В контексті нашого дослідження нам потрібне для визначення змісту освітніх програм під час проведення навчання в межах процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості.

Основоположним компонентом відповідального ставлення до здоров'я ми вважаємо *когнітивно-пізнавальний*, що визначається обсягом знань та якістю інформації, яку має у своєму розпорядженні особистість і включає психологічні якості, що забезпечують пізнавальну діяльність [48, с. 17]. Реалізація потенціалу здоров'я кожної людини залежить від наявності знань, уявлень, суджень про суть здоров'я і шляхи його досягнення, усвідомлення суті відповідальності, пізнавальних умінь, відповідних певному віку, які

виявляються в діяльності. У цьому контексті ми поділяємо погляд Н. Абаскалової, яка вважає, що „сформованим поняття є в тому випадку, якщо той, кого навчають, має достатньо тверді знання суттєвих ознак, які оформлені в суворе логічне визначення, знає і вільно оперує системою формальних і діалектичних зв'язків цього поняття з іншими поняттями і здатний, у разі потреби, скористатися поняттям в логічній послідовності думок і мови, не порушивши змістової і формальної структури [1, с. 27]”.

Емоційно-оцінний компонент об'єднує переживання і почуття людини, пов'язані зі станом її здоров'я, суб'єктивне емоційне оцінювання особистих можливостей й можливостей середовища з його розвитку, самооцінку власного стану здоров'я, які завершилися осмисленим висновком бажання здоров'я-зберерегаючої поведінки. Цей компонент відіграє вирішальну роль у прийнятті й у процесі реалізації відповідальності за здоров'я. Позитивні емоції сприяють активності особисті стосовно здоров'я. Саме тому необхідною умовою у процесі навчання й виконання діяльності є позитивні емоції, переживання, завдяки яким у людини закріплюється бажання відповідального ставлення до здоров'я. Зазначимо також, що представниками позитивної психології (М. Селігман [342] й ін.) серед чинників, які сприяють благополучному існуванню і розквіту індивідів та співтовариств, особлива увага приділяється позитивним емоціям, конструктивним думкам про себе і своє майбутнє. Негативні емоційні стани, навпаки, гальмують і сам процес прийняття відповідальності і процес виконання дій по збереженню і зміцненню здоров'я.

Визначення *потребнісно-ціннісного* компонента базується на положенні про те, що цінності й потреби є завжди співвіднесені один з одним структурні та динамічні аспекти особистості, узгодженням яких досягається її інтегрованість і стабільність [44]. Цінності є інтелектуальним утіленням потреб людини, її уявленням про те, що для неї бажано [94], виступають як рушійні сили поведінки й розвитку [256]. Коли домінуючим цінностям пріоритету здоров'я та відповідального до нього ставлення відповідають аналогічні задоволені потреби, особистість досягає узгодженості стосовно здоров'я.

Мотиваційно-вольовий компонент у структурі відповідального ставлення до здоров'я підкреслює необхідність не тільки вольової регуляції, а й вольової організації особистості людини, котра володіє стійкою системою мотивів, цілісним світоглядом і необхідними вольовими якостями [113]. Саме мотиви, як реальні спонукачі, примушують особу зробити той, а не інший вибір. Без вольової регуляції перетворення знань із досягнення благополуччя в переконання, а переконань у вчинки і дії неможливо [113].

Зауважимо, що мотив – внутрішньо усвідомлюваний спонукач до дії, якому властива предметна спрямованість і певний зміст [24, с. 36]. Вони визначаються потребами і та ціннісними орієнтаціями. Виникненню внутрішньої мотивації сприяють відчуття компетентності (відчуття повноти своїх можливостей, відчуття „я знаю, що я можу”) та відчуття самодетермінації – це усвідомлення себе (і лише себе) причиною своїх дій). Воля – психічний процес свідомого управління діяльністю, що виявляється в подоланні труднощів і перешкод на шляху до поставленої мети. Особистість за допомогою волі може здійснювати саморегуляцію своєї поведінки щодо здоров'я.

Практична готовність до і здійснення здоров'ятворчої діяльності, до оволодіння різними видами діяльності, необхідними життєвими навичками й уміннями є наступним важливим компонентом відповідального ставлення до здоров'я – *практично-діяльним*, що відображає фактичну поведінку людини стосовно здоров'я, реалізацію відповідальності в конкретних діях і вчинках.

У процесі здоров'ятворчої діяльності потрібно постійно аналізувати її результати, здійснювати рефлексію, відповідно без *рефлексивно-результативного* компоненту відповідальне ставлення до здоров'я не буде виражено. Саме завдяки рефлексії, як специфічному виду діяльності людини, спрямованій на усвідомлення й осмислення особистих дій, внутрішніх станів, почуттів, переживань, як особливої організації процесів розуміння того, що відбувається, яка включає оцінювання ситуації і дій, знаходження прийомів й операцій розв'язання завдань, відбувається формування ціннісно-сміслових утворень індивідуума, здійснення низки виборів у різних ситуаціях і життєдіяльності загалом. Зауважимо, що воля виникає тоді, коли особистість виявляється здатною до рефлексії своїх мотивів, може так чи інакше поставитися

до них [24, с. 38].

Розкриємо сутнісні характеристики компонентів відповідального ставлення до здоров'я в особистості.

Когнітивно-пізнавальний компонент розкриває обізнаність, усвідомленість сутності здоров'я як глобального феномену, відповідальності за нього як внутрішньої потреби й умови досягнення благополуччя особистого та громадського; характеризує знання людини про фактори здоров'я, діяльність, яка забезпечує досягнення благополуччя; усвідомлення суті відповідальності, своїх можливостей із її свідомого прийняття; сприймання та прагнення до отримання інформації про здоров'я. Зміст цього компоненту складає система знань, що забезпечує самовизначення особистості стосовно здоров'я і вироблення нею власної філософії та концепції життя (*я знаю багато про здоров'я, суть відповідальності та як досягти благополуччя*).

Емоційний-оцінний компонент відображає переживання і почуття людини, пов'язані із станом її здоров'я та почуттям відповідальності, здатність отримувати насолоду від свого здоров'я і турботи про нього, емоційне оцінювання результатів досягнутого. Розкривається в домінуючому настрої особистості стосовно свого стану, переживаннях й очікуваннях виконання необхідності (відповідальності за здоров'я), емоційній реакції під час сприйняття знань, пов'язаних із проблемою збереження та зміцнення здоров'я, можливостей і вимог, які виникають у нових ситуаціях (*я розумію, що таке здоров'я і позитивно оцінюю можливості по його розвитку*).

Потребнісно-ціннісний визначає місце здоров'я в індивідуальній ієрархії фундаментальних (термінальних) й інструментальних цінностей людини, показує усвідомлення здоров'я як особистої потреби, як найважливішої життєвої цінності, що зберігається і примножується завдяки особистим діям, забезпечує можливість освоєння та вибору діяльності по досягненню благополуччя. Цей компонент розкривається в базових цінностях, прийнятих принципах і правилах вибору життєвого шляху, механізмах саморозвитку особистості (*я маю потребу в здоров'ї, тому я знаю, що для мене цінно*).

Мотиваційно-вольовий компонент характеризує здатність людини до внутрішньої мотивації (спонуки) дій; оволодіння собою, тобто своєю поведінкою і своїми психічними процесами [53, с. 42]; готовність й *ініціацію* здійснення практичних дій, направлених на турботу про здоров'я; визначає необхідність прояву вольових зусиль для досягнення поставленої мети й життєвої програми, свідомість постановки соціально спрямованого завдання, пов'язаного з цим ставленням, активність щодо його вирішення [122] (*я усвідомлюю свої мотиви і керовано дію на благо здоров'я*).

Практично-діяльнісний компонент показує здатність до здоров'я-зберігаючої діяльності, наявність життєвих умінь і навичок, відображає відкритість новому, реалізується у стратегії поведінки стосовно факторів здоров'я, здійсненні своєї життєдіяльності відповідно до визначених принципів, включає реалізацію відповідальності за здоров'я в конкретних діях, реалізацію усвідомлення відповідальності за здоров'я в постійних, цілеспрямованих діях із досягнення благополуччя. Характеризує особливості виявлення пізнавальних, організаторських, предметно-перетворювальних умінь та вмій суб'єкт-суб'єктної взаємодії з досягнення благополуччя (*я володію життєвими навичками та вміннями і використовую їх, щоб бути здоровим*).

Рефлексивно-результативний компонент характеризує здатність до прогнозування й осмислення діяльності щодо власного здоров'я і здоров'я інших людей, пояснення причинно-наслідкових зв'язків, установлення взаємозалежності між факторами і здоров'ям, аналізу і оцінювання ситуації; усвідомлення власних потреб, цінностей і цілей, особистих можливостей; співвіднесення їх із вимогами ситуації та культурними нормами, можливостями соціуму (*я осмислюю свою діяльність, щоб успішніше досягати благополуччя*).

Зауважимо, що названі компоненти взаємопов'язані й взаємообумовлені, складають його цілісну структуру. Порушення цих зв'язків або випадання одного з компонентів засвідчує несформованість позиції особистості.

Перед тим як перейти до розгляду критеріїв і показників відповідального ставлення до здоров'я в особистості, зазначимо, що критерій ми розуміємо як

ознаку, на основі якої проводиться класифікація змін, що відбулися у процесі формування ставлення до здоров'я і оцінювання цих змін. Критерії розкриваються через показники, за мірою прояву яких можна судити про більший або менший ступінь прояву цього критерію. Зупинимося докладніше на критеріях і показниках кожного компонента відповідального ставлення до здоров'я (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Критерії та показники відповідального ставлення до здоров'я

Структурний компонент	Критерій	Показники
Когнітивно-пізнавальний	Усвідомленість	Інформованість, розуміння сутності здоров'я, відповідальності за нього, системність знань про здоров'я, фактори та способи зміцнення і розвитку здоров'я; пізнавальна активність (прагнення до оволодіння відповідними знаннями, практичними вміннями й навичками досягнення благополуччя)
Емоційно-оцінний	Позитивність	Самооцінка власного здоров'я; здатність оцінювати емоційний стан, емоційна стійкість (характер емоційної реакції в ситуаціях складнощів із здоров'ям), позитивне переживання виконання й позитивне очікування від виконання відповідальності за здоров'я; привабливість можливостей і вимог, які виникають у нових ситуаціях; задоволеність під час виконання діяльності по розвитку здоров'я; позитивна реакція при сприйнятті знань щодо збереження та зміцнення здоров'я; відчуття відповідності між власними можливостями й вимогами середовища; відчуття власної значущості й ефективності своїх дій

Продовження таблиці 1.1

Потребнісно-ціннісний	Домінантність	Ранг здоров'я в ієрархії цінностей людини; усвідомлення власних потреб, цінностей; погодженість відповідальності за здоров'я з потребами особистості; переживання цінності громадського здоров'я як особистої потреби; інтерес до отримання знань, виконання діяльності по розвитку особистого та громадського здоров'я; усвідомлення своїх життєвих цілей і співвіднесення їх з цінностями; стійкість інтересу до здоров'я
Мотиваційно-вольовий	Керованість	Структура мотивів до покращення здоров'я; готовність до саморозвитку, здатність до мотивування життєдіяльності; прояв вольових зусиль для здійснення діяльності з розвитку здоров'я, у подоланні наявних складнощів; прояв ініціативності; незалежність, самостійність; доведення запланованої діяльності до отримання результату; готовність до саморегуляції, відстоювати життєві принципи при чиненні тиску
Практично – діяльнісний	Успішність	Активність, інтенсивність практичних дій, направлених на турботу про здоров'я; наявність життєвих навичок (планування, конструювання, управління, прийняття рішень, ефективного спілкування, керування своїм емоційним станом, розбудови самооцінки, здатність до самоконтролю). Проектування і реалізація індивідуального способу життя по досягненню благополуччя особистості, співтовариства
Рефлексивно-результативний	Осмисленість	Володіння рефлексією як засобом самопізнання, саморозвитку; здатність до прогнозування наслідків діяльності щодо власного здоров'я і здоров'я інших людей, оцінювання ефективності діяльності зі збереження та розвитку здоров'я, оцінювання пред'явлених зовнішнім середовищем вимог, співвіднесення їх зі своїми можливостями; здатність пов'язувати емоційне переживання з діяльністю щодо здоров'я

Отже, відповідальне ставлення до здоров'я є складним, багатокомпонентним явищем, що поєднує в собі потребу у здоров'ї в системі цінностей; усвідомлення сутності здоров'я та своєї ролі у його збереженні та зміцненні; емоційне оцінювання стану здоров'я; цілеспрямовані конкретні дії з досягнення благополуччя, що скеровані волею; осмислення проведеної діяльності.

Виокремлення шести компонентів (когнітивно-пізнавальний; емоційно-оцінний; потребнісно-ціннісний; мотиваційно-вольовий; практично-діяльнісний; рефлексивно-результативний) у структурі відповідального ставлення до здоров'я дало змогу розкрити сутність такого складного, цілісного і нероздільного явища.

Відповідальне ставлення до здоров'я – це позиція особистості, суб'єктивний фактор, що впливає на стан здоров'я, підґрунття вдосконалення, покращення здоров'я на рівні індивіда, суспільства, міжнародної спільноти.

Її становлення відбувається у процесі систематичного, цілеспрямованого формування за умови активної діяльності суб'єкта, потребує способів соціально-педагогічної діяльності, які створюють умови участі в спільній діяльності та стимулювання внутрішнього діалогу для прийняття самостійного вільного особисто значущого для людини вибору щодо здоров'я.

1.3. Концептуальні основи формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості

Здоров'я як глобальний соціокультурний феномен, провідна цінність світового співтовариства передбачає необхідність системної, комплексної діяльності з його покращення, основу якої складає формування відповідального ставлення до здоров'я.

У процесі розвитку особистості під впливом багатьох чинників відбувається формування ставлення до здоров'я.

Варто зробити заувагу, що в соціально-педагогічній літературі формування розуміється як процес цілеспрямованого й організованого оволодіння соціальними суб'єктами цілісними, стійкими рисами та якостями, необхідними їм для успішної життєдіяльності [195, с. 208]; вплив, дія на особистість різних чинників й умов (зовнішніх і внутрішніх, суспільних і природних, організаційних і стихійних), що забезпечують успішне виконання або оволодіння певним видом діяльності [24]; сукупність прийомів і способів дії на індивіда, що має на меті створити в нього систему певних соціальних цінностей, світогляд, концепцію життя, соціально-психологічні якості і певний склад особистості [14, с. 319]; процес становлення особистості людини в результаті об'єктивного впливу спадковості, середовища, цілеспрямованого виховання і власної активності [268, с. 327].

На наш погляд, у наведених визначеннях науковці описують два аспекти процесу формування. Перший – формування особистості як її становлення, розвиток, тобто процес і результат цього розвитку – підкреслює роль особистості. Другий аспект – формування особистості як її цілеспрямоване виховання („проекування особистості” (А. Макаренко [182])) – розкриває процес його організації.

На результат процесу формування впливає велика кількість різноманітних чинників. Однак чинник не діє автоматично. Щоб реалізувати його потенціал необхідні відповідні умови. Умови складають те середовище, обстановку, в якій

те або інше явище або процес виникають, існують і розвиваються, при цьому впливаючи на явища і процеси, умови самі піддаються їх дії [301, с. 414].

Формування – цілеспрямований процес, що передбачає як організацію й керівництво (управління) зі сторони соціуму, соціальних працівників, так і власну активність особистості. Людина своїми діями та вчинками сама формує й розвиває свою особистість, але процес та результати цього формування та розвитку залежать від умов та змісту діяльності індивідуума, які визначає і створює суспільство [57]. Як зазначає О. Асмолов, соціально-діяльнісна сутність особистості визначає суттю педагогіки – організацію діяльності людей, їх співпрацю в загальній справі [17, с. 316]. Тому особлива роль у процесі формування належить його організаторам, які створюють умови, обґрунтовано вибирають і застосовують певні способи його реалізації.

Отже, у нашому дослідженні розглядаємо формування як спеціально організований процес, що надає цілеспрямований характер і прискорення становленню особистості, її готовності до успішної життєдіяльності через утворення та розвиток особистих властивостей, оволодіння певним видом діяльності; передбачає створення необхідних і достатніх умов, базується на принципах і реалізується певним способом (способами) для досягнення передбачуваного результату.

Ми визначили поняття „формування відповідального ставлення до здоров’я”, що базується на змісті понять „формування” і „відповідальне ставлення до здоров’я”.

Формування відповідального ставлення до здоров’я визначено нами як цілеспрямовану системну діяльність, спрямовану на вироблення та виявлення позиції щодо здоров’я в особистості в спеціально створюваних умовах.

Сутність формування відповідального ставлення до здоров’я в особистості (відповідно до визначених нами структурних компонентів відповідального ставлення до здоров’я і їх сутнісних характеристик) є процесом отримання достовірної, актуальної, збалансованої інформації для усвідомлення цінності здоров’я й особистої відповідальності за нього; вироблення системи особистих

цінностей, формування ієрархії термінальних цінностей, у яких цінності здоров'я належатиме найбільш значуще місце; створення мотивів когнітивно-пізнавальної діяльності, формування значущих, стійких мотивів, які не тільки безпосередньо спонукають до дій, але і надають сенс виконуваним діяльності; змістових інтересів, які стимулювали б активну діяльність особистості, спрямовану на збереження та зміцнення свого і громадського здоров'я; безпосереднього переживання та проживання особистістю відповідального ставлення до здоров'я у взаємодії із реальною оточуючою дійсністю [24, с. 48]; напрацювання життєвих умінь і навичок, які сприяють досягненню успіху, підтримці й „вирощуванню” свого благополуччя, серед яких особлива увага приділяється навичкам рефлексії; виховання вольових якостей особистості – цілеспрямованості, послідовності, ініціативності, незалежності, самостійності, витримки, самоконтролю [24, с. 45 – 46].

Формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості – процес цілеспрямований а будь-який цілеспрямований процес, щоб був продуктивним, має бути керованим. Управління – це така організація того чи іншого процесу, що забезпечує досягнення визначених цілей. Як відомо, кожен процес управління будується на характеристиці керованого об'єкта прямими показниками, формуванням керуючих дій, їх реалізації, оцінювання їх адекватності і ефективності (за станом керованого об'єкта) [63].

Із всіх видів управління як переведення керованої системи одного стану в інший бажаний тому, хто здійснює управління за допомогою цілеспрямованих дій, управління процесом формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості найскладніше. При його організації необхідно базуватися на певній концепції як системі поглядів, що визначають можливість цілісного розуміння суті процесу, об'єднаних основною ідеєю, задають контур управління [149]. Як уже зазначалось, у нашому дослідженні теоретико-методологічною основою процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості ми визначили концептуальні засади сприяння покращенню здоров'я.

У дисертаційному дослідженні, на основі аналізу матеріалів міжнародних

конференцій з питань сприяння покращенню здоров'я, глосарію термінів із питань сприяння здоров'ю Всесвітньої організації охорони здоров'я, наукових доробок українських та зарубіжних дослідників ми розкриємо сутність понять, що є основоположними для управління процесом формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості, а саме: фактори здоров'я, стратегії, напрями, послідовність діяльності з сприяння здоров'ю.

Передусім зазначаємо, що, відповідно до означених концептуальних положень, послідовність організації та реалізації процесу формування відповідального ставлення до здоров'я передбачає: попереднє оцінювання рівня ставлення до здоров'я, аналіз факторів, які детермінують здоров'я і які потрібно вдосконалити, розробку на основі інтегративного підходу конкретних дій (відповідно до визначених п'ятьох напрямів пріоритетної діяльності зі сприяння здоров'ю), здійснення і оцінювання їх результативності.

Принциповим положенням концепції є врахування і розробка комплексного впливу на фактори здоров'я під час планування програм формування відповідального ставлення до здоров'я [305]. В Оттавській Хартії стверджується, що здоров'я не може бути досягнуто повною мірою, доки люди не здатні контролювати та керувати тими факторами, які обумовлюють здоров'я [288].

Фактори здоров'я – це узагальнений термін для характеристики сукупності чинників й умов, які впливають на здоров'я людини. За даними ВООЗ, налічується понад 200 факторів здоров'я.

У практиці сприяння покращенню здоров'я найширше використовується запропонована Далгреном і Вайтгедом (Dahlgren and Whitehead 1991) [228; 337] класифікація факторів і розроблена ними на її основі модель „райдуга факторів здоров'я” (додаток А). У ній фактори здоров'я згруповано за п'ятьма блоками: 1) загальні соціально-економічні, культурні й екологічні фактори; 2) умови життя та роботи; 3) соціальні мережі й мережі співтовариств; 4) особистий спосіб життя; 5) вік, стать, особливості організму, етнічні особливості. Зауважимо, що модель „райдуга факторів здоров'я” створює можливість наочного уявлення того, що здоров'я – це наслідок взаємодії всіх визначених

факторів разом, акцентує увагу на визначальній ролі таких факторів, як ставлення до здоров'я, особистий спосіб життя людини; є основою для визначення причин і проблем у сфері здоров'я, розробки політики, програм, проектів сприяння покращенню здоров'я на різних рівнях здоров'я (на рівні держави, особистості, організації, громади).

Ми вважаємо, що використання цієї моделі під час розробки програм формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості дає можливість її розробникам з'ясувати причини того або іншого ставлення до здоров'я, розробити комплексну програму впливу на ці причини; зрозуміти важливість скоординованої партнерської роботи, необхідність залучення людей до процесу, що, відповідно, істотно підвищить їх (програм) ефективність.

Стисло зупинимося на стратегіях, основоположних для процесу формування відповідального ставлення до здоров'я: *захист, активне відстоювання, просування здоров'я* для створення основних, найбільш істотних передумов для здоров'я; *надання всім людям можливості* досягти й реалізувати повністю свій потенціал здоров'я через забезпечення реальних ресурсів та можливостей для здоров'я (безпечне й підтримуюче середовище, навчання здоров'я); *здійснення посередництва* для забезпечення та досягнення здоров'я передбачає узгодження різних інтересів (особистих, соціальних, економічних) окремих людей, громад/країн, а також різних секторів (державного/ громадського і приватного) з цілями охорони та зміцнення здоров'я [58].

Ці стратегії підтримуються й забезпечуються п'ятьма напрямками пріоритетної діяльності сприяння покращенню здоров'я: формування політики, сприятливої для здоров'я (політика заради здоров'я); створення сприятливого середовища для здоров'я (структурні зміни чи зміни середовища); підвищення спроможності, посилення дій суспільства, громади в напрямку покращення здоров'я (розвиток громади заради здоров'я); розвиток особистих навичок людей діяти на користь власного та громадського здоров'я (розвиток особистості заради здоров'я), переорієнтація служб охорони здоров'я (від орієнтованості на нездоров'я до орієнтованості на здоров'я) [288].

Для графічного представлення системи логічно пов'язаних компонентів пріоритетної діяльності фахівці зі сприяння покращенню громадського здоров'я запропонували *план-схему змін для сприяння покращенню здоров'я* (рис. 1.2).

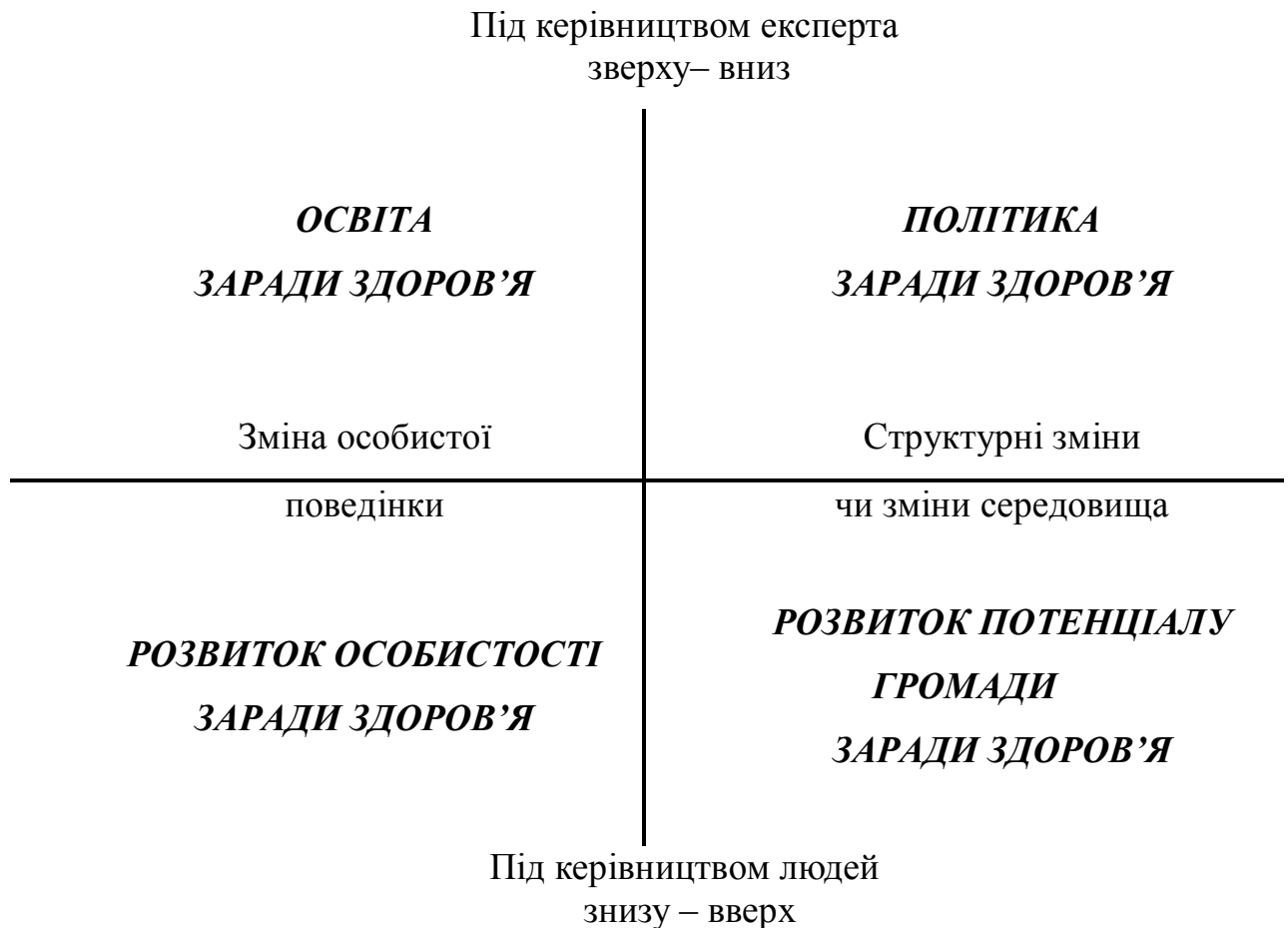


Рис. 1.2. План-схема змін для сприяння покращенню здоров'я

План-схема (а таку назву вона отримала від того, що є певною схемою для розробки плану сприяння покращенню здоров'я) може використовуватися і використовується при визначенні необхідних дій як для зміцнення особистого здоров'я, так і для покращення здоров'я сім'ї, організації і, насамперед, для підвищення потенціалу здоров'я громади, країни, міжнародного співтовариства. Зазначимо, що в контексті нашого дослідження ми трактуємо її як певну матрицю (систему логічно пов'язаних компонентів) планування й організації процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості.

Розкриємо сутність складових плану-схеми.

Освіта заради здоров'я. Цей компонент виділений у плані-схемі як

окремих, і водночас він є важливою складовою усіх її компонентів, оскільки здійснення діяльності з пріоритетних напрямів сприяння покращенню здоров'я передбачає наявність компетентності як в особистості, так і в організаторів процесу.

За визначенням ВООЗ, освіта заради здоров'я передбачає свідомо сформовані можливості для набуття знань, включаючи ту або іншу форму комунікації, направлену на поліпшення інформованості з питань здоров'я, факторів здоров'я і його зміцнення; забезпечення спроможності людей зробити правильний вибір (*самовизначитись* із питань здоров'я), набуття компетентності [58]. Компетентність із питань здоров'я передбачає пізнавальні й соціальні уміння та навички досягнення благополуччя, визначальну мотивацію і здатність людей отримувати доступ до інформації, розуміти й використовувати її так, щоб це сприяло зміцненню та підтримці здоров'я – як індивідуального, так і громадського [58].

Наразі зауважимо, що в міжнародній практиці освіти заради здоров'я змінюються моделі навчання здоров'я – від тільки інформаційно-когнітивної до ціннісно-сислової, від моделі засвоєння суми знань і навичок до моделі дій на благо здоров'я. У додатках дисертації (додаток Б) розміщено порівняльну характеристику моделей навчання здоров'я, що представлена у вигляді підготовленої нами таблиці. Основою розробки цієї таблиці слугували матеріали узагальнення досвіду реалізації програм навчання здоров'я, зробленого Чарлтон Ені, керівником дослідницької групи з навчання здорового способу життя Манчестерського університету (Великобританія) [322].

Зазначимо, що у процесі дослідження ми використовували модель дій на благо здоров'я, що передбачає направленість навчального процесу на формування концепції та філософії життя особистості в сучасних умовах, а результатом є компетентність особистості діяти в інтересах свого і громадського здоров'я.

Політика заради здоров'я – це механізми, які стимулюють дії, спрямовані на покращення здоров'я. Як зазначено в глосарії ВООЗ, політика заради

здоров'я – це офіційна, формальна декларація або процедура в установах, державних організаціях, громадах, сім'ях, що дає змогу визначити пріоритет і параметри діяльності в порядку реагування на потреби здоров'я. Основна мета здорової політики полягає у створенні підтримуючого, сприяючого середовища, що дає змогу людям вести здорове життя [58].

Розвиток особистості заради здоров'я передбачає свідомі дії особистості з розвитку своїх здібностей, напрацювання умінь для посилення контролю за факторами здоров'я, досягнення благополуччя, реалізації потенціалу здоров'я. Підтримка особистісного розвитку здійснюється через створення можливостей безперервного навчання та вдосконалення усіх аспектів життя.

Розвиток потенціалу громади заради здоров'я здійснюється через залучення громади до прийняття рішень, від яких залежить стан громадського здоров'я. Посилення й активізація ролі співтовариств, їх причетність до процесу реалізується шляхом оцінювання потреб громадою, встановлення пріоритетів, участі у прийнятті рішень, плануванні та здійсненні стратегій для досягнення покращення здоров'я. Розвиток громади заради здоров'я потребує наявності певних умов, головними з яких є забезпечення доступу членів громади до потрібної інформації, навчання методам створення проектів сприяння здоров'ю, залучення фінансів, посилення спроможності діяти на користь громадського здоров'я.

Слід зазначити, що план-схема наочно показує, що покращення здоров'я можливе лише за одночасної зміни навколишнього середовища та зміни особистості. Тому дії зі сприяння покращенню здоров'я, формування відповідального ставлення до здоров'я мають бути одночасно спрямовані як на зміну особистої поведінки, так і на структурні зміни для створення сприятливого середовища для здоров'я. Без структурних змін не можливі стійкі зміни в поведінці особистості, у ставленні до здоров'я. Відповідно, програми формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості повинні передбачити ці дві складові. В Європейській стратегії „Здоров'я і розвиток дітей і підлітків” підкреслюється необхідність надання молодим людям

можливості жити в безпечному і доброзичливому середовищі, отримувати достовірну інформацію з питань здоров'я і розвитку, участі молоді в плануванні, здійсненні та оцінці планів, направлених на поліпшення стану здоров'я дітей і підлітків [76, с. 14].

Важливим є і те, що на плані-схемі показано, що дії, які приведуть до змін і сприятимуть покращенню здоров'я, можуть бути ініційовані з двох позицій: із позиції зверху – вниз експертами, спеціалістами, законотворцями та з позиції знизу – вверх конкретними особами та групами, громадами. Об'єднані почуттям власної відповідальності за себе, за власне здоров'я, здоров'я своїх дітей та здоров'я своєї громади, конкретні особистості в змозі побудувати новий здоровий світ [288]. Організовані зусилля суспільства, спрямовані на поліпшення здоров'я, продовження життя та покращення якості життя всього населення і є якраз громадською охороною здоров'я, що у джерелах ВООЗ розкривається як наука й мистецтво зміцнення здоров'я [58, с.4].

Ми наводимо план-схему змін для сприяння покращення здоров'ю в дисертації через три причини. По-перше, на наш погляд, завдяки їй наочно представлено системність, комплексність діяльності з формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості та необхідність врахування пріоритетних напрямів діяльності під час розробки програм, проектів із формування відповідального ставлення до здоров'я.

По-друге, у Декларації Джакарти про продовження діяльності зі зміцнення здоров'я у XXI столітті підтверджено, що ці напрями діяльності зберігають актуальність і значущість на сучасному етапі для всіх країн. Комплексний підхід до діяльності зі сприяння покращенню здоров'я є найбільш ефективним, ніж однопланові, односторонні підходи [64].

По-третє, план-схема слугувала нам своєрідною матрицею розробки моделі процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді, що докладно висвітлено у параграфі 1.4. дисертації.

Слід зазначити, що на основі цієї план-схеми розроблено та впроваджено програми і проекти ВООЗ для запровадження в життя стратегії сприяння

покращенню здоров'я, наприклад: „Здорові міста”, „Здорові сільські населені пункти”, „Здорові острови”, „Школи сприяння здоров'ю” [58].

Підтвердженням результативності використання в практиці громадської охорони здоров'я на рівні світової спільноти даної план-схеми слугують ті позитивні зміни, що відбулися в різних країнах (Канада, Японія, Англія) зі станом здоров'ям населення.

Наразі дієвість використання план-схеми в міжнародній практиці сприяння покращенню здоров'я учнівської молоді засвідчує і той факт, що на Світовому форумі з освіти в Дакарі (Сенегал, 2000) прийнято документ „Концентрація ресурсів із дієвості програм здоров'я в школі” [203, с.8]. Цей документ передбачає розробку внутрішніх положень школи (політика заради здоров'я), постачання безпечної питної води й послуг санітарії, харчування в межах школи як перші суттєві кроки до здорових умов навчання (структурні зміни, створення сприятливого середовища), навчання здоров'я на засадах розвитку життєвих умінь і навичок (освіта заради здоров'я), участь учнів в означеній діяльності (розвиток особистості заради здоров'я), розвиток партнерства між вчителями та працівниками охорони здоров'я, представниками громадської охорони здоров'я, батьками (розвиток громади заради здоров'я).

Особливу увагу приділимо принципам формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості. Означені принципи – загальні керівні положення, які потребують постійності (сталості) дій за різних умов і обставин здійснення цього процесу як ключового завдання сприяння покращенню здоров'я.

Процес формування відповідального ставлення до здоров'я базується на принципах *самовизначення, активізації потенціалу, участі, соціального підкріплення, партнерства* [58; 303; 305; 306; 307].

В Оттавській Хартії підкреслено важливість *самовизначення, самостійності й самодопомоги* як окремої особистості, так і груп людей у питаннях здоров'я. У різних сферах діяльності слід розробити таку політику сприяння покращенню здоров'я, яка дала б можливість усім людям самостійно

визначитися стосовно власного здоров'я і докласти всіх зусиль для його розвитку [58]. Свобода у виборі того чи іншого способу організації свого життя має наслідком особисту відповідальність індивіда за цей вибір.

Принцип *активізації потенціалу* означає розширення можливостей самовизначення людини, встановлення контролю і керування факторами здоров'я. У стратегії активізації потенціалу виокремлюють такі складові: постійне підкріплення активного й позитивного світосприймання; розвиток здібностей та ресурсів, спрямованих на досягнення індивідуальних і суспільних цілей; придбання знань та навичок, які сприяють благополуччю [303].

Принцип *участі*. Участь, за визначення ВООЗ, – це активне заангажування умів, сердець й енергії людей у процес їхнього власного зцілення та розвитку. З огляду на природу самого розвитку, очевидним є таке твердження: якщо немає значущої й ефективної участі, немає й розвитку [58]. Участь передбачає, що „за певною особою визначають потенційну здатність мати особисті погляди та приймати рішення стосовно питань, які мають значення для її життя, і що вона має змогу це робити як член певної суспільної групи. Участь також означає, що особа усвідомлює цю можливість, має доступ до засобів, необхідних для її використання (інформація, відповідна підготовка, структура), відчуває задоволення з приводу того, що її внесок, зокрема до процесу прийняття рішень, отримає визнання (Проект заяви ООН, 1985 р. [299, с.47])”. Цей принцип передбачає залучення особистості, груп, громади до процесу планування, підготовки проведення і оцінювання програм і заходів сприяння покращенню здоров'я.

В основу принципу *соціального підкріплення* покладено взаємодію між окремими особами. Соціальні мережі здійснюють афективне, інструментальне й когнітивне підкріплення, допомагають збереженню соціальної ідентичності та сприяють установленню соціальних зв'язків [305]. Цей принцип забезпечує багатовимірне підкріплення, яке може виражатися в матеріальному, інформаційному підкріпленні (надання знань, досвіду й рекомендацій, які допоможуть краще справитися з певною проблемою); підкріпленні самооцінки

(забезпечення взаємодії для поліпшення самооцінки і кращого розуміння проблеми); емоційному підкріпленні.

Принцип *партнерства* має на меті об'єднання зусиль різних партнерів для сприяння покращенню здоров'я. Партнерство в цьому контексті – це добровільна угода або домовленість між двома або більше партнерами для співпраці з метою досягнення низки загальних і таких, що розділяються цими партнерами результатів стосовно здоров'я. Принцип партнерства передбачає, що всі партнери (громадяни, установи й інші сторони) діють на рівних у ході реалізації намічених заходів щодо покращення здоров'я [58].

Слід зауважити, що означені принципи, за неухильного їх дотримання під час розробки та здійснення процесу, багато в чому визначають ефективність програм, заходів із формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості.

Приділено в концепції увагу і оцінюванню діяльності зі сприяння покращенню здоров'я, оскільки вона дає можливість не тільки оцінити ефективність того або іншого заходу, але і зрозуміти, як і чому він (захід) працює для того, щоб ці результати можна було повторити.

У глосарії ВООЗ оцінювання процесу сприяння покращенню здоров'я визначається як оцінювання того ступеня, у якому дії та заходи цього процесу досягають оцінюваних кінцевих результатів. Кінцеві результати процесу – це зміни особистих характеристик, умінь і навичок і/або соціальних норм і дій, а також/або організаційної практики, громадської/державної політики, пов'язаної з діяльністю зі сприяння здоров'ю або обумовлені нею [58]. Для підтвердження змін визначаються показники: поведінкові, структурні, застосовуються різні методи оцінювання (якісні, кількісні, економічні).

Таким чином, центральним елементом оцінювання є те, наскільки дії зі сприяння здоров'ю допомагають і дають можливість людям та співтовариствам здійснювати контроль над своїм здоров'ям, удосконалювати його фактори. Ефективність процесу визначається також за реалізацією п'яти пріоритетних напрямів сприяння покращенню здоров'я, тому що, як засвідчує практика, саме

комплексний підхід приносить вагомі результати.

Отже, відповідно до концептуальних положень сприяння покращенню здоров'я, формування відповідального ставлення до здоров'я як *цілеспрямована системна діяльність, спрямована на вироблення та виявлення позиції щодо здоров'я в особистості*, поєднує освітні, політичні дії та дії зі створення сприятливого середовища, надання можливостей для розвитку особистості.

Процес формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості:

- базується на принципах самовизначення, активізації потенціалу, участі, соціального підкріплення, партнерства;
- здійснюється за певним алгоритмом (оцінювання початкового рівня ставлення до здоров'я, аналіз факторів здоров'я, розробка дій, здійснення й оцінювання їх результативності);
- реалізується п'ятьма напрямками пріоритетної діяльності: політика заради здоров'я; створення сприятливого середовища для здоров'я; освіта заради здоров'я; розвиток особистості заради здоров'я; розвиток громади заради здоров'я;
- оцінювання результативності процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості відбувається через визначення змін знань, умінь і навичок, які дають змогу здійснювати контроль над факторами здоров'я; відстежування обов'язкової реалізації у процесі п'яти пріоритетних напрямів сприяння здоров'ю.

Системність, комплексність і цілісність процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості забезпечується дотриманням принципів, пріоритетних напрямів діяльності й алгоритмічної послідовності його здійснення.

Здійснення цього процесу на основі концептуальних положень сприяння покращенню здоров'я обумовлює технологічний підхід до його реалізації.

1.4. Соціально-педагогічні умови формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді

На результативність формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості, як і будь-якого іншого процесу формування, впливають різноманітні чинники соціально-педагогічних процесів та явищ, що зумовлюють рух останніх. До основних чинників, які впливають на процес формування науковці [227; 258] зараховують зміст навчального матеріалу, способи (методи) навчально-виховної роботи, особистість педагога та його професіоналізм, психофізіологічні особливості суб'єкта процесу.

Значимою для нашого дослідження в цьому контексті є позиція В. М'ясищева, котрий, характеризуючи процес формування ставлень, звертає увагу на те, що чинники розвитку навичок такі: правильність прийомів навчання, вчасність (вікова) навчання, системність навчання, тривалість навчання, позитивний приклад тих, що оточують, можливість вправ [202].

Однак, як уже зазначалося, чинник не діє автоматично. Щоб реалізувати його потенціал, потрібні відповідні умови.

Як уважає І. Ліпський, умова – це те, від чого залежить щось інше (обумовлене), а також істотний компонент комплексу об'єктів (речей, їх станів, взаємодій), з наявності якого виникає існування цього явища. Весь цей комплекс науковцями загалом визначається як достатні умови. Якщо з усіх можливих достатніх умов відібрати загальні, можна отримати необхідні умови, тобто умови, які представлені щоразу, коли спостерігається обумовлене явище. Повний набір умов, із яких не можна виключити жоден компонент, не порушивши обумовленості і до якого не можна додати нічого, що не було б зайвим із погляду обумовленості цього явища, називають необхідним і достатнім [165, с. 58].

Соціально-педагогічні умови – це джерело виникнення, існування та розвитку самого процесу. Спеціально створені умови володіють здатністю регулювання процесу, можливістю робити його компоненти

співвідношува-ними один з одним.

Процес формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості залежить від необхідних і достатніх соціально-педагогічних умов, які свідомо створюються і які повинні забезпечити найбільш ефективне формування і здійснення цього процесу та які обумовлюють досягнення заздалегідь поставлених цілей.

Отже, під соціально-педагогічними умовами формування відповідального ставлення до здоров'я ми розуміємо сукупність обставин цього процесу, створення і реалізація яких обумовлює сформованість позиції особистості стосовно здоров'я, результативність використання способів його реалізації.

Сукупність обставин процесу – це комплекс необхідних і достатніх соціально-педагогічних педагогічних умов, взаємозв'язаних і взаємодіючих між собою, що складають єдине ціле.

На основі теоретичного аналізу в попередніх параграфах ми визначили потребу в створенні таких соціально-педагогічних умов: організація діяльності на концептуальних засадах сприяння покращенню здоров'я; відповідність змісту освітніх/просвітницьких програм сутнісним та структурним характеристикам відповідального ставлення до здоров'я.

У контексті дослідження нам потрібно було також звернутися до аналізу психофізіологічних особливостей учнівської молоді для визначення необхідних соціально-педагогічних умов процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді.

Передусім зазначимо, що поняття „молодь” по – різному трактується в соціології, психології, педагогіці.

В енциклопедичних виданнях, де подано узагальнений варіант, поняття „молодь” визначається як соціально-демографічна група, що вирізняється за віковими характеристиками, особливостями соціального стану.

У соціологічній літературі молодь трактується як велика група, що має специфічні соціальні та психологічні риси, наявність яких визначається як віковими особливостями молодих людей, так і тим, що їх соціально-економічне

й суспільно політичне становище, їх духовний світ перебуває на стадії становлення, формування [145].

Аналіз психолого-педагогічної літератури показує, що у віковій періодизації, як правило, не виділяється окремо період „молодь”. Поняття „молодь”, за визначенням, охоплює пізній підлітковий період і період юності. Зазначимо, у науковій літературі пізній підлітковий період визначається віковими межами 14 – 15 років. Юністю називається віковий період 15 – 25 років (15 – 18 – рання юність, 18 – 25 – пізня юність).

Проблеми підліткового і юнацького віку були предметом вивчення Л. Божович, Л. Виготського, Е. Ельконіна, Е. Еріксона, І. Кона, Ж. Піаже, Дж. Стенлі Хол [32; 52; 79; 140; 224; 319; 321]. Залежно від того, який підхід до вивчення проблем розвитку особистості обирає дослідник, вирізняються вікові межі становлення індивідуума. Так, представники біологічного підходу, в межах якого вивчається процес статевого дозрівання і фізичного зростання, виділяє етап, який визначається віковими межами 13 – 24 роки як юність, або пубертатний період [79].

Згідно з Ж. Піаже (когнітивний (інтелектуальний) підхід) з 11 років розпочинається четверта стадія когнітивного розвитку, так звана стадія формальних операцій, яка триває до 15 років. Особистість у цьому віковому періоді може оперувати гіпотетичними предметами, використовувати формальні правила логіки. Можна сказати, що це точка перелому, в якій дитина стає дорослою [224].

Один із представників психосоціального підходу (деякі автори визначають його як психосексуальний) Ерік Еріксон виділив вісім етапів розвитку людини. 12 – 19 років, за його авторською класифікацією, – період ідентичності проти змішування ролей. Під ідентичністю автор розуміє відчуття власної цілісності, активності, життєвої сили, усвідомлення власної цінності й компетентності [321]. Інакше кажучи, це результат самовизначення, пов’язаний із формуванням внутрішньої позиції дорослої людини, усвідомленням себе членом суспільства, свого потенціалу.

Згідно з періодизацією Л. Виготського і Д. Ельконіна [52; 319], період 15 – 20 років визначається як останній перед зрілістю, у якому провідною є навчально-професійна діяльність, новоутворенням – індивідуалізація, особисте та професійне самовизначення.

У термінології Організації Об'єднаних Націй і ВООЗ „молодь” це – особи віком 15 – 24 роки. Зазначимо, що існує і термін „молоді люди”, який позначає осіб віком 10 – 24 роки (така періодизація прийнята міжнародною спільнотою, щоб підкреслити, те, що після досягнення молоддю 15 років багато заходів стосовно неї вживати вже пізно [324]. У нашій країні, відповідно до Закону „Про соціальне становлення та розвиток молоді в Україні”, молодь визнається як група населення віком 14 – 28 років.

Таким чином, молодь – унікальна демографічна група населення віком від 14 до 28 років, яка має специфічні особливості й потреби стосовно здоров'я.

Згідно із Законом України „Про загальну середню освіту” [88] (учень – це особа, яка навчається в одному із загальноосвітніх навчальних закладів; зарахування здійснюється, як правило, із 6 років; термін навчання для здобуття повної загальної середньої освіти становить 12 років), вікові межі учнівської молоді – це період розвитку особистості 14 – 18 років.

Отже, учнівська молодь – унікальна демографічна група населення віком від 14 до 18 років, яка має специфічні особливості й потреби стосовно здоров'я. Учнівська молодь займає проміжну позицію, стадію між залежним дитинством і самостійною дорослістю, що передбачає, з одного боку, завершення фізичного, статевого дозрівання, а з іншого – досягнення соціальної зрілості. Цей етап в розвитку особистості відрізняється своєю спрямованістю в майбутнє, стан її благополуччя пов'язаний із життєвими перспективами.

Значимість формування відповідального ставлення до здоров'я *саме* в учнівської молоді обумовлена, по-перше, особливою важливістю цього періоду для всього подальшого життя людини, оскільки виникнення стану „нездоров'я” у зрілому віці є, як правило, результатом невирішених проблем розвитку на цьому віковому етапі. В міжнародних документах сприяння покращенню

здоров'я дітей та молоді, відповідно до їх особливостей психофізіологічного й соціального розвитку, визначено завдання для кожного вікового етапу, від якості розв'язання індивідуумом яких залежить його здоров'я як в онтогенезі, так і в майбутньому дорослому житті. По-друге, тим, що діти й молодь є головним ресурсом людського, суспільного і економічного розвитку. Зовсім не випадковим є те, що майже всі пріоритетні Цілі третього тисячоліття, які визначено ООН, зорієнтовані на створення умов, що дають змогу підростаючому поколінню повною мірою реалізувати свій потенціал у сфері здоров'я і розвитку. По-третє – наявністю сенситивного періоду, протягом якого розвиток відповідального ставлення до здоров'я відбуватиметься найефективніше.

Зазначимо, що організація процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості передбачає врахування психофізіологічних особливостей тієї цільової групи, на яку він направлений. Віковий період учнівської молоді досить широкий. В особистості у 14 років і 18 років різні потреби, інтереси, способи дій. Тому в межах нашого дослідження ми зупинилися на віковому періоді 14 – 16 років.

Як показує проведений аналіз наукової літератури [32; 52; 79; 133; 140; 224; 231; 247; 256; 319; 321], у цьому віковому періоді:

- проявляються прагнення до незалежності, виклик правилам і випробування обмежень. Зазначимо, що водночас особливістю є велика залежність учнівської молоді від факторів навколишнього середовища (сім'я, школа, ровесники і т.і.);
- продовжується фізичний ріст, проходять активні гормональні процеси. Не випадково одним із завдань цього періоду розвитку особистості є прийняття своєї зовнішності та вміння ефективно володіти своїм тілом;
- відбувається формування психосексуальної орієнтації (отримання психосексуальної ідентичності, усвідомлення і самовідчуття себе як гідного представника певної статті);
- змінюється провідна діяльність. Якщо у 14 – 15 років провідною

діяльністю є спілкування з ровесниками, а новоутворенням – відчуття дорослості, то з 16 років – провідною діяльністю стає навчально-професійна діяльність, новоутворенням – індивідуалізація, самовизначення. Провідними потребами є самопізнання і самоствердження;

- розвиваються пізнавальні процеси, абстрактне й теоретичне мислення. Формування мислення нерозривно пов'язане з рефлексією;

- розвивається здатність реалізувати власні потреби, вміння пристосовуватися до змін соціального середовища, зростає самостійність, упевненість у собі;

- характерні необмежені можливості, коли можна спробувати себе в різних якостях і проекспериментувати з різними ролями, період переживання кризи вибору та визначення своїх соціальних установок. Нові можливості пізнання й отримання нового життєвого досвіду часто штовхають на шлях апробації й експериментаторства, пов'язаний із ризиком для здоров'я. Проте нові можливості пізнання відкривають також і перспективи для становлення в учнівській молоді позиції та стилю життя, які сприяли б зміцненню її здоров'я і добробуту;

- формується відповідальність як можливість, що реалізується; поява бажання соціально відповідати і розвивати відповідну поведінку;

- вибудовується своя система цінностей та етичних принципів, проявляється готовність оцінювати власні переконання й аналізувати переконання інших;

- відбуваються кардинальні зміни в мотиваційній сфері. Вибудовується ієрархічна структура мотивів, вони стають стійкішими. За механізмом дії мотиви стають не безпосередньо діючими, а виникають на основі свідомо поставленої мети і свідомо прийнятого наміру. Виникнення опосередкованих потреб робить можливим для молоді свідоме управління своїми потребами та прагненнями, оволодіння своїм внутрішнім світом, формування тривалих життєвих планів і перспектив.

На основі вищесказаного ми можемо констатувати, що в цей віковий період (14 – 16 років) розвитку учнівської молоді існують найбільш сприятливі внутрішні чинники для формування відповідального ставлення до здоров'я в єдності всіх визначених його компонентів. Оскільки саме в цьому віці розвивається рефлексивно-теоретичне мислення, поява прагнення та здатності усвідомлювати свої мотиви, визначаються фундаментальні життєві принципи, виробляється індивідуальний спосіб поведінки, формується здатність до самопізнання і самоаналізу, самоусвідомлення, самокерівництва, саморозвитку.

Враховуючи особисті новоутворення віку учнівської молоді (концептуальне мислення, сенситивність до саморозвитку, „свідомий рівень смисложиттєвого пошуку”) доцільно звернутися під час реалізації процесу формування відповідального ставлення до здоров'я до використання інтерактивних методів навчання, які підвищують значущість отримуваної інформації через активізацію діяльності особистості.

На нашу думку, чи не найголовнішою умовою формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, є залучення її до процесу формування відповідального ставлення до здоров'я, включення в різні види діяльності та спілкування для пізнання і розвитку кожного як суб'єкта життєдіяльності, виявлення й оптимізацію ціннісних систем референтної групи.

Як зазначає Роджер Гарт, один з основоположників теорії молодіжної участі, марно сподіватися, що молоді люди у 16, 18 чи 21 рік без попереднього набуття навичок, необхідних для взяття на себе відповідальності, водночас стануть відповідальними й активними дорослими особами [335, с. 17].

Участь створює можливості для усвідомлення учнівською молоддю своїх потреб, прийняття рішень стосовно здоров'я та особистої відповідальності за ці рішення; необхідності внесення свого вкладу в покращення громадського здоров'я. Тільки у процесі участі молоді люди набувають досвід, навички, упевненість в своїх силах, необхідні способи діяльності, що створюють можливості для задоволення їх потреб: спілкування з ровесниками, випробовування власних сил у різних видах діяльності, пошук свого місця в

суспільстві. Відповідно, молодь стає реальним суб'єктом свого власного розвитку, суб'єктом процесу, а не залишається об'єктом впливу. Дослідження підходів до навчання здоров'я підтвердило, що активний процес навчання із залученням учнівської молоді є найбільшим ефективним для формування вмінь, ставлень та навичок [322].

Для підтвердження визначених теоретично соціально-педагогічних умов ми звернулися до експерименту, під час якого виявлялися реальне ставлення учнівської молоді до здоров'я, умови, які впливають на його формування. Для цього було використано: а) опитування учнів і педагогів, що дало змогу визначити особливості існуючого ставлення до здоров'я, виявити уявлення про здоров'я і фактори здоров'я, структуру потреб та бажань, які стосуються отримання інформації про здоров'я, джерела та способи отримання інформації про здоров'я, переваги і довіру до джерел інформації; б) реінтерпретація проведених іншими досліджень стосовно визначеної проблеми; в) спостереження.

Анкетування учасників експерименту проводилося за розробленою С. Дерябо, В. Ясвіним методикою вимірювання ставлення до здоров'я і здорового способу життя (тест „Індекс ставлення до здоров'я”, 1999) [68], що дає змогу визначити особливості ставлення до здоров'я учасників виховного процесу й оцінити ефективність роботи з навчання здоров'я.

Застосування цієї методики, спостереження за процесом, аналіз відповідей, зміст бесід з учнями і вчителями допомогли зробити висновок про те, що вони нечітко уявляють систему понять: здоров'я, відповідальність, відповідальне ставлення до здоров'я, громадське здоров'я.

Ми звернули увагу на те, що учасники експерименту на запитання „Як би Ви визначили поняття „здоров'я? ” досить часто цитували визначення ВООЗ. Однак пояснити, що розуміється під фізичною, психічною та соціальною складовою здоров'я, не могли. Досить важким для учасників (як учнів, так і педагогів) було і запитання; які дії потрібно виконувати, щоб досягти благополуччя? Як правило, запропонований ними перелік цих дій стосувався

переважно фізичного компоненту здоров'я і був таким: „не курити, не вживати алкоголю, займатися спортом, вчасно харчуватися”.

Тобто еталонні уявлення про здоров'я, способи його досягнення (а саме вони визначають специфіку ставлення людини до здоров'я) в учнівської молоді та педагогів базуються на негативному визначенні здоров'я, і, відповідно, дії з його зміцнення зосереджуються на недопущенні захворювань і протидії шкідливим звичкам, незважаючи на певну інформованість про сучасні підходи до трактування здоров'я.

Опитування показало також, що його учасники майже не простежують взаємозалежності між станом здоров'я і своїм ставленням до нього, відповідальністю за нього. Питання відповідальності за здоров'я делегуються у 34 % батькам, 26 % – державі, 25 % – лікарям. У межах нашого дослідження, у процесі оцінювання факторів, які найбільшою мірою впливають на здоров'я, тільки 15 % опитаних указали на ставлення до здоров'я, що засвідчує виразну недооцінку цього визначального чинника охорони та зміцнення здоров'я.

Ми звернули увагу й на те, що переважна більшість учнівської молоді розуміють здоровий спосіб життя як систему штучних заходів, спрямованих на подолання шкідливих звичок і позбавлення людини певних набутих хворобливих станів, а не як природний спосіб життєдіяльності (спостереження та реінтерпретація даних Українського інституту соціальних досліджень [91]).

Отже, отримані дані підтвердили необхідність такої соціально-педагогічної умови, як відповідність змістового наповнення відповідності змісту освітніх/просвітницьких програм змісту та структурі поняття „відповідальне ставлення до здоров'я”.

Стратегічним завданням процесу формування відповідального ставлення до здоров'я є забезпечення особистості можливостями, які дають змогу справлятися з факторами здоров'я, адаптуватися до постійно змінюючих умов навколишнього середовища, реалізувати свій потенціал. Однак опитування, проведене в межах нашого дослідження серед педагогів, соціальних працівників, медиків, показало, що тільки 24 % з числа опитаних знають фактори

здоров'я, і тільки 15 % можуть назвати конкретні дії, які слід виконувати, щоб контролювати та справлятися з факторами здоров'я. Програми формування здорового способу життя (в Україні майже немає програм, які направлені на формування відповідального ставлення до здоров'я) реалізуються силами педагогів і соціальних працівників, які здебільшого не знають концептуальні основи процесу сприяння покращенню здоров'я.

Виникає запитання, яким чином спеціаліст, що не усвідомлює системної діяльності з проблем здоров'я, може сформувати відповідальне ставлення до здоров'я, здоров'язберігаючу поведінку, соціальну відповідальність за здоров'я в підростаючого покоління. У цьому контексті ми поділяємо позицію С. Кульневича, котрий вважає, що сьогодення потребує від соціальних працівників концептуального мислення, яке направлене на глибинне розуміння сенсу закладених у концепціях ідей, на відміну від раціонально-прагматичного, ремеслено-виконавського [149].

Отже, отримані емпіричні дані підтвердили необхідність такої соціально-педагогічної умови, як організація процесу на засадах концепції сприяння покращенню здоров'я.

Звернули ми увагу й на те, що спеціалісти не можуть досить чітко диференціювати, якими знаннями та навичками повинна володіти учнівська молодь у результаті проведеної ними роботи. Тобто соціальні працівники не мають чіткого уявлення про кінцевий результат процесу формування відповідального ставлення до здоров'я.

Наведемо висновки дослідження, які обумовлюють необхідність створення ще одної соціально-педагогічної умови, а саме: готовність фахівців (концептуальна, технологічна, психологічна) до діяльності, спрямованої на формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді.

На запитання „Як ви турбуєтесь про своє здоров'я ?” педагоги дуже часто відповідали: „не до свого здоров'я, слід турбуватися про здоров'я дітей”; „немає коштів для його покращення”; „розумію, що потрібно займатися фізичними вправами, але не вистачає сили волі”; „у мене такий вік, що здоров'я уже не

покращиш”, що засвідчує про низький рівень відповідального ставлення до здоров’я більшості педагогів, котрі брали участь в опитуванні.

Сучасна статистика така: учительство як професійна група відрізняється украй низькими показниками фізичного і психічного здоров’я, що, відповідно, засвідчує їхнє ставлення до свого здоров’я. В. Пахальян, аналізуючи дослідження стану здоров’я професійних педагогічних працівників, відзначає, що показники ступеня соціальної адаптації в середньому за групами вчителів нижчі, ніж в інших обстежених професіях; понад 50 % вчителів переживають почуття незадоволеності своєю діяльністю, відзначають невідповідність між власним внеском й отримуваною або очікуваною винагородою; близько 30 % учителів виявляють виражені ознаки синдрому професійного вигорання, ознаки професійної деформації [219, с. 151–158].

Автор подає перелік ознак професійної деформації педагога. Наведемо ті із них, які, на нашу думку, можуть стати на заваді під час проведення педагогами навчання здоров’ю учнівської молоді, а саме: тенденція до монологів; схильність до повчань, нотацій; навик надавати більше пояснень, ніж потрібно; невміння чути співбесідника; агресивне ставлення до молодіжної субкультури [219, с. 155]. Не дивно, що рекомендації щодо здоров’я учні отримують часто в повчальній і категоричній формі. Разом з тим, самі педагоги іноді не дотримуються правил, які вони декларують, що унеможлиблює сприйняття школярами зазначених правил як життєво важливих, необхідних.

Освітні програми з навчання здоров’я, які навіть розроблені відповідно до сучасних підходів до їх створення, реалізуються педагогами й соціальними працівниками, які здебільшого, не ознайомлені з цими теоретичними основами. Відповідно, вони часто пристосовують програму так, як вони вважають за потрібне. Наприклад, замість тренінгових занять проводять бесіди, лекції.

Саме тому, на нашу думку, потрібна професійна підготовка педагогів, соціальних працівників до організації процесу формування відповідального ставлення до здоров’я, так, як це зроблено, наприклад, у Латвії, де введено спеціальність „учитель здоров’я”. Професіональний стандарт, затверджений

Міністерством освіти і науки Латвії, визначає завдання, які повинні виконуватися цим учителем, а саме: орієнтуватися в питаннях філософії, психології здоров'я, володіти теоріями сприяння і навчання здоров'я, вміти захистити свою систему поглядів із навчання здоров'я, аналізувати дані соціально-епідеміологічних досліджень, визначити фактори здоров'я, організувати оздоровче середовище [303]. Зазначимо також, що в Російській Федерації створюються школи громадської охорони здоров'я, які розраховані на підготовку управлінців, педагогів, психологів, соціологів, економістів й інших фахівців різних відомств до реалізації процесу сприяння покращенню здоров'я [303].

За даними опитування в межах експерименту, найбільший інтерес учнівська молодь виявила до участі в заняттях, які проводять їх однолітки (71,4 %); аналогічним є їх інтерес до проведення тренінгів (61,2 %). Для порівняння: лекції, які проводять дорослі – 12,3 %.

Наразі потрібно зауважити, що референтна група однолітків посідає своє, особливе місце в усвідомленні учнівською молоддю цінності здоров'я, формуванні відповідального ставлення до здоров'я. Група ровесників відповідає потребам учня в новій інформації, у прояві емоцій і почуттів, у реалізації особистісних домагань на ту чи іншу соціальну роль. Спілкування з ровесниками – дуже важливий специфічний канал інформації для підлітка. Якщо друзі беруть під сумнів важливість або достовірність відомостей, отриманих школярем, то він може погоджуватися з їхньою точкою зору, незважаючи на те, що вони менш компетентні у цьому питанні, ніж те джерело, з якого була почерпнута інформація [98].

Стосовно інформації щодо здоров'я, яка їм надається, учасники відзначили, що вона, як правило, не актуальна, під час її надання акцентується увага переважно на фізичному аспекті здоров'я, не відповідає їх потребам.

Дані проведеного дослідження засвідчили також переважно неефективність використовуваного інструментарію (способів) для реалізації процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській

молоді. Це пояснюється відсутністю соціально-педагогічних технологій, залучення учнівської молоді до процесу формування відповідального ставлення до здоров'я; нерозумінням адміністрації, педагогами суті та переваг технологічного підходу до його реалізації.

Не дивно, що результати анкетування учнівської молоді показали таку залежність: 44 % опитаних властива низька домінантність ставлення до здоров'я, тобто важливість здоров'я не береться до уваги; у 38 % опитаних ставлення до здоров'я характеризується середньою значущістю, тобто цінність здоров'я не заперечується, але ще й не усвідомлюється повною мірою для майбутнього особистого та професійного життя, у 18 % ставлення до здоров'я є високодомінантним, тобто усвідомлюється як високозначуща цінність (однак переважно як інструментальна цінність, як засіб досягнення благ).

Логіка нашого дослідження передбачала розробку соціально-педагогічних інструментів здійснення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді. Тому наступний етап дослідження був пов'язаним з розробкою моделі процесу, що забезпечує реалізацію заявлених і розкритих теоретико-методологічних засад означеного процесу.

Зазначимо, що під моделлю ми розуміємо зображення, схему, опис якогонебудь об'єкту або їх системи, що відображає в простішому, зменшеному вигляді структуру, властивості, взаємозв'язок і відношення між елементами досліджуваного об'єкта [301].

Розроблюючи модель процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, ми виходили з положень концепції сприяння покращенню здоров'я (принципи, пріоритетні напрями діяльності, послідовність дій), згідно яких можемо говорити про технологічний підхід як системний спосіб побудови діяльності, що забезпечує прогнозований результат.

Розроблена модель процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді задає загальну конструкцію процесу, визначає його необхідні елементи, які за відповідних соціально-педагогічних умов гарантують достатньо високий рівень ефективності при подальшому її

відтворенні. У цьому процесі ми можемо говорити про технології різного рівня (від технологій, що дають змогу збудувати цілісний процес, до тих, які характеризують системний спосіб побудови окремих елементів цього процесу).

Комплексність, цілісність представленої моделі формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді виражається у створенні єдиної програми, заходи, що проводяться в її межах, підкоряються єдиній меті і відповідним чином перебудовуються під впливом соціально-педагогічних умов, реалізуються на єдиних принципах, здійснюються при об'єднанні зусиль різних спеціалістів, батьків, учнівської молоді, особлива увага приділяється створенню сприятливого середовища.

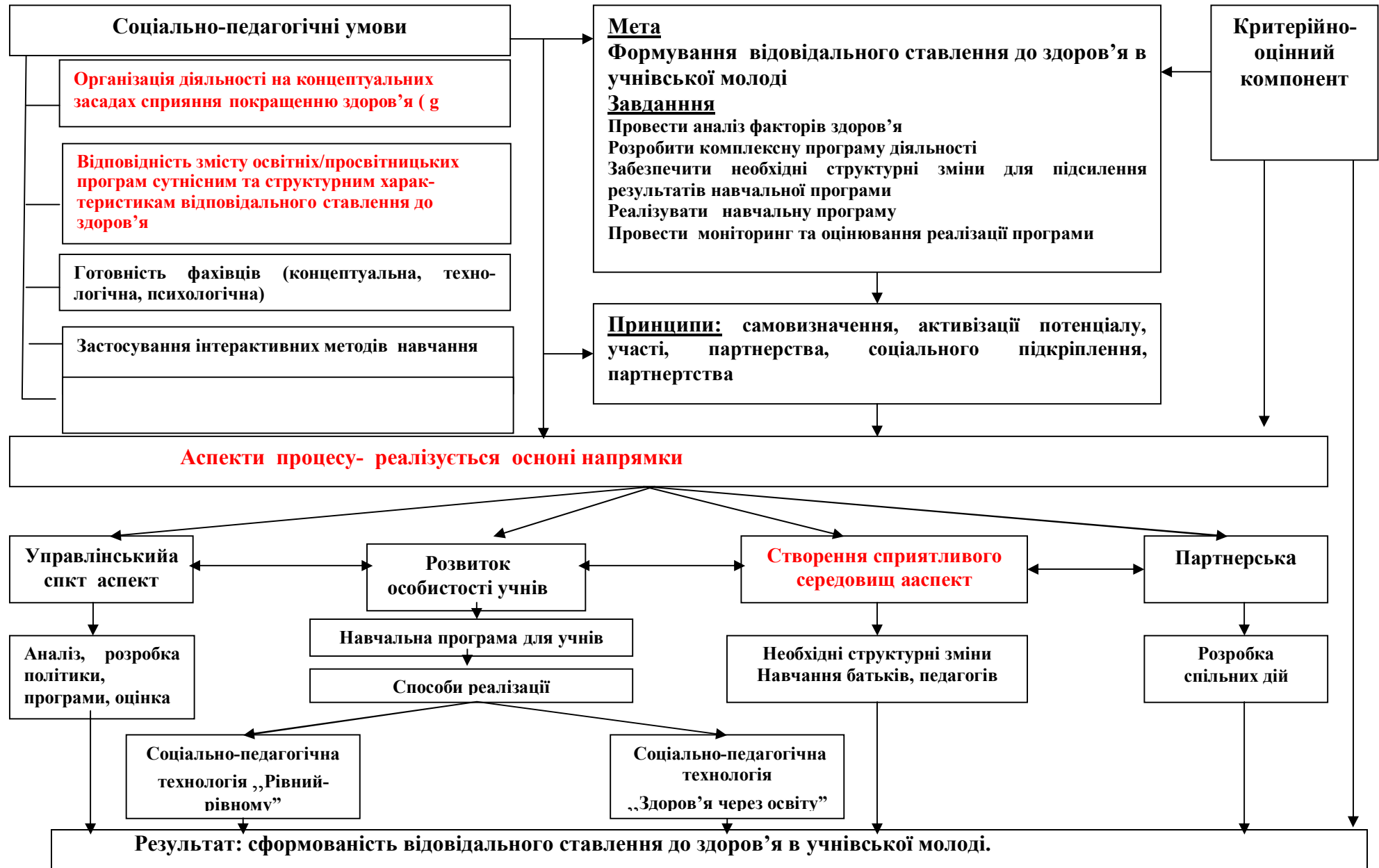
Модель (рис.1.3.) розкриває структуру процесу і складається з певних взаємопов'язаних компонентів: 1 – мета, 2 – завдання, 3 – соціально-педагогічні умови, 4 – принципи; 5 – складові процесу (основні напрями дій), 6 – способи реалізації складових, 7 – очікуваний результат, 8 – критерії оцінки.

Розкриємо компоненти моделі.

Соціально-педагогічна умова організація процесу на засадах концепції сприяння покращенню здоров'я забезпечує його системність і реалізується через складові процесу.

Управлінська складова забезпечує роботу структури всього процесу, його організацію як цілісного комплексного процесу. Вона передбачає оцінювання початкового рівня ставлення до здоров'я, аналіз факторів здоров'я, визначення мети й завдань діяльності, способів її реалізації, розробку комплексної програми, політики (внутрішніх положень щодо організації діяльності), проведення потрібних структурних змін, забезпечує функціонування безпечного й підтримуючого середовища, моніторинг й оцінювання реалізації діяльності, узгодження зусиль усіх об'єктів процесу.

Некомпетентність керівників з будь-якого перерахованих питань знижує ефективність управління; процес формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді відбуватиметься фактично стихійно.



1.3. Модель формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді

Саме тому необхідною умовою технологічного забезпечення означеного процесу ми визначили готовність фахівців до діяльності спрямованої на формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, що реалізується через підготовку та постійне підвищення їх професійної компетентності.

У дослідженні ми спираємося на розуміння готовності як складного структурного утворення, ядро якого складають відповідальне ставлення до здоров'я, позитивне ставлення до соціально-педагогічної діяльності, наявність професійно-значущих якостей особистості, певна структурність соціально-педагогічних знань, умінь та навичок, необхідних для успішного здійснення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я [73]. Від рівня професійних знань і умінь соціального педагога безпосередньо залежить результат роботи. Педагог має володіти відповідним змістом, технологіями формування знань, уявлень і понять про здоров'я; організації сприятливого середовища, усвідомлювати й практично реалізувати базові положення концепції сприяння покращенню здоров'я; володіти інтерактивними методами навчання.

Особливе місце в готовності педагогів, соціальних працівників займає сформованість їх відповідального ставлення до здоров'я. На нашу думку, попередня робота з педагогами, спрямована на корекцію їхнього ставлення до здоров'я, є необхідною. Позиція нашого дослідження повністю збігається з позицією В. Пахальян, який вважає, що організація роботи із забезпечення здоров'я педагогів це не самоціль, а частина діяльності, що має на меті створення умов, безпечних для здоров'я учнівської молоді й, відповідно, формування її відповідального ставлення до здоров'я [219].

Звернемо увагу й на партнерську складову, що виявляється в поєднанні зусиль і скоординованій роботі медичних, соціальних працівників, учителів, батьків і лідерів громади під час організації та здійснення означеного процесу. Таке поєднання є основою послідовної і безперервної системи навчання здоров'я. У сім'ї, школі, лікарні, від спеціалістів соціальних служб молода

людина отримуватиме інформацію про здоров'я на єдиній концептуальній основі. Ця складова дозволяє раціонально й ефективно використовувати наявні ресурси, не дублювати діяльність й інформацію, що надається, так, як це відбувається нині. Наприклад, учні 9 класу одного з міст України протягом одного місяця прослухали 6 (шість!) разів приблизно одну й ту ж лекцію із профілактики ВІЛ/СНІДу, яку їм читали представники різних державних і недержавних організацій. Саме тому розроблена модель процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді включає також підвищення освітнього рівня партнерів у сфері здоров'я.

Соціально-педагогічна умова – відповідність змісту освітніх/просвітницьких програм сутнісним та структурним характеристикам відповідального ставлення до здоров'я – реалізується через принцип складання навчальної програми, заснованого на врахуванні всіх структурних компонентів відповідального ставлення до здоров'я. В параграфі 1.2. дисертації визначено критерії та показники відповідального ставлення до здоров'я у особистості, які свідомо представлені досить широко, оскільки є орієнтирами для розробки програм навчання здоров'я.

Наразі зауважимо, що інформація, яка надається учням щодо здоров'я, повинна мати безпосередній і очевидний зв'язок із реально наявними потребами конкретних учнів. Адекватність змісту навчальної програми їх потребам реалізується через урахування мотивації учнівської молоді до збереження та зміцнення здоров'я. У віці учнівської молоді значимими є можливість для самовдосконалення, здатність до маневрів, сексуальна реалізація. Саме тому, просвітницька робота, яка базується на формуванні в учнівської молоді мотивації до збереження та ще й тільки фізичної складової здоров'я, не досягає очікуваного результату. А ось перспектива близької самостійності змушує молодих людей замислитися над вибором професії та майбутньою кар'єрою. Особливе місце в цьому віці в житті молодої людини приділяється стосункам із протилежною статтю. Тобто мотивацією до збереження і розвитку здоров'я є прагнення бути коханими, значимими. Саме ці

мотивації слід урахувувати, плануючи роботу з навчання здоров'я учнівської молоді.

Потреба врахування мотивації учнівської молоді спонукала нас до розробки робочого для цього дослідження визначення поняття „здоров'я”. На основі ціннісно-соціальної моделі здоров'я, представленій у концепції сприяння покращенню здоров'я, й узагальнення позицій науковців (Б. Райн, Є. Роджерс [251; 288]), ми сформулювали робоче визначення поняття „здоров'я”. *Здоров'я – це динамічний стан психічного, духовного, фізичного, соціального, інтелектуального, емоційного, екологічного, професійного, сексуального, репродуктивного благополуччя, який визначається відповідальним ставленням до нього.* Для розкриття компонентів здоров'я ми визначили їх сутнісні характеристики, які розкриваються в додатку В.

Зазначимо також, що навчання в контексті освіти заради здоров'я визначається як „спланована послідовна програма навчальна програма, що її представлено підготовленими інструкторами задля підтримки розвитку знань про здоров'я, навичок здорового способу життя та позитивного ставлення до здоров'я [203, с. 11]”, як поєднання навчального досвіду, розробленого для поліпшення добровільного сприйняття поведінки, що сприяє здоров'ю.

Забезпечення соціально-педагогічної умови застосування інтерактивних методів навчання здійснюється через використання тренінгу.

Провідним методом навчання, як показує проведений аналіз [23; 45; 49; 74; 118; 129; 131; 207] при проведенні навчання здоров'ю має бути тренінг, тому що:

- це спосіб забезпечення всім суб'єктам освітнього процесу системи можливостей для ефективного особистого саморозвитку, досягнення благополуччя;
- більшість ефективних змін у ставленні і поведінці людей відбувається в груповому, а не в індивідуальному контексті; ця форма роботи створює можливість осмислити, усвідомити отриману інформацію, одразу ж зіставити її з діяльністю;

– це особлива групова форма навчання, яка спирається не на декларативне, а на реальне знання, що дає можливість пережити на власному досвіді те, про що йдеться;

– це ефективна форма опанування знань, інструмент для формування умінь та навичок, ставлень на відміну від повсякденного й індивідуального спілкування, відбувається більш інтенсивно, більш виражено, і – керовано.

Переваги тренінгу як групової форми роботи саме з учнівською молоддю в тому, що групова робота пропонує молодим людям керівництво дорослого, якого вони потребують, і водночас надає їм незалежності та дає можливість діяти власними силами, є „полігоном” для відпрацювання нових соціальних вмінь.

Розвиток учнівської молоді відбувається також завдяки залученню їх до діяльності щодо покращення громадського здоров'я.

Наразі зауважимо, що для здійснення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді можливо застосування технологій різного рівня: від технології, що дозволяють збудувати цілісний процес, до тих, які характеризують системний спосіб побудови окремих елементів цього процесу.

В своєму дослідженні ми зупинилися на обґрунтуванні і розробці технологій навчання відповідальному ставленню до здоров'я в учнівській молоді (компонент моделі - розвиток особистості учня).

Зупинимось докладніше на критеріях оцінювання процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді. Науковці визначають ефективність як характеристику соціального процесу, котра виражає його оцінку з погляду очікуваного результату. Якщо фактичний результат в основному відповідає очікуваному, то можна говорити про ефективний процес, якщо відповідає повністю – оптимальний, якщо відповідає частково – малоефективний, якщо не відповідає – неефективний процес [289].

Як вважають дослідники, вирішення проблеми оцінювання результативності безпосередньо залежить від того, які критерії (індикатори) до

визначення динаміки процесу покладені в його основу: 1) критерії процесу, які орієнтують дослідника на перетворення самого процесу, його перехід у новий якісний стан; чи 2) критерії результату, які передбачають оцінювання змін його суб'єктів, розвитку особистих властивостей [35, с. 61– 63].

В своєму дослідженні для оцінювання процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді ми визначили дві групи критеріїв:

1) критерії результату – зміна показників, новоутворення в компонентах відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, динаміка рівнів сформованості;

2) критерії процесу, ми визначили його показниками: наявність необхідних і достатніх соціально-педагогічних умов технологічного забезпечення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, здійснення на основі соціально-педагогічних технологій.

Зауважимо, що вікові особливості учнівської молоді, на нашу думку, повинні бути враховані й під час вибору показників, за якими фіксується ступінь вираженості критеріїв компонентів відповідального ставлення до здоров'я в особистості. Оскільки через психофізіологічні особливості віку певні показники не можуть бути поки що виявлені. Тому ми уточнюємо, які саме показники відповідального ставлення до здоров'я особистості обираємо для визначення його (процесу) ефективності в учнівської молоді.

Показниками *усвідомленості* відповідального ставлення в учнівської молоді до здоров'я є інформованість про здоров'я як глобальний феномен, знання основних факторів здоров'я, розуміння відповідального ставлення до здоров'я для забезпечення свого майбутнього, особистого та громадського благополуччя.

Критерій *позивності* розкриває характер емоційної реакції в ситуаціях складнощів із здоров'ям, при сприйнятті знань щодо збереження та зміцнення здоров'я; задоволеність під час виконання діяльності з розвитку здоров'я, самооцінка власного здоров'я.

Критерій *домінантності* характеризують: ранг здоров'я в ієрархії

цінностей учня, інтерес до отримання знань із розвитку здоров'я; усвідомлення своїх життєвих цілей і зіставлення їх з особистими можливостями.

Керованість проявляється через такі показники, як прояв вольових зусиль для здійснення діяльності з розвитку здоров'я, готовність відстоювати життєві принципи під час чинення певного тиску, готовність до саморозвитку.

Критерій *успішність* розкривається через такі показники, як: наявність життєвих навичок (планування, прийняття рішень, ефективного спілкування, керування своїм емоційним станом), активність практичних дій, направлених на турботу про здоров'я, участь у діяльності щодо громадського здоров'я.

Показниками *осмисленості* є здатність до прогнозування й оцінювання наслідків діяльності щодо власного здоров'я та здоров'я інших людей, оцінювання емоційного стану, пов'язування емоційного переживання з діяльністю щодо здоров'я; оцінювання ефективності діяльності зі збереження та розвитку здоров'я.

Отже, процес формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді – явище складне, комплексне, системне.

Означений процес і, відповідно, соціально-педагогічні технології як спосіб його реалізації, обумовлюються створенням соціально-педагогічних умов, які сприяють його ефективному здійсненню.

Висновки до першого розділу

У розділі розкрито теоретико-методологічні засади досліджуваної проблеми.

Визначено, що пріоритет формування відповідального ставлення до здоров'я визначається тим, що це один із найважливіших факторів, котрий впливає на стан здоров'я, необхідна умова досягнення благополуччя кожної людини, країни, стійкого розвитку планети й відвернення імовірної загрози антропологічної катастрофи. Відповідальне ставлення до здоров'я як окремої особистості, так і міжнародної спільноти має загальнолюдську значущість, що передбачає необхідність системної, комплексної діяльності з його формування. Важливість формування у підростаючого покоління відповідального ставлення до здоров'я детермінується передовсім визначальною роллю здоров'я цієї категорії населення у створенні здорового майбутнього.

На підставі аналізу досліджень О. Васильєвої, Дж. О'Коннора, Ян Мак-Дермотта, Ф. Філатова встановлено, що істотне значення для формування ставлення до здоров'я в особистості мають концепції, що складають основу цього процесу.

Обґрунтовано вибір концептуальних засад сприяння покращенню здоров'я, що викладені у Алма-атинській Декларації (1977 р.), Оттавській Хартії (1986 р.), Аделаїдських рекомендаціях (1988 р.), Сундсвальській заяві (1991 р.), Джакартській Декларації (1997 р.), Всесвітній Декларації з охорони здоров'я „Здоров'я для всіх у XXI столітті”(1998 р.), Бангкокській Хартії (2005 р.) як підґрунтя методології дослідження, оскільки в них інтегровані сучасні підходи до розуміння сутності „здоров'я” (комплексний, холістичний, аксіологічний, акмеологічний, феноменологічний, антропоцентричний, адаптаційний, еволюціоністський тощо) й визначено пріоритетні напрями діяльності щодо покращення здоров'я.

Охарактеризовано сучасне трактування сутності здоров'я як значущого феномену соціального буття, складного та глобального явища, представлене в

концептуальних засадах сприяння покращенню здоров'я.

Згідно з цими положеннями здоров'я є водночас фундаментальною потребою та правом людини; загальнолюдською й індивідуальною цінністю; процесом, здатністю і результатом – станом повного благополуччя в усіх сферах життєдіяльності; системною якістю, що характеризує цілісність людського буття і передбачає набуття особистістю компетентності, складовими якої є вміння визначати й реалізовувати свої прагнення та потреби; забезпечувати зміни на краще в навколишньому середовищі, здійснювати контроль за факторами здоров'я. Фактори здоров'я – це узагальнений термін для характеристики сукупності чинників та умов, що впливають на здоров'я людини. Наголошено на важливості здоров'я не тільки на індивідуальному, а й на громадському рівні, що обумовлює виокремлення терміна „громадське здоров'я”, під яким розуміється сукупне здоров'я людей, які проживають на певній території або держави загалом, і станом котрого визначається рівень соціального благополуччя.

Проведене теоретичне дослідження у сфері визначення понять „ставлення”, „ставлення до здоров'я”, „відповідальність”, аналіз наукової літератури з філософії, психології, соціології, педагогіки, соціальної педагогіки дають підставу стверджувати, що відповідальне ставлення до здоров'я – це особистісне та соціокультурне утворення, механізм вдосконалення, покращення здоров'я на рівні індивіда, суспільства.

Відповідальне ставлення до здоров'я визначено як позицію особистості, що обумовлює регуляцію реакцій і вольове здійснення діяльності стосовно факторів здоров'я для оптимального поєднання особистих можливостей та можливостей середовища задля досягнення благополуччя.

Визначено, що структура відповідального ставлення до здоров'я передбачає наявність когнітивно-пізнавального, емоційно-оцінного, потребнісно-ціннісного, мотиваційно-вольового, практично-діяльнісного, рефлексивно-результативного компонентів, критеріями яких є усвідомленість, позитивність, домінантність, керованість, успішність, осмисленість.

Сформульовано поняття „формування відповідального ставлення до здоров'я” як цілеспрямованої системної діяльності, спрямованої на вироблення та виявлення позиції щодо здоров'я в особистості у спеціально створених умовах.

Розкрито здійснення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості на основі концептуальних положень сприяння покращенню здоров'я.

Здійснення діяльності з формування відповідального ставлення до здоров'я відбувається в певній послідовності, а саме: оцінювання рівня ставлення до здоров'я → аналіз факторів здоров'я, які потрібно вдосконалити → розробка дій щодо покращення ситуації → їх здійснення → оцінювання результативності.

Діяльність із формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості обов'язково здійснюється в п'яти пріоритетних напрямках: політика заради здоров'я; створення сприятливого середовища для здоров'я; освіта заради здоров'я; розвиток особистості заради здоров'я; розвиток громади заради здоров'я.

Оцінювання результативності процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді відбувається через визначення змін знань, умінь і навичок, які дають змогу здійснювати контроль над факторами здоров'я.

Процес формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості базується на принципах: *самовизначення* (вибір особистості стосовно здоров'я на основі створених можливостей), *активізації потенціалу* (розвиток здібностей і ресурсів особистості), *участі* (залучення особистості, груп до процесу планування, підготовки, проведення й оцінювання програм зі сприяння покращенню здоров'я), *соціального підкріплення* (підтримка, взаємодія між окремими особами, групами в питаннях здоров'я), *партнерства* (об'єднання зусиль громад, організацій установ для покращення громадського здоров'я).

Визначено, що дотримання принципів, пріоритетних напрямів діяльності, послідовності (алгоритму) здійснення діяльності з формування відповідального

ставлення до здоров'я в особистості є базовою системоутворюючою умовою її технологічного забезпечення.

З'ясовано вікові межі учнівської молоді – від 14 – 18 років – згідно із законами України „Про соціальне становлення та розвиток молоді в Україні”, „Про загальну середню освіту”.

Обґрунтовано необхідність врахування особливостей учнівської молоді під час організації процесу формування відповідального ставлення до здоров'я, зокрема акцентовано увагу на важливості дотримання принципу участі, тому що тільки завдяки їй діти та молодь мають можливість практичного застосування своїх знань, збагачених у результаті набуття почуття спільності складання для себе загальної картини світу, набувають досвід, необхідні навички, упевненість у своїх силах, оволодівають способами діяльності, здійснюють пошук свого місця в суспільстві. Відповідно, молодь стає реальним суб'єктом свого розвитку, суб'єктом процесу, а не залишається об'єктом впливу.

На підставі аналізу теорії і практики виокремлено й обґрунтовано *соціально-педагогічні умови*, створення яких обумовлює успішність технологічного забезпечення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, а саме: організація діяльності на концептуальних засадах сприяння покращенню здоров'я; відповідність змісту освітніх/просвітницьких програм сутнісним та структурним характеристикам відповідального ставлення до здоров'я; забезпечення участі учнів в діяльності щодо покращення громадського здоров'я; застосування інтерактивних методів навчання; готовність фахівців (концептуальна, технологічна, психологічна) до здійснення діяльності, спрямованої на вироблення та виявлення позиції щодо здоров'я в учнівської молоді.

Розроблено структурно-функціональну модель процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, яка має такі основні компоненти: мета, завдання, соціально-педагогічні умови, принципи, складові, способи реалізації, передбачуваний результат, критерії оцінювання.

РОЗДІЛ II

ОБҐРУНТУВАННЯ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ФОРМУВАННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я В УЧНІВСЬКІЙ МОЛОДІ

2.1. Характеристика соціально-педагогічної технології формування відповідального ставлення до здоров'я

Потреба суспільства у формуванні відповідального ставлення до здоров'я в особистості, ступінь складності цього процесу, необхідність використання під час його здійснення способів, які б забезпечили ефективне досягнення стратегічного завдання для розвитку нашої країни, обумовлюють важливість пошуку, розробки та впровадження соціально-педагогічних технологій, котрі оптимізують процес становлення позиції особистості щодо здоров'я.

Звернення науковців та практиків до такого інструменту, як технології, є обґрунтованим. Технології дають змогу науково будувати соціально-педагогічну діяльність; сприяють підвищенню її ефективності; забезпечують тиражування, відтворюваність оптимального способу реалізації соціального процесу, тобто можливість здійснення його іншими фахівцями після спеціального навчання.

На думку дослідників, технологічна форма соціального процесу (у формі дотримання, здійснення певної технології) є його вищою формою, оскільки вона забезпечує взаємну „підгонку” двох перших форм: 1) об'єктної, тобто у формі послідовної зміни стану соціального об'єкта; 2) суб'єктної, або діяльнісної, тобто у формі послідовних дій суб'єкта. За допомогою технології досягається, з одного боку, раціоналізація процесу діяльності, а з іншої – оптимізація об'єктного процесу [115, с. 37].

Аналіз досліджень останніх років із проблем здоров'я засвідчує посилення інтересу до соціально-педагогічних технологій формування здорового способу життя та здоров'язберігаючих технологій (В. Беспалько, Н. Заверико, О. Стойко, Л. Сущенко, В. Шкуркіна [25; 81; 287; 291; 317]).

Однак соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості як предмет наукового пошуку не вивчалися. А для їх практичної розробки нам потрібно, насамперед, з'ясувати сутність соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я, сформулювати принципи їх реалізації, визначити структуру.

Перед тим як перейти до розгляду означених питань, вважаємо за доцільне висвітлити положення, які стали для нас базовими у процесі дослідження:

- назву „технологія” процес діяльності отримує тільки тоді, коли його було спрогнозовано, визначено кінцеві властивості продукту та способи його отримання, цілеспрямовано сформовано умови для реалізації та йому (процесу) надано хід, а отримуваний результат максимально відповідає очікуваному зразку, що можна діагностувати [220, с. 27];

- основними ознаками технології є: 1) розділення, розчленовування процесу на внутрішньо пов'язані між собою етапи, фази, операції; 2) координованість і поетапність дій, направлених на досягнення очікуваного результату; 3) однозначність виконання процедур й операцій (вирішальна, неодмінна умова досягнення результатів, адекватних поставленій меті) [190, с.44– 47].

Для визначення сутності технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді звернемося до трактування поняття „соціально-педагогічна технологія” науковцями.

Передусім зазначимо, що дослідники вважають соціально-педагогічну технологію інтегративним різновидом соціальної і педагогічної технологій [313, с. 8], тому для пояснення розуміння нами досліджуваного поняття представимо характеристики соціальної та педагогічної технологій.

Соціальні технології досліджувалися в роботах В. Афанасьєва, Г. Галієва, Л. Дятченко, В. Іванова, М. Маркова, Н. Стефанова, Ю. Сурміна, В. Патрушева, Н. Туленкова та ін. [20; 75; 115; 190; 285; 289].

У роботах цих та інших авторів технології розглядаються 1) як *система знань* про оптимальні способи перетворення та регулювання соціальних

відносин і процесів у життєдіяльності людей, 2) *спосіб здійснення* діяльності на основі раціонального розчленовування її на процедури й операції з їх подальшою координацією, синхронізацією і вибором оптимальних засобів та методів їх виконання; 3) *метод управління* соціальними процесами, який забезпечує систему їх відтворення в певних параметрах, таких як якість, властивості, обсяг, цілісність діяльності тощо [279, с. 185 – 186].

Беручи до уваги ці три основні аспекти соціальних технологій, вважаємо за доцільне навести деякі її визначення, що підтверджують нашу позицію щодо її розуміння в контексті нашого дослідження як *способу здійснення* діяльності.

Соціальні технології – це :

– „*спосіб реалізації* конкретного складного *процесу* шляхом розчленовування його на систему послідовних взаємозалежних процедур і операцій, що виконуються однозначно... [190, с. 48] ”;

– „стандартний комплекс методично описаних і практично впроваджених дій і/чи процедур, які об’єднанні у певній послідовності або сполученні і дають вимірюваний або інший відчутний соціальний результат ... у соціальній сфері [273, с. 31] ”.

Проведений аналіз, систематизація різних підходів до розуміння соціальної технології дає нам змогу виділити найбільш істотні для нашого дослідження: соціальна технологія – це визначена програма діяльності з вирішення, управління вирішенням соціальної проблеми; це – спеціально визначена, підготовлена й послідовно реалізована діяльність, спрямована на вирішення соціальної проблеми.

Щодо педагогічної технології, то слід зазначити, що сьогодні відсутнє єдине визначення цього поняття. Більше 300 формулювань поняття „педагогічна технологія” і його варіанти („технологія навчання”, „освітні технології”, „технології в навчанні”, „технології в освіті”) використовується в педагогічній літературі. Сутність педагогічних технологій досліджувалась у роботах В. Беспалько, Л. Загрекової, М. Кларіна, І. Лернера, В. Сластьоніна [25; 85; 130; 174; 266].

Для нашого дослідження суттєвим є визначення педагогічної технології як упорядкованої сукупності дій, процедур й операцій, що інструментально забезпечують отримання діагностованого і прогнозованого результату в умовах освітнього процесу [266]. Педагогічна технологія, як вважає І. Лернер, передбачає формулювання цілей через результати навчання, виражені в діях учнів, надійно усвідомлюваних і визначуваних [174, с. 138].

Узагальнення позицій науковців дало змогу вичленувати положення, які, на наш погляд, розкривають специфіку педагогічної технології і є важливими для нашого дослідження.

Педагогічна технологія – це послідовне та планомірне практичне втілення педагогічного процесу; це педагогічна система, у якій цілеспрямоване використання комплексно чи окремо способів навчання підвищує ефективність освітнього процесу. В ній здійснюється навчальний процес, що конструюється від заданих початкових установок (цілі та зміст навчання) і гарантує досягнення поставлених цілей. Цілі формулюються через результати навчання, виражені в діях суб'єктів навчання. Постійно проводиться оцінювання поточних результатів, оперативний зворотний зв'язок, корекція навчання, обов'язкове завершальне оцінювання отриманого результату. Реалізація педагогічних технологій базується на принципах, що є найбільш загальними правилами їх здійснення і слугують методологічною основою досягнення визначених результатів.

Наразі теорія соціально-педагогічної технології проходить етап свого становлення, тому поки що не існує єдиного визначення. Ці технології стали предметом дослідження Т. Алексєєнко, М. Галагузової, Н. Заверико, В. Лютого, Л. Мардахаєва, В. Нікітіна, С. Харченко, Є. Холостової та ін. [9; 82; 83; 180; 192; 208; 313; 314].

Аналіз і систематизація різних підходів до розуміння сутності соціально-педагогічної технології дає нам змогу стверджувати про два основні:

– перший, що спирається на розуміння технології як науки про майстерність, мистецтво практичної діяльності, досягнення прогнозованої

соціально-педагогічної мети, трактує її як *сукупність знань* про найбільш оптимальні методи, засоби і прийоми для вирішення соціально-педагогічних проблем;

– другий підхід спирається на розуміння технології як практики алгоритмічного застосування оптимальних способів вирішення соціально-педагогічних проблем, трактує її як *спосіб здійснення* соціально-педагогічної діяльності.

До речі зазначимо, що в короткому словнику іншомовних слів „технологія” – слово, яке запозичено соціальними та гуманітарними науками із промисловості й визначається як 1) сукупність знань про способи й засоби проведення промислових процесів, а також 2) самі процеси, за яких відбувається якісна зміна оброблюваного процесу [267].

Соціально-педагогічні технології, як вважають науковці, – це механізм забезпечення мотиваційної, інформаційної й операційної культури людини; інструмент, що стимулює вільний індивідуальний вибір на рівні сучасної культури, за якого змінюється поведінка суб’єктів виховання у процесі освоєння нової цінності або покращення свого стану, спонуки до доброчесності внутрішніми потребами та переконаннями [195].

У дослідженні для визначення сутності технології формування відповідального ставлення до здоров’я ми будемо спиратися на визначення соціально-педагогічної технології як:

– цілеспрямованої, найбільш *оптимальної послідовності* соціально-педагогічної діяльності (впорядкована сукупність дій, операцій і процедур) із реалізації фахівцем (фахівцями) методів (сукупності методів), засобів і прийомів, що забезпечують досягнення прогнозованої мети в роботі з людиною, групою в певних умовах середовища [192, с. 13];

– науково обгрунтованої *системи* та порядку функціонування всіх способів, що використовуються для вирішення певної соціально-виховної проблеми [313, с. 6];

– способи взаємодії соціального педагога/соціального працівника із

клієнтом, що забезпечують його соціалізацію (самовизначення і саморозвиток) у наявних чи спеціально створюваних умовах [84, с. 81];

З огляду на вищевикладене, сформулюємо нашу позицію щодо визначення поняття „соціально-педагогічна технологія формування відповідального ставлення до здоров'я” як оптимального способу здійснення даного процесу.

Ми розуміємо, що це *стандартний комплекс методично описаних і послідовно впроваджених дій та процедур, результатом яких є вироблення відповідної позиції в суб'єктів здоров'я.*

Сутність цих технологій є алгоритмована діяльність зі створення і використання умов, які забезпечують задоволення актуальних потреб, мобілізацію і розвиток ресурсів індивідуума і, таким чином впливають на його вільний індивідуальний особистий вибір щодо здоров'я, що спричиняє якісні зміни в компонентах ставлення до здоров'я.

Характерною ознакою цих, як і інших соціально-педагогічних технологій є наявність алгоритму: розділення процесу на внутрішньо-пов'язані між собою етапи; координованість та поетапність дій; однозначність виконання процедур. Технології забезпечують досягнення результату, що прогнозується та діагностується за дотриманням необхідних умов і реалізацією відповідних принципів.

Специфічними рисами цих, як і інших соціально-педагогічних технологій є: *концептуальність* (спирання на наукову концепцію); *системність*, тобто володіння всіма ознаками системи: логікою процесу, взаємозв'язком усіх його частин, цілісністю; *корегованість діяльності*, тобто можливість постійного оперативного зворотного зв'язку в процесі його здійснення *мультидисциплінарність*, адже під час їх розробки використовуються теорії, методи, розроблені різними науками, їх реалізацію здійснюють спільно спеціалісти з різних сфер; *складність*, яка полягає в стандартизації та визначенні ефективності впливу [313, с.10]; *ієрархічність* – соціально-педагогічні технології передбачають використання в ролі методів технології нижчого порядку [166].

Акцентуємо увагу на останній характеристиці. Ми поділяємо позицію І. Липського, котрий вважає, що в технологічному циклі здійснення процесу кожна технологія, що входить до цього циклу, стає і технологією, і операцією (методом), є етап у межах технологічного циклу, має достатньо автономну інструментальну конструкцію зі своїми вимогами, потенціалом, обмеженнями, умовами та правилами [166, с. 38].

Згідно з класифікацією Ю. Сурміна, Н. Туленкова [289] технології формування відповідального ставлення до здоров'я є комплексними (відображають явище у всіх його проявах); інноваційними (є нововведеннями); навчальними й інформаційними (орієнтованими на отримання, передачу інформації, здійснення процесу навчання); формуючими (направлені на формування означеного процесу); стратегічно-тактичними (орієнтовані на досягнення близьких цілей у конкретних умовах для вирішення стратегічної мети).

Структура соціально-педагогічної технології формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості містить декілька обов'язкових компонентів: мета, очікуваний результат, завдання, алгоритм (послідовність дій), принципи, необхідні й достатні соціально-педагогічні умови.

Стисло розкриємо компоненти структури цієї технології.

Мета – це опис того позитивного кінцевого результату, який очікується отримати після реалізації технології, бажаний стан об'єкта, на досягнення якого спрямовується діяльність.

Результат технологій ми описуємо через критерії та показники відповідального ставлення до здоров'я в особистості.

Завдання – дії, які належить здійснити для досягнення мети, конкретні й вимірювані можливі зміни ситуації, яка описувалася під час постановки проблеми. У них містяться кількісні дані про ступінь корисності технології. Конкретність і досяжність результату реалізації – головні вимоги до формулювання завдань.

Саме алгоритм як система послідовних дій; певний стандарт діяльності з реалізації визначених процедур є найбільш характерною ознакою технології.

Процедури є окремими складовими елементами діяльності, завершені й відносно незалежні один від одного (етап, операція, вид діяльності тощо). Процедури, поетапність їх виконання визначаються завданнями технології і спрямовані на їх досягнення. Кожен етап передбачає вміст декількох методів. Метод – спосіб здійснення діяльності, спрямованої на досягнення конкретних завдань у своєму етапі. Метод може бути окремою технологією.

Соціально-педагогічна технологія формування відповідального ставлення до здоров'я як структурована і впорядкована діяльність базується на певних принципах.

Щодо принципів технології, то вважаємо за потрібне відзначити глибоке дослідження їх у роботі Ю. Сурміна, Н. Туленкова „Теорія соціальних технологій” [286]. У цій праці *принципи* соціальних технологій, як найбільш загальні *правила їх здійснення*, автори розподіляють на дві групи. Перша група – принципи побудови соціальних технологій. До них автори зараховують принципи ефективності й оптимальності, системності, цілепокладання, синергізму, гуманізму, проблемності, надійності, інноваційності, обґрунтованого використання соціального досвіду, межі й кардинальності, саморозвитку. Друга група – принципи різних етапів соціальних технологій, а саме: проектування, конструювання, перевірки і впровадження, функціонування [289, с. 41 – 47].

Ми повністю поділяємо думку цих дослідників щодо важливості принципів технологій. І у зв'язку з тим, що під час розробки авторських технологій вони склали їх методологічну основу, наводимо в *додатку Г* роз'яснення принципів побудови соціальних технологій, подане авторами в зазначеній вище роботі.

У впровадженні й здійсненні соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді ми виокремлюємо такі загальні принципи: *добровільності*, „*навчаючи – вчуся*”, *суб'єкт- суб'єктного спілкування*.

Принцип добровільності передбачає вільний вибір учасниками (як спеціалістами, так і звичайними молодими людьми) своєї участі в навчанні та

проведенні подальшої просвітницької роботи у сфері сприяння здоров'ю. Рушійною силою навчання має виступати власний мотив, що визначає зацікавленість людини в навчальній діяльності. Відкриває мотив розуміння людиною важливості, потрібності отримання нових знань, формування нових навичок та власної ролі в цьому процесі.

Принцип „навчаючи – вчуся” передбачає створення умов для того, щоб учасники не тільки отримали потрібну інформацію, а й мали змогу виступити у ролі навчаючого, що підвищує ступінь засвоєння і усвідомлення знань. „Скажіть мені, і я забуду. Покажіть, і я запам'ятаю. Дайте можливість обговорити, і я зрозумію. Дайте можливість навчити іншого, і я прийду до досконалості [194, с.50] ”.

Принцип суб'єкт-суб'єктного спілкування полягає в тому, що в освітньому процесі та міжособистісному спілкуванні постійно враховуються інтереси, почуття всіх його суб'єктів, що передбачає визнання цінності особистості іншої людини, її думок, досвіду.

Принципи реалізації є тією основою, тими „несучими опорами”, на яких тримається технологія як соціально-педагогічна система.

Щодо *умов* зауважимо, що вибір і застосування соціально-педагогічної технології залежить від створення необхідних і достатніх умов, і сама технологія допомагає створенню нових сприятливих умов.

Особливе місце в технологічному забезпеченні соціально-педагогічного процесу формування відповідального ставлення займає перевірка ефективності розроблених технологій.

Ефективність соціальних технологій визначається науковцями як кінцевий соціальний *результат*, отриманий при найменших витратах в оптимальні терміни. Ефективність показує співвідношення між результатами, отриманими при використанні технології і витратами на її розробку та впровадження [115].

Використовують дві лінії аналізу ефективності порівняння мети і завдань із результатом та зіставлення ресурсів з отриманим ефектом [289, с. 36].

У своєму дослідженні для оцінювання ефективності технологій ми

порівнювали отримані результати з метою і завданнями. І критерієм результативності соціально-педагогічної технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді нам слугували визначені показники відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Визначення інших критеріїв ефективності базувалося на виділених дослідниками умовах отримання результату за допомогою соціальних технологій. А саме: вони (технології) повинні володіти, по-перше, певними властивостями: привабливістю мети; простотою її обґрунтування; гнучкістю впровадження процедур й операцій; надійністю теоретичного і методичного забезпечення; професійною грамотністю і практичним досвідом; несуперечністю між процедурами й операціями конкретної технології, рівнем якості їх відтворення. По-друге, повинні бути вираженими ознаки технологізації: розмежування, розділення, розчленовування соціального процесу на пов'язані між собою етапи, фази; координація і поетапність дій, однозначність виконання операцій і процедур, можливість багатократного застосування відпрацьованих стандартних алгоритмів діяльності [115, с. 343].

Згідно з цим потребували доповнення визначені нами *критерії процесу*, які представлені у параграфі 1.4. Ми ввели ще один – готовність спеціалістів до реалізації технологій. Однак, цей критерій потребував розкриття його через певні *показники*, а саме рівень знань про основні положення концепції сприяння покращенню здоров'я, умови та принципи формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, розуміння сутності та дотримання алгоритму запропонованих технологій, активність у підвищенні рівня професійної компетентності.

Отже, соціально-педагогічні технології створюють можливість фахівцям здійснювати процес формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді цілеспрямованіше з визначеними концептуальними основами, принципами, змістом діяльності, за певним алгоритмом, високою вірогідністю досягнення кінцевого результату.

2.2. „Рівний – рівному” та „Здоров’я через освіту” як соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівській молоді

У контексті нашого дослідження передусім зазначимо, що „рівний – рівному” – це стратегія втручання на суспільному рівні, що підтримує і супроводжує інші програми сприяння покращенню здоров’я.

На міжнародних творчих майстернях із програми „Рівний навчає рівного” (UNICEF у співпраці з UNAIDS (1999 – 2000 рр., Латвія)) відзначалося, що позитивний результат навчання „рівних – рівними” полягає в загальних значних результатах, які засвідчують, що сумісно з формальною традиційною освітою й іншими підходами ця стратегія є засобом передачі інформації для зацікавлення людей їх власним здоров’ям та розвитком і найбільш ефективно сприяє позитивним змінам на благо громадського здоров’я [198; 213; 340].

Переваги навчання „рівних – рівними”, а саме: перманентність інформаційного впливу; рівність соціальних позицій; відповідність культурним особливостям; високий ступінь довіри; економічність („фахівці з навчання однолітків однолітками надають велику кількість послуг за невелику плату і роблять це дуже ефективно [198, с. 7]”) – роблять його все популярнішим. Це засвідчує і те, що в Міжвідомчій групі ООН із розвитку і захисту здоров’я молоді створено Підкомітет з навчання „рівних – рівними”.

Українські науковці не залишили поза увагою цей метод. У роботах Н. Заверико, І. Зверєвої, Г. Лактіонової, О. Пилипенко, В. Оржеховської [80; 144; 236; 277] та інших розкривається його соціально-педагогічна сутність.

Зазначимо, що в науковій літературі спеціалістами з проблем здоров’я для позначення суті стратегії „рівний – рівному” вживається термін *метод „рівний – рівному”, принцип „рівний – рівному”, методика „рівний – рівному”*. Останнім часом науковці використовують і поняття *технологія „Рівний – рівному”*.

Наша позиція у трактуванні навчання „рівних – рівними” як технології базується на тому, що досягнення значних результатів при його використанні

відбувається саме завдяки послідовності виконання визначених процедур.

Для розкриття сутності соціально-педагогічної технології „Рівний – рівному” формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді, насамперед, слід окреслити поняття „рівний – рівному” та „метод „рівний – рівному””.

Поняття „рівний – рівному”, що розкриває неформальний шлях поширення інформації та передачі досвіду в суспільстві, супроводжує історичний розвиток людства, мабуть, із моменту його виникнення. У повсякденному житті ми більше довіряємо тій інформації, яку отримуємо від ровесника або від „рівного” з нами за якоюсь ознакою (вік, соціальний рівень, цінності, проблеми, професія, хобі, інтереси тощо). Отже, суть поняття „рівний – рівному” – це поширення інформації в соціальній групі людей, рівних за якоюсь певною ознакою.

Однак до середини ХІХ ст. цей спосіб надання інформації та передачі знань не розглядався як метод, який можна використовувати в формальній освітній діяльності. Офіційно використання цього способу як методу навчання задокументовано в Англії в 1840 році (дорослих викладачів не вистачало, тому навчання на фабриці серед підлітків і дітей проводили підготовлені однолітки) [213].

У 50-х роках ХХ ст. країни Західної Європи (Шотландія, Англія) й Америки в пошуках ефективних способів, які б відповідали змінам, що відбувалися у світі, знову звернулися до методу навчання „рівний – рівному” (анг. *peer education*). Переваги такого способу поширення інформації, а саме залучення учасників освітнього процесу до надання знань, ідентичність механізмів соціальної перцепції у тих, хто навчає та кого навчають; значимість інформації, яку надають рівні для особистості [198, с.11], спеціалісти стали широко використовувати в освітній діяльності.

Таким чином, „метод „рівний – рівному”” – спосіб використання спеціалістами наявного в соціальній групі людей рівних процесу обміну та поширення інформації для внесення в їх середовище соціально-значимої інформації.

Зазначені переваги застосування цього методу сприяли тому, що науковці та практики соціальної сфери стали трактувати його не тільки як метод навчання, а як метод (причому один із найефективніших) соціально-педагогічної діяльності.

З огляду на вищевикладене, сформулюємо визначення поняття „метод „рівний – рівному””. *Ми розуміємо, що це – спосіб соціально-педагогічної діяльності для надання та поширення достовірної, соціально значущої інформації в середовищі людей, рівних за якоюсь певною ознакою, для позитивного самовдосконалення особистості, громади й суспільства під час неформального або особливим способом організованого спілкування.*

У контексті дослідження ми трактуємо метод „рівний – рівному” як спосіб соціально-педагогічної діяльності, що ціленаправлено використовується фахівцями для надання можливостей людям робити більш усвідомлений вибір стосовно здоров’я.

Слід зазначити, що нині у світі використовується багато різновидів методу „рівний – рівному”. Однак суть даного методу залишається незмінною: не професійні викладачі, а спеціально підготовлені люди навчають, мотивують рівних собі [336, с. 4].

Для класифікації різновидів методу „рівний – рівному” використовують різні критерії, серед них: мета використання методу; рівень профілактики, на якому використовується метод; ознака рівності, покладена в основу використання методу.

Зупинимося на класифікації методу за ознакою рівності. Згідно з такою ознакою рівності, як *вік*, метод „рівний – рівному” трактується як спосіб „навчання ровесників – ровесниками, однолітків однолітками, молодими людьми молодих людей”. Відповідно, у соціально-педагогічній літературі утвердилося сприйняття методу „рівний – рівному” переважно як способу передачі соціально значущої інформації спеціально підготовленими молодими людьми рівним собі особам за віком. Використовується такий метод, як правило, на першому рівні профілактики.

Згідно з іншими, ніж вік, ознаками рівності, метод „рівний – рівному” трактується як спосіб „навчання рівних – рівними” (з англ. *peer* – рівний), тобто йдеться про надання інформації в середовищі людей „рівних” між собою за такими ознаками, як цінності, проблеми, професія, соціальний рівень, хобі, інтереси тощо. Найчастіше в практиці соціально-педагогічної роботи цей метод використовується на другому та третьому рівнях профілактики (рівність за проблемою).

У нашому дослідженні ми трактуємо метод „рівний – рівному” саме як спосіб навчання „ровесників – ровесниками”, „молодими людьми молодих людей” у контексті проведення просвітницької роботи щодо сприяння покращенню здоров’я.

В Україні метод „рівний – рівному” спеціалісти соціальної сфери почали впроваджувати наприкінці ХХ ст. Уперше цей метод як спосіб просвітницької діяльності апробовано в межах пілотного проекту Українського офісу Дитячого Християнського Фонду (координатором проекту на Дніпропетровщині була автор дисертації). У додатку Д представлено результати й етапи здійснення даного проекту.

Використання цього методу в профілактичній діяльності на всій території нашої держави забезпечила Програма Міністерства освіти і науки України /ПРООН/ЮНЕЙДС „Сприяння просвітницькій роботі „Рівний – рівному” серед молоді України щодо здорового способу життя”[144].

Зазначимо, що під час підготовки та її реалізації використовувався отриманий в попередньому проекті досвід із упровадження методу. На його основі розроблялася методика „рівний – рівному” (автор дисертації була одним із авторів навчальних посібників цієї програми). У додатку Е представлено послідовність дій із реалізації цієї програми.

Нині метод „рівний – рівному”, широко використовується педагогами й соціальними працівниками, громадськими, державними організаціями в діяльності з навчання здоров’ю. Практики соціальної сфери відзначають позитивні результати його впровадження в просвітницьку діяльність.

Це, зокрема:

- внесення в молодіжне середовище достовірної, якісної, соціально значущої інформації щодо сприяння здоров'ю та її поширення під час формального та неформального спілкування молодих людей;
- розширення діапазону просвітницької роботи у сфері сприяння здоров'ю;
- залучення учнівської молоді до просвітницької діяльності (нагадаємо, що це один із основних принципів процесу формування відповідального ставлення до здоров'я);
- особистий розвиток молодих людей, які беруть участь в просвітницькій діяльності. Звернемо увагу на те, що „*edu*” в англійському варіанті слова (*education*) означає „рости”, „зростати”.

Соціально-педагогічна діяльність із формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості за методом „рівний – рівному” – процес, що надбудовується на основі вже наявного обміну інформацією в середовищі молодих людей і спрямований на забезпечення якісних змін у ставленні особистості до здоров'я, включає в себе певні етапи роботи з підготовки їх як „непрофесійних викладачів” для ефективного спілкування з рівними та подальшому супроводу [198].

Ключовими фігурами в цьому процесі виступають педагог-тренер та інструктор.

Інструктор – це молода людина, яка є носієм знань і цінностей здоров'я, навичок способу життя для досягнення благополуччя, привабливих для ровесників, таких, що вони бажають наслідувати; це спеціально підготовлені „непрофесійні викладачі”, які навчають і мотивують своїх однолітків.

Педагог-тренер – це фахівець (учитель, психолог, соціальний працівник, соціальний педагог, лікар), який створює умови для ведення просвітницької роботи інструкторами.

У процесі планування й організації діяльності за методом „рівний – рівному” визначаються мета, завдання, очікуваний кінцевий результат,

послідовність процедур (етапів), способи, засоби та прийоми виконання завдань, досягнення мети.

Ця технологія спирається на особливості розвитку особистості учнівської молоді (значимість референтної групи), дає змогу не повчати молодих людей (пряма дидактика формування уявлень про стиль здорового життя не дає результатів), а надавати достовірну інформацію, враховуючи вікові мотивації збереження та розвитку здоров'я.

Подамо розроблену соціально-педагогічну технологію „Рівний – рівному” через її структурні компоненти, зупинившись на завданнях й алгоритмі, оскільки в попередніх параграфах ми приділили увагу меті, результатам, умовам процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, принципам реалізації соціально-педагогічних технологій.

Попередньо зауважимо, що завдання технології представлені в дисертаційному дослідженні згідно з вимогами до їх формулювання.

Завдання соціально-педагогічної технології „Рівний – рівному”: проаналізувати ситуацію щодо можливостей упровадження технології; провести навчання спеціалістів із теоретико-методичних засад формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості, підготувати учасників до впровадження та реалізації технології; провести освітні тренінги з учнівською молоддю; провести навчання з підготовки учнів до проведення просвітницької роботи серед однолітків; надати організаційну та методичну допомогу діяльності підготовлених інструкторів; оцінити здійснення технології.

В алгоритмі означеної технології ми виокремлюємо такі *етапи* як: оцінювання ресурсів та можливостей використання технології; підготовка спеціалістів (педагогів-тренерів) до організації та роботи за технологією; робота підготовлених спеціалістів із групами учнівської молоді; підготовка інструкторів із числа учнів до просвітницької діяльності в середовищі ровесників із числа тих, хто пройшов навчання і виявив бажання працювати з однолітками; організаційний та методичний супровід дорослими спеціалістами проведення занять інструкторами; діяльність щодо мотивації та підтримки роботи інструкторів; моніторинг та корекція діяльності спеціалістів й інструкторів відповідно до результатів моніторингу; оцінювання

результативності впровадження та реалізації технології.

Розкриємо сутність алгоритму технології „Рівний – рівному” через представлення основних видів діяльності, способів їх реалізації та результатів на кожному із етапів (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Алгоритм технології „Рівний –рівному”

<i>Етап технології</i>	<i>Діяльність</i>	<i>Спосіб реалізації діяльності (метод)</i>	<i>Результат</i>
Оцінювання ресурсів та можливостей використання технології	Інформування про технологію. Аналіз ресурсів. Прийняття рішення адміністрацією школи про впровадження технології.	Презентаційний семінар. Анкетування. Круглий стіл.	Дорослі (адміністрація, спеціалісти, батьки) підготовлені до розуміння технології „Рівний –рівному”, визначені спеціалісти, які пройдуть навчання по технології.
Підготовка спеціалістів (педагогів-тренерів) до організації та роботи за технологією	Ознайомлення учасників із концептуальними засадами формування відповідального ставлення до здоров'я, формування практичних навичок у учасників із проведення освітнього тренінгу; реалізації технології.	Освітній тренінг. Вхідне, вихідне анкетування	Спеціалісти набули необхідні знання та відпрацювали навички проведення тренінгу, реалізації технології.
Робота підготовлених спеціалістів із групами учнівської молоді	Інформування учнівської молоді про можливість взяти участь у навчанні здоров'ю. Визначення рівня відповідального ставлення до здоров'я в учасників тренінгу. Проведення тренінгу.	Презентаційний тренінг. Освітній тренінг. Вхідне, вихідне анкетування	Учнівська молодь забезпечена науковою інформацією щодо сприяння здоров'ю; набула досвід виконання дій, що забезпечують благополуччя.
Підготовка інструкторів із числа учнів	Інформування учнівської молоді, яка була учасником тренінгу, про можливість участі в просвітницькій діяльності. Проведення тренінгу для інструкторів.	Освітній тренінг. Консультації.	Інструктори відпрацювали навички спілкування, роботи в команді, навички, які необхідні для проведення тренінгового заняття.

Продовження таблиці 2.2

Супровід роботи інструкторів	Підготовка інструкторів до першої зустрічі з ровесниками. Надання методичних консультацій перед заняттями. Проведення інструкторами занять з ровесниками. Обговорення проведеного заняття.	Консультації Супервізія.	Забезпечено організаційні та методичні умови діяльності інструкторів. Інструкторами проведено тренінгові заняття для ровесників.
Діяльність щодо мотивації та підтримки роботи інструкторів	Інформування адміністрації навчального закладу, батьків про роботу інструкторів. Проведення вечорів відпочинку для інструкторів. Створення традицій роботи інструкторів.	Особисті зустрічі, листи подяки. Виготовлення футболок. Вечори відпочинку.	Створено сприятливі умови для роботи інструкторів.
Моніторинг діяльності педагогів-тренерів та інструкторів	Надання методичної та інформаційної допомоги.	Спостереження. Підтримуючі тренінги. Проведення консультацій.	Визначено досягнення, труднощі впровадження та шляхи їх вирішення., спеціалісти та інструктори отримали методичну допомогу.
Оцінювання результативності технології	Проведення аналізу отриманих даних, визначення рівня відповідального ставлення до здоров'я.	Опитування, аналіз даних.	Сформованість позиції учнівської молоді щодо здоров'я. Визначено результати технології, шляхи подальшої діяльності.

Соціально-педагогічна технологія „Рівний – рівному” має переваги порівняно з іншими технологіями, а саме

- враховує безперервність інформаційного обміну в молодіжному середовищі (молоді люди постійно перебувають у колі своїх ровесників, а професіонали – тимчасово (навчають));

- спирається на особливості розвитку особистості учнівської молоді (молоді люди розуміють одне одного, використовуючи невербальні та вербальні засоби спілкування, дорослий має вивчити молодіжний „сленг”; молоді люди

знають цінності та вимоги своєї соціальної групи, дорослий має ознайомитися з ними);

- дає змогу надавати достовірну інформацію, враховуючи вікову мотивацію стосовно збереження власного здоров'я (молоді люди розуміють, що означає бути молодим, а дорослі „намагаються зрозуміти”, пригадуючи себе в такому віці; молоді люди мають високий рівень довіри одне до одного, а дорослі мають створити умови для довіри);

- найбільш повно забезпечує реалізацію принципу технології „навчаючи – вчуся” та принципу сприяння покращенню здоров'я – участі.

Однак, слід зауважити, що при реалізації даної технології необхідно пам'ятати про певні складнощі. Насамперед, це: недостатність досвіду, інформації та можлива зміна інформації учнівською молоддю до невпізнанності. Тому так важливо дозувати і відбирати інформацію, яку планується подати в середовище молоді за даною технологією; проводити підтримуючі тренінги для інструкторів.

У розробленій нами соціально-педагогічній технології „Рівний – рівному” як один із основних методів виступає тренінг.

Наразі зауважимо, що розрізняють тренінги: комунікативні, особистісного росту, соціально-психологічні, соціально-просвітницькі, освітні тощо, оскільки в основі класифікації тренінгів різноманітність цілей, що досягаються тренінговою роботою.

Провідним методом навчання ми обрали освітній тренінг. Узагальнено мету обраного нами тренінгу можна сформулювати як отримання інформації, створення нових знань, формування життєвих навичок. Зробимо, заувагу, що слово „освіта” охоплює такі семантичні поля: а) процес створення, породження чогось нового, б) формування чого-небудь згідно із заданим зразком [328]. Отже, *освітній тренінг* визначається нами як *оптимальний спосіб створення суб'єктам освітнього процесу можливостей для надання й отримання соціально-значимої інформації, поповнення та поновлення знань, формування відповідальних ставлень, умінь і навичок для досягнення благополуччя,*

ефективного особистого саморозвитку, що забезпечується шляхом послідовної реалізації упорядкованих, взаємопов'язаних дій, які базуються на принципах, у спеціально створюваних умовах.

Специфічними рисами освітнього тренінгу [116; 118; 235; 241; 293] є:

- освітня спрямованість; переважання змістового плану в роботі тренінгової групи над особистим. Змістовий план відповідає основній меті тренінгу (когнітивні структури, ціннісні орієнтації, установки, уміння).

- націленість на отримання динамічних знань, тобто знань під час отримання й засвоєння яких, учасники відіграють вирішальну роль. Набуття такого знання приносить задоволення і породжує бажання передати його іншим. Учасники мотивовані на отримання знань, тому що вони їм потрібні, ними визначені, у них вбачають вони сприятливий вплив на якість життя, досягнення благополуччя; об'єктивація суб'єктивних думок, знань учасників групи стосовно отримуваних знань, вербалізована рефлексія;

- комплексне використання активних й інтерактивних методів;

- дотримання принципів групової роботи; наявність більш-менш постійної групи (переважно 15 – 20 осіб), що періодично збираються на зустрічі чи працюють безперервно протягом двох – шести днів; певна просторова організація (найчастіше робота в зручному ізольованому приміщенні, де учасники переважну частину часу сидять у колі).

У процесі дослідження ми базувалися на розумінні того, що соціально-педагогічні технології передбачають використання в ролі методів технології нижчого порядку. Спеціально розроблений освітній тренінг, який використовувався під час реалізації технології „Рівний–рівному”, може бути окремою соціально-педагогічною технологією формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді при дотриманні визначених нами соціально-педагогічних умов технологічного забезпечення означеного процесу.

В алгоритмі соціально-педагогічної технології „Здоров'я через освіту” виокремлено такі *етапи* як: оцінювання ресурсів та можливостей використання технології; підготовка спеціалістів до проведення освітнього тренінгу,

організації роботи за технологією; робота підготовлених спеціалістів із групами учнівської молоді з проведення навчання за програмою освітнього тренінгу; розробка і реалізація проектів учнівською молоддю; оцінка результативності впровадження та реалізації технології.

Розкриємо алгоритм технології „Здоров’я через освіту” через представлення основних видів діяльності, способів їх реалізації та результатів на кожному із етапів (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Алгоритм технології „Здоров’я через освіту”

<i>Етап технології</i>	<i>Діяльність</i>	<i>Спосіб реалізації діяльності (метод)</i>	<i>Результат</i>
Оцінювання ресурсів, можливостей використання технології	Аналіз ресурсів. Прийняття рішення адміністрацією школи про впровадження технології.	Презентаційний семінар. Анкетування.	Визначені спеціалісти, які пройдуть навчання по технології.
Підготовка педагогів-тренерів до організації і роботи за технологією	Ознайомлення учасників із концептуальними засадами формування відповідального ставлення до здоров’я. Надання знань та формування практичних навичок у учасників із проведення освітнього тренінгу; реалізації технології.	Освітній тренінг. Вхідне, вихідне анкетування.	Спеціалісти набули необхідні знання та відпрацювали навички проведення тренінгу, реалізації технології.
Робота підготовлених спеціалістів із групами учнівської молоді	Пропозиція учнівській молоді прийняти участь в заняттях. Оцінювання рівня відповідального ставлення до здоров’я в учасників тренінгу.	Презентаційний тренінг. Вхідне, вихідне анкетування.	Сформовано тренінгові групи.
Проведення тренінгу для учнівської молоді	Надання знань та формування навичок, необхідних для досягнення благополуччя.	Освітній тренінг.	Учнівська молодь забезпечена достовірною науковою інформацією щодо сприяння здоров’ю. Напрацьовані життєві навички.

Продовження таблиці 2.3

Проведення тренінгу для учнівської молоді	Надання знань та формування навичок, необхідних для досягнення благополуччя .	Освітній тренінг.	Учнівська молодь забезпечена достовірною науковою інформацією щодо сприяння здоров'ю. Напрацьовані життєві навички.
Розробка і реалізація проектів учнівською молоддю	Здійснення діяльності учнівською молоддю по покращенню громадського здоров'я	Розробка й реалізація проектів.	Учнівська молодь набула досвід виконання дій, що забезпечують громадське благополуччя.
Оцінювання технології	Проведення аналізу отриманих даних.	Опитування, аналіз даних.	Сформованість позиції учнівської молоді щодо здоров'я. Визначено досягнення, труднощі впровадження та шляхи їх вирішення.

У процесі дослідження виникла потреба у обґрунтуванні освітнього тренінгу як технології. До цього спонукало нас оцінювання результативності проведеної нами роботи. Ми звернули увагу на те, що фахівці часто говорять „використовуємо елементи тренінгу”. Як відомо, технології не можуть застосовуватися окремими елементами, це цілісний процес.

Для розкриття тези про тренінг як технологію звернемо увагу на те, що тренінг – це запланований процес. Представлення тренінгу як запланованого процесу навчання найповніше, на наш погляд, відображає схема педагогічної взаємодії, запропонована директором Міждисциплінарного центру дидактики вищої школи Білефельдського університету В.-Д. Вебер[194; 214] (додаток Ж).

Нагадаємо, що процес діяльності назву „технологія” отримує тільки тоді, коли його було спрогнозовано, визначено кінцеві властивості продукту й засоби його отримання, цілеспрямовано сформовано умови для реалізації та йому (процесу) надано хід, а отримуваний результат максимально відповідає очікуваному зразку, що можна діагностувати.

Тренінг – це процес, результати котрого прогнозуються, направлений на досягнення визначеної мети, завдань, у якому визначені суб'єкти (педагог, цільова група), способи (зміст, методи), ресурси (рамкові умови). Його

проведення потребує дотримання певної послідовності (алгоритму).

У процесі дослідження ми розрізняли поняття „тренінг” (тренінговий курс) і „тренінгові заняття”. Тривалість тренінгу 24 – 72 год. Наприклад, 6 – 8 годин в день, тривалістю в один тиждень (30 – 40 годинний тренінг). Тренінгові заняття тривають до трьох годин, проводяться не рідше одного разу на тиждень і складаються в тренінговий курс [219].

За результатами дослідження Дугласа Кербі, результативність тренінгу, може бути досягнута за умови, якщо він триває не менше 14 занять, проводиться в невеликих групах (до 20 осіб) [105, с.78].

Розкриємо алгоритм технології освітнього тренінгу через представлення основних видів діяльності, способів їх реалізації та результатів на кожному із етапів (табл. 2.4).

Варто зробити заувагу, що проведення й тренінгових занять здійснювалося за даним алгоритмом.

Таблиця 2.4

Алгоритм технології освітнього тренінгу

<i>Етап технології</i>	<i>Діяльність</i>	<i>Спосіб реалізації діяльності</i>	<i>Результат</i>
Вступна частина тренінгу			
Вступ	Відкриття тренінгу, представлення тренерів учасникам (якщо це перше заняття), повідомлення про мету і зміст тренінгу.	Інформаційне повідомлення тренера.	Ознайомлено учасників з тематикою тренінгу.
Рефлексія	Проведення аналізу отриманих на попередньому занятті знань, набутих навичок.	Індивідуальна робота, робота в групах. Обговорення.	Аналіз отриманих інформації, знань, набутих навичок.
Знайомство	Проведення знайомства.	Інтерв'ю, особиста презентація. Обговорення.	Створено атмосферу довіри, сприятливого навчального середовища.

Продовження таблиці 2.4

Прийняття (повторення) правил роботи групи	Прийняття, а надалі – повторення певних норм поведінки, яких мають дотримуватись усі під час тренінгу.	Робота в групах, робота в великому колі. Обговорення.	Учасники налаштовані на активну відповідальну роботу, створення сприятливого навчального середовища,
Очікування	Проведення завдань по визначенню очікувань	Індивідуальна робота, робота в групах. Обговорення.	Визначено очікування учасників від участі в тренінгу.
Основна частина тренінгу			
	Визначення рівня поінформованості та актуалізація проблеми.	Анкетування. Робота по колу. Обговорення.	З'ясовано рівень знань й поінформованості учасників стосовно теми тренінгу
	Надання інформації.	Інформаційні повідомлення, роздаткові матеріали, результати напрацювань учасників у малих групах тощо.	Введення учасників у коло понять та термінів теми тренінгу, стимулювання учасників до індивідуального пошуку інформації, засвоєння знань.
	Надбання навичок	Рольові, ділові ігри, розбір конкретних ситуацій. Обговорення.	Напрацюванні навички стосовно теми тренінгу.
Заключна частина тренінгу			
	Підведення підсумків.	Індивідуальна робота, робота в групах. Обговорення.	Оцінка отриманих результатів роботи на тренінгу.

Про ефективність тренінгу, як і інших технологій, судять за тим, наскільки збігається досягнутий результат (ефект) із визначеними цілями тренінгу.

Для оцінювання тренінгу найчастіше використовують схему Д. Кірпатріка [241], яка дає можливість оцінити *чотири рівні його ефективності* через зміни, що відбуваються з учасниками.

Рівень реакції учасників – наскільки учасникам сподобалося навчання. Оцінювання реакції учасників проводиться через збір думок про тренінг, анкетування.

Рівень надбання, засвоєння знань та вмінь – які зміни відбулися з учасниками за час навчання (які факти, знання, навички, принципи й установки були здобуті й привласнені учасниками). Оцінювання засвоєння навчального матеріалу проводиться тестуванням, вмінь – спостереженням.

Рівень поведінки – як у результаті навчання змінилася поведінка учасників в практичній діяльності (тестування та порівняння результатів до і після (період оцінювання може бути від місяця до півроку)).

Рівень ефекту, результат для організації. який вплив навчання на зміну ставлень особистості, роботи організації (підвищення ефективності) загалом.

Ці зміни можна відстежити пройшовши послідовно етапи оцінювання (кожен наступний етап оцінювання можна здійснити тільки у разі відстежування попереднього). Наприклад, якісне оцінювання змін з учасниками на тренінгу (*рівень засвоєння*), неможливе без виявлення реакції учасників на навчання (*рівень реакції*). Адекватне визначення змін поведінки учасника після навчання неможливе без оцінювання ефективності на перших двох рівнях.

Отже, розроблені соціально-педагогічні технології „Рівний – рівному” та „Здоров’я через освіту” формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді, відповідають основним критеріям технологічності: *системності* (наявність логіки процесу, взаємозв’язку частин, цілісність), *керованості* (можливість діагностики досягнення цілей, планування процесу), *ефективності* (гарантованість досягнення певного результатів за оптимальних затрат), *відтворюваності* (можливості застосування в інших однотипних умовах іншими суб’єктами).

Розробка технологій („Рівний – рівному” та „Здоров’я через освіту”) формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді ґрунтувалась на: а) доцільності застосування навчання „рівний – рівному” (поширення інформації в соціальній групі людей, рівних за якоюсь певною ознакою), що визнано світовою спільнотою одним із найефективніших способів передачі соціально значимої і достовірної інформації з метою забезпечення якісних змін у ставленні до здоров’я;

б) усвідомленні переваг тренінгу, який створює можливості для самостійного вироблення певної позиції учасника шляхом його активної участі у процесі керованої групової взаємодії.

Зазначимо також, що організація системної, послідовної просвітницької роботи за цими технологіями не потребує додаткових організаційних формувань та надзвичайних фінансових витрат. Вона потребує зміни ставлення управлінців до організації процесу й освоєння спеціалістами цієї технології.

Соціально-педагогічні технології „Рівний – рівному” та „Здоров’я через освіту” оптимізують процес формування відпо-відального ставлення до здоров’я в учнівської молоді за рахунок максимально ефективного використання наявних ресурсів і можливостей.

2.3. Змістово-процесуальне забезпечення соціально-педагогічної роботи з впровадження розроблених технологій

Мета нашої експериментальної роботи – теоретично обґрунтувати й експериментально перевірити соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Тому під час організації роботи з упровадження розроблених технологій виходили з того, що потрібно передусім визначити критеріально-діагностичний інструментарій для оцінювання їх впливу на підвищення ефективності процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Важливим для нас було отримати відповіді на два запитання. По перше: „Чи слід було це робити?”, тобто оцінити цінність (необхідність) цих технологій для процесу. Друге запитання: „Що дало результат, а що – ні?”, інакше кажучи як вплинули обґрунтовані нами соціально-педагогічні умови, їх упровадження на результативність соціально-педагогічних технологій формування в учнівської молоді відповідального ставлення до здоров'я.

Для отримання об'єктивної інформації, яка дала б можливість перевірити результативність запропонованих нами технологій, ми розробили та підібрали діагностичний інструментарій. В експериментальному дослідженні використано роботи авторів, присвячені методології та методиці педагогічних досліджень [195; 325].

Як уже зазначалось, у своєму дослідженні ми визначили дві групи критеріїв. Щодо першої групи критеріїв результату (сформованість відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді), то основою емпіричного матеріалу слугували результати опитування за опитувальником „Ставлення до здоров'я” (додаток 3). За його основу ми взяли розроблений Р. Березовською опитувальник для виявлення особливостей ставлення менеджерів до свого здоров'я [26]. Зазначимо, що ми зупинилися на цій методиці тому, що її змістову основу становить концепція ставлень В. М'ясищева. Ураховано в ньому й розроблену С. Дерябо, В. Ясвіним методику вимірювання ставлення до

здоров'я та здорового способу життя (тест „Індекс ставлення до здоров'я”, 1999) [68]). Опитувальник „Ставлення до здоров'я” як і кожен особистий опитувальник належить до формалізованих методик, для яких є характерною стандартизація процедури дослідження, що передбачає уніфікацію інструкції респондентові і певну форму опитувальника .

У нашому модифікованому опитувальнику „Ставлення до здоров'я” ми залишили структуру оригіналу, схему „таблиці–набори”, що містять 5 – 10 пронумерованих тверджень для відповідей на закриті запитання, форму відповідей на закриті запитання у вигляді 7 – бальної шкали вимірювань (тобто респондент повинен оцінити кожне із запропонованих тверджень відповідно до ступеня вираженості якості, закладеної шкалою (наприклад, „важливо – неважливо”, де 1 бал дорівнює відповіді – „абсолютно не важливо”, а 7 балів – „дуже важливо”).

Однак, оскільки мета нашого дослідження інша, інша цільова група, відповідно, цей опитувальник відрізняється від оригіналу:

1) система шкал (або блоків запитань), яка відповідає визначеним нами компонентам відповідального ставлення до здоров'я (когнітивно-пізнавальний; емоційно-оцінний; потребнісно-ціннісний; мотиваційно-вольовий; практично-діяльнісний; рефлексивно-результативний). Зазначимо, що в опитувальнику Р. Березовської закладено когнітивну, емоційну, поведінкову, ціннісно-мотиваційну шкали;

2) частина запитань і тверджень, які сформульовані нами на основі концепції сприяння покращенню здоров'я.

Ця методика дає змогу визначити силу прояву (інтенсивність) ставлення до здоров'я, що показує, у яких формах і в якому ступені виявляється це ставлення, домінантність ставлення до здоров'я. У додатку II представлено розподіл запитань опитувальника „Ставлення до здоров'я” за шкалами.

Когнітивно-пізнавальна шкала опитувальника характеризує знання респондента у сфері здоров'я, розкриває ступінь *усвідомленості*, інформованості про здоров'я як глобальний феномен, обізнаності або компетентності

респондента у сфері здоров'я, знання основних факторів здоров'я, розуміння ролі здоров'я та відповідального ставлення до нього в забезпеченні майбутнього; розуміння предмета відповідальності, важливості розвитку здоров'я не тільки для власного, а й суспільного благополуччя, у забезпеченні свого майбутнього, особистого й громадського.

Емоційно-оцінна шкала розкриває рівень тривожності стосовно здоров'я, *позитивну* емоційну направленість, характер емоційної реакції в ситуаціях складнощів із здоров'ям, при сприйнятті знань щодо збереження і зміцнення здоров'я; відображає переживання та відчуття випробовуваного, пов'язані із станом його здоров'я і почуттям відповідальності, уміння насолоджуватися здоров'ям. Ми залишили цю шкалу так, як вона була запропонована Р. Березовською, оскільки вона використана для визначення емоційного стану, пов'язаного з переживанням стану здоров'я. Емоційно-оцінна шкала складається із двох закритих запитань, який становить собою модифікований варіант шкали самооцінки, розробленої Ч. Спілбергом і Ю. Ханіним [26]. Ця шкала є загальноприйнятою психологічною методикою визначення рівнів як реактивної, так і особистої тривожності.

Потребнісно-ціннісна шкала розкриває ступінь *домінантності*, тобто значущості здоров'я в індивідуальній ієрархії цінностей, ступінь усвідомлення власних потреб, інтересу до отримання знань із розвитку здоров'я, усвідомлення своїх життєвих цілей і співвіднесення їх з особистими можливостями.

Мотиваційно-вольова шкала – ступінь сформованості мотивації на збереження і покращення здоров'я, прийняття відповідальності, готовність виконувати дії, направлені на зміцнення збереження здоров'я, дотримуватися та пропагувати відповідні норми й вимоги, здатність людини до мотивації дій, їх *керованість*, сформованість основних вольових якостей, освоєння методик, спрямованих на розвиток вольової сфери особистості.

Практично-діяльнісна шкала характеризує ступінь відповідності дій і вчинків людини вимогам обраного нею самою способу життя, який веде до

благополуччя, наявність життєвих навичок (планування, прийняття рішень, ефективного спілкування, керування своїм емоційним станом) й активність практичних дій, направлених на турботу про здоров'я, їх *успішність*, участь в діяльності щодо громадського здоров'я.

Рефлексивно-результативна шкала характеризує ступінь здатності до прогнозування та оцінювання наслідків поведінки, оцінювання емоційного стану, співвіднесення емоційного переживання з діяльністю щодо здоров'я; *осмислення* й оцінювання ефективності діяльності зі збереження і розвитку здоров'я.

Для редукції чинників негативного впливу на достовірність результатів (соціально бажані відповіді, позиція захисту стосовно тестів), крім опитувальника, ми додатково використовували інші методики.

Використовувалася анкета „Сходинки до здоров'я” (додаток У), тематичні блоки, якої примірно повторюють структуру опитувальника. Це було зроблено спеціально для забезпечення зручності їх спільного використання й інтерпретації даних, а також для підвищення надійності отриманої інформації. Оцінка варіантів тверджень аналізується й інтерпретується разом із результатами кількісної і якісної обробки емпіричних даних шкал опитувальника.

Показники розвитку когнітивно-пізнавального компоненту вивчалися також на прикладі засвоєння найважливіших понять. Показники потребнісно-ціннісного компоненту визначалися за методикою „Цінності” М. Рокича (додаток К). Під час проведення занять учасникам пропонувалося виконати завдання, які вимагали від них оцінювання і оцінних думок. Результати цих вправ ми використовували для визначення показників емоційно-оцінного компонента. Для виявлення показників мотиваційно-вольового компонента пропонувалися завдання, які вимагали прояву вольових зусиль для здійснення діяльності з розвитку здоров'я. Показники практично-діяльнісної складової відповідального ставлення до здоров'я ми визначали, перевіряючи життєві уміння та навички спеціально сконструйованими вправами, що дають змогу

відстежити їх засвоєння („Діяльність із особистого благополуччя”, „Кроки до громадського здоров’я”, „Взаємозв’язок здоров’я – способу життя – відповідального ставлення”). Для визначення показників рефлексивно-результативного компоненту здійснювалися рефлексивні обговорення, проводилися спеціальні вправи.

Зазначимо, що до характеристик динаміки процесу формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді ми зарахували різний ступінь *інформованості, усвідомлення, позитивності, інтенсивності, домінантності, керованості, успішності, осмисленості*. Ступінь прояву показників за визначеними критеріями компонентів, їх співвідношення дозволило описати рівні сформованості відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді. Ми розрізняємо початковий, ситуативний, середній, достатній рівні.

Початковий рівень (0–1 бал) характеризується відсутністю системи знань про здоров’я, усвідомлення взаємозв’язку особистої відповідальності та здоров’я, свідомої мотивації щодо отримання знань про розвиток здоров’я, відсутністю або слабким володінням життєвими навичками.

Ситуативний рівень (2–3 бали) характерна несформованість практичних навичок і стійкої мотивації щодо покращення свого здоров’я за наявності знань, неусвідомленість потреби системної діяльності з розвитку та зміцнення здоров’я. Виражається в суперечності між знаннями, що є в учня про здоров’я, і несформованістю практичних навичок із досягнення благополуччя, відсутністю стійкої мотивації до здоров’ятворчої діяльності. Учень відтворює отриману інформацію, але не проявляє ініціативності щодо її отримання, розуміє цінність здоров’я, але не усвідомлює його соціальної значущості. Виконує окремі прийоми діяльності з розвитку здоров’я, однак у певних умовах легко відмовляється від них до нового емоційного підйому.

Середній рівень (4–5 бала) виявляється в наявності усвідомлення значущості здоров’я як індивідуальної і соціальної цінності, зацікавленості в отриманні нових знань про способи досягнення благополуччя, сформованості певних життєвих навичок. Однак, недостатня розвиненість вольових якостей не

дає змоги здійснювати планомірну діяльність, спрямовану на розвиток здоров'я, оцінювати ефективність діяльності щодо його збереження та розвитку.

Оптимальний рівень (6 –7 балів) характеризується наявністю мотивації на здорову життєдіяльність, розвиненої системи знань і сформованості практичних навичок, усвідомленням особистої відповідальності за здоров'я, активної діяльності, спрямованої на розвиток особистого та громадського здоров'я.

Для виявлення рівня інформованості, усвідомленості знань, позитивності при їх сприйнятті було використано дані опитувальника, анкети, результати завдань, які учасники виконували під час навчання. Кількісна оцінка рівня оволодіння знаннями про здоров'я, фактори та способи зміцнення і розвитку здоров'я, прагнення до оволодіння відповідними знаннями, практичними вміннями й навичками досягнення благополуччя, позитивна реакція під час сприйняття знань щодо збереження та зміцнення здоров'я визначалася так: 6 –7 балів – сформована система знань про здоров'я, які учнівська молодь готова реалізувати у своєму житті, усвідомленість відповідального ставлення до здоров'я в забезпеченні майбутнього; розуміння предмета відповідальності; 4 –5 балів – володіє знаннями, однак допускає окремі неточності у визначенні понять; 2–3 бали – знання безсистемні, сформовані окремі поняття, існують труднощі у визначенні та практичному застосуванні понять; 0 – 1 бал – знання відсутні, відсутність відповіді або хибні відповіді. Середній кількісний показник визначався за формулою середнього арифметичного всіх видів знань.

Визначення сформованості умінь і навичок планування, прийняття рішень, ефективного спілкування, керування своїм емоційним станом, аналізу й оцінювання життєвих ситуацій, рефлексивних умінь відбувалося завдяки розробленим завданням, вирішення ситуацій під час проведення тренінгу, проведення занять з ровесниками, досягненням, які здійснили учасники за час участі в експерименті.

Рівень сформованість умінь оцінювався за кількісними показниками: 6 –7 балів – опанування вміннями на основі глибоких знань, правильність, усвідомленість повного складу дій і операцій, готовність до реалізації

зазначених умінь; 4 – 5 балів – володіння вміннями на основі наявних знань, не в повному обсязі демонстрація всіх складових дій та операцій умінь; 2–3 бали – уміння, сформовані на репродуктивному рівні, наявні труднощі в застосуванні умінь; 0–1 бал – уміння майже несформовані.

Щодо другої групи критеріїв процесу (*рівень інформованості, знань спеціалістів про основні положення концептуальних засад сприяння покращенню здоров'я, розуміння сутності соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді, дотримання алгоритму запропонованих технологій, володіння різними методами здійснення просвітницької діяльності*), то основою емпіричного матеріалу слугували результати анкетування за розробленими нами анкетами.

Анкета № 2 (додаток Л) використовувалася для виявлення рівня інформованості знань педагогів, оцінювання способів, що застосовуються в профілактичній діяльності, їх відповідності сучасній концепції сприяння здоров'ю; анкета № 3 (додаток М) – для виявлення рівня знань педагогів, їх готовності до проведення соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді.

Ці анкети складаються із тверджень, сформульованих на основі аналізу відповідних теоретичних й експериментальних даних. Твердження потрібно було оцінити відповідно до ступеня своєї згоди за шкалою: повністю згоден; згоден; у чомусь згоден; трохи згоден; взагалі не згоден. Для визначення ефективності проведеного навчання спеціалістів з підготовки їх до реалізації технологій ці п'ять рівнів систематизовано таким способом: перший рівень – оптимальний, йому відповідає твердження „повністю згоден”; другий рівень – достатній, йому відповідає твердження „згоден”; третій рівень – середній, йому відповідає твердження „у чомусь згоден”, четвертий рівень – низький, йому відповідає твердження „трохи згоден”. Якщо учасник взагалі не володіє матеріалом із цієї теми, то це початковий рівень, йому відповідає твердження – „взагалі не згоден”.

Використовувалися й інші методи: спостереження під час навчання, аналіз

змін учасників тренінгу до і після кінця навчання (конкретні знання, позитивний настрій, підвищення професійної мотивації відповідно до 4 – рівневого оцінювання тренінгу, яке описано вище), спостереження за підготовленими спеціалістами щодо здійснення ними практичної діяльності під час проведення супервізії.

Дослідно-експериментальну роботу ми проводили впродовж 2003 – 2007 років у межах партнерських проектів Українського Фонду „Благополуччя дітей” (нова назва Християнського Дитячого фонду) та Української асоціації соціальних педагогів і спеціалістів із соціальної роботи „Сприяння здоров’ю матері і дитини”, „Покращення якості соціальних послуг дітям та сім’ям у громаді”, у яких автор працював експертом, менеджером, тренером і безпосередньо брав участь у підготовці та проведенні різних заходів у громадах м. Кривого Рогу Дніпропетровської області, Будьонівського району м. Донецька, Ратнівського району Волинської області, Городенківського району Івано-Франківської області, м. Макіївка Донецької області.

Зауважимо, що ці проекти здійснювалися відповідно до концептуальних засад сприяння покращенню здоров’я. На рівні районів, міст розроблялася політика сприяння здоров’ю, значна увага приділялася підготовці фахівців до здійснення діяльності з сприяння здоров’ю, стимулювався розвиток потенціалу громади через її залучення до прийняття рішень стосовно громадського здоров’я, проводилися структурні змін на користь здоров’я для створення сприятливого середовища, відбувалося поєднання зусиль представників різних установ й організацій у спільній роботі з покращення здоров’я.

Дослідно-експериментальна робота з впровадження розроблених технологій здійснювалась трьома етапами: початковий, основний та завершальний. Для кожного етапу розроблено конкретні завдання, які визначали його зміст.

На *початковому* етапі робота була спрямована на створення соціально-педагогічних умов, що впливають на процес формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді.

Автор дисертації розробив програми навчання управлінців, провів

фасилітацію розробки комплексних районних (міських) програм із питань сприяння громадському здоров'ю.

Реалізація комплексних програм створила сприятливі умови для впровадження та реалізації розроблених соціально-педагогічних технологій, а саме: організація просвітницької роботи серед учнівської молоді як складової системної комплексної діяльності сприяння здоров'ю на рівні школи, району, міста, скоординована партнерська робота педагогів, соціальних працівників із профілактичної діяльності з проблем здоров'я.

Під час розробки алгоритму технологій урахувалися принципи процесу формування відповідального ставлення до здоров'я, розроблялися заходи, що забезпечували наявність у технології п'яти пріоритетних напрямів дій, обов'язковим етапом алгоритму визначалася підготовка соціальних педагогів до реалізації технологій.

Особлива увага приділялася розробці навчальної програми для учнівської молоді (54 год., додаток С) у відповідності з сутнісними характеристиками відповідального ставлення до здоров'я, програми підготовки фахівців (64/40 год., додаток Н) з урахуванням теоретико-методологічних засад формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді, а також програми підготовки інструкторів із числа учнівської молоді (24 год., додаток П).

Основний етап експериментальної роботи полягав у впровадженні технологій „Рівний – рівному”, „Здоров'я через освіту” в навчально-виховний процес загальноосвітніх навчальних закладів, діяльність центрів соціальних служб для дітей, сімей та молоді означених вище районів та міст. Упровадження розроблених технологій проводилось за участі 204 соціальних педагогів і соціальних працівників, психологів, учителів, представників адміністрацій загальноосвітніх навчальних закладів, центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, 920 учнів (із них – 160 підготовлених інструкторів).

Впровадження технологій здійснювалося відповідно до їх *алгоритмів*, і передбачало такі етапи:

Оцінювання ресурсів, можливостей використання технології. У межах даного етапу проведено презентаційні семінари з ознайомлення з розробленими технологіями. У семінарах взяли участь представники всіх соціальних інституцій району чи міста, які причетні до соціально-педагогічної роботи з учнівською молоддю, психологи, педагоги, заступники директорів із виховної роботи загальноосвітніх закладів, представники центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Проаналізовано ресурси, визначено спеціалістів для проходження навчання з організації роботи за цими технологіями. Технології були включені як способи діяльності у загальний процес сприяння покращенню здоров'я на рівні пілотних районів, міст; розроблялися управлінські механізми. Варто зауважити, що семінари з проблем здоров'я були проведені також для батьків учнів загальноосвітніх закладів.

Другий етап – підготовка спеціалістів (педагогів-тренерів) до проведення освітнього тренінгу, реалізації технології.

Зважаючи на те, що готовність фахівців (концептуальна, технологічна, психологічна) до діяльності, спрямованої на формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, є умовою реалізації цього процесу, розкриємо методику її формування.

Підготовка спеціалістів до впровадження та реалізації технологій здійснювалася протягом трьох – п'яти місяців на рівні району чи міста під час шкільних канікул. Уся програма підготовки спеціалістів поділена на два модулі 40 / 24 год.

На цьому етапі впровадження технологій, під час проведення п'ятиденного тренінгу для спеціалістів, вивчалися чотири теми першого модулю, а саме: „Теоретичні засади формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості”, „Тренінг як технологія”, „Зміст і методи навчання здоров'я”, „Соціально-педагогічної технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді ”.

Тема „Теоретичні засади формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості” передбачала ознайомлення учасників із концеп-

туальними положеннями сприяння покращенню здоров'я, соціально-педагогічними умовами формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді; усвідомлення учасниками свого ставлення до здоров'я, соціальної цінності здоров'я; відбувалося вивчення учасниками різних аспектів власної поведінки стосовно здоров'я, усвідомлення, що від кожного з учасників залежить особисте та громадське здоров'я. Зміст теми розкривався через спеціально розроблені вправи: „Для мене бути здоровим означає..”, „Що впливає на здоров'я”, „Відповідальне ставлення – спосіб життя – здоров'я”, „Кроки до благополуччя”, „Концепція сприяння покращенню здоров'я”, „Освіта заради здоров'я”, „Особливості формування відповідального ставлення в учнівської молоді”.

Завданням теми „Тренінг як технологія” було надання знань та формування практичних навичок в учасників із технології проведення освітнього тренінгу. Учасники ознайомилися з принципами, алгоритмом, методами проведення тренінгу. Зміст теми розкривався через спеціально розроблені вправи „Освітній тренінг – це..”, „Шухляда інструментів”, „Методи тренінгу”, „Структура тренінгу”, „Відкриті, закриті запитання як метод тренінгу”, „Яким має бути тренер”.

Тема „Зміст і методи навчання здоров'я” створювала можливості для учасників відпрацювати навички та вміння проведення тренінгових занять. Підготовка і проведення занять здійснювалось за модулем „Сходінки до здоров'я” за супервізорством досвідчених тренерів. Після завершення кожного тренінгового заняття відбувалося його методичне обговорення.

Тема „Соціально-педагогічної технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді” передбачала ознайомлення учасників з сутністю цих технологій, їх алгоритмом. Зміст теми розкривався через спеціально розроблені вправи „Що таке соціально-педагогічна технологія”, „Ключ до професійної майстерності спеціаліста соціально-педагогічної технології формування відповідального ставлення до здоров'я”, „Санквей”, „Мої плани запровадження”, „Інструкція”.

Наразі зазначимо, що в дисертації ми не подаємо опис цих та перерахованих вище занять. Так, як з ними можна ознайомитися в навчально-методичному посібнику „Методика освіти „рівний – рівному“; методичних матеріалах для тренера „Сучасні підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації“, „Сходинок до здоров'я“, котрі розроблені автором дисертації у співавторстві; авторському модулі „Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади”[105; 106; 194; 288].

За результатами цього етапу підготовлено 183 педагоги-тренери.

На третьому етапі алгоритму технологій – підготовлені спеціалісти проводили освітній тренінг із учнівською молоддю на своїх робочих місцях. Програма цього тренінгу (додаток С) передбачала 18 тренінгових занять.

Оскільки формування відповідального ставлення до здоров'я відбувається через наповнення його компонентів (когнітивно-пізнавальний; емоційно-оцінний; потребнісно-ціннісний; мотиваційно-вольовий; практично-діяльнісний; рефлексивно-результативний) – у навчальній програмі тренінгу використано шість блоків. Розділення тем на блоки умовне; теми перетинаються, не мають чітких меж, завдання різних блоків взаємопов'язані.

Програма тренінгу відповідно до структурних компонентів відповідального ставлення до здоров'я потребувала: наявності інформації про здоров'я як цінність, ресурс успішності; фактори здоров'я, складові здоров'я, їх критерії та шляхи досягнення благополуччя в різних сферах життєдіяльності людини; про ресурси співтовариства щодо покращення здоров'я; відпрацювання життєвих умінь та навичок (навички відстоювання особистих цінностей, проектування майбутнього, аналізу життєвих ситуацій, прогнозування можливих наслідків, прийняття поінформованих рішень, вирішення проблем, навички не піддаватися тиску однолітків, впливу ЗМІ, навички ефективного спілкування, пошуку інформація тощо).

Зазначене потребувало підбору серед існуючих [49; 101; 104] та розробці додатково вправ, завдань проблемного і творчого характеру для досягнення

мети і завдань тренінгу.

Опишемо мету, завдання та стислий зміст програми цього тренінгу.

Мета тренінгу – формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Завдання:

- розглянути здоров'я як глобальний феномен;
- розкрити складові здоров'я, їх критерії;
- охарактеризувати сутність громадського здоров'я;
- визначити фактори, які впливають на здоров'я;
- визначити місце здоров'я серед ціннісних пріоритетів особистості;
- формувати в учнів мотивацію до розвитку здоров'я;
- формувати життєві навички (навички відстоювання особистих цінностей, проектування майбутнього, аналізу життєвих ситуацій, прогнозування можливих наслідків, прийняття поінформованих рішень, вирішення проблем, навички не піддаватися тиску однолітків, впливу ЗМІ, навички ефективного спілкування, пошуку інформації).

Тема першого тренінгового заняття „Як спілкуватися разом продуктивно” спрямована на створення доброзичливої атмосфери у тренінговій групі, напрацювання правил співпраці, усвідомлення власних цілей учасників щодо участі в тренінгу, розуміння специфіки тренінгової роботи.

На другому тренінговому занятті „Здоров'я, його складові” аналізується багатогранність здоров'я, поняття „громадське здоров'я”, розкривається взаємозалежність особистого та громадського здоров'я.

Завдання третього заняття „Фактори, які впливають на здоров'я” – визначити фактори здоров'я, з'ясувати взаємовплив між цими факторами, поведінкою особистості та її здоров'ям.

У межах четвертого заняття „Життєві цінності” обґрунтовується поняття „цінність” та джерела формування цінностей; відбувається усвідомлення учнями особистих пріоритетних цінностей, необхідних для повноцінного життя.

П'яте тренінгове заняття „Здоров'я як цінність” розкриває соціальну цінність здоров'я, обґрунтовує здоров'я як результат, процес, основу для реалізації життєвих перспектив.

У межах шостого тренінгового заняття „Відповідальне ставлення до здоров'я як основа благополуччя” показано залежність здоров'я від ставлення особистості до нього, створюється можливість учасникам осмислити рівень своєї відповідальності у всіх сферах життя, на всіх рівнях здоров'я, визначено життєві навички, які необхідні для досягнення благополуччя.

На сьомому і восьмому заняттях „Прийняття рішень” відбувається ознайомлення учнів із послідовністю (алгоритмом) прийняття відповідальних рішень, відпрацювання навичок і умінь приймати рішення.

Дев'яте тренінгове заняття „Реклама” ознайомлює учасників з основними прийомами реклами, створює можливості для відпрацювання навичок аналізу рекламної продукції.

Завдання десятого тренінгового заняття „Професійна кар'єра” ознайомлення учасників з алгоритмом проектування професійної кар'єри; відпрацьовуються вміння скласти план професійного розвитку.

У межах одинадцятого тренінгового заняття „Стать і статеві стосунки” розкривається спектр взаємовідносин між різними статтями.

Дванадцяте тренінгове заняття „Сексуальність”, спрямоване на інформування про різні аспекти сексуальності.

Тема тринадцятого заняття „Дерево роду” присвячена важливості особистої сексуальної поведінки для продовження роду, благополуччя нащадків, виконання репродуктивної функції.

Завдання чотирнадцятого заняття „Успішна особистість” спрямоване на розвиток навичок прогнозування і проектування, створення кожним учасником проекту свого майбутнього.

П'ятнадцяте тренінгове заняття „Кроки до благополуччя” допомагає визначитися, що потрібно робити і над розвитком яких навичок необхідно попрацювати щоб стати успішною людиною, досягти благополуччя.

Шістнадцяте і сімнадцяте заняття „Проектна діяльність” спрямовані на те, щоб учасники мали змогу розробити проект і виконати конкретну діяльність із покращення громадського здоров'я.

На вісімнадцятому тренінговому занятті підбиваються підсумки участі кожного в тренінгу, проводиться анкетування.

Зазначимо, що в дисертації ми не подаємо опис всіх тренінгових занять, оскільки вони представлені в методичних матеріалах для тренінгу „Сходинок до здоров'я”, розробленому у співавторстві; авторські тренінги „Відповідальне ставлення до життя”, „Прогнозування життєвих перспектив і проектування професійної кар'єри” представлені в надрукованому методичному посібнику „Культура життєвого самовизначення” [101; 104; 106; 150; 151; 152]. У додатку Т подається як зразок опис вправи з одного із тренінгового заняття.

На наступному етапі алгоритму технології *„Рівний – рівному – відбувалася підготовка педагогів-тренерів до організації роботи інструкторів із числа учнівської молоді та їх подальшого супроводу.*

На цьому етапі реалізації технології, під час проведення триденного тренінгу для спеціалістів вивчалася тема „Рівний – рівному як технологія” другого модулю програми. Завданням теми було надання знань, формування навичок з організації роботи за цією технології і насамперед з організації роботи інструкторів та їх подальшого супроводу. Зміст теми розкривався через спеціально розроблені вправи: „Картотека впровадження”, „Карта понять”, „Технологія „Рівний – рівному”, „Інструктор це...”, „Організація роботи інструкторів”, „Підготовка, проведення, аналіз”, „Алгоритм супроводу інструкторів”, „Проведення занять інструкторами”, „Методичний інструментарій педагога-тренера”, „Зворотній зв'язок”, „Конкретні ситуації”, „Оцінювання технології”. В додатку Р представлено бланк бліц-гри „Організація роботи інструкторів”

П'ятий етап алгоритму цієї технології передбачав *підготовку-інструкторів до просвітницької діяльності в середовищі ровесників.*

Цей тренінг (триденний) проводився спільно для педагогів-тренерів та

майбутніх інструкторів. На ньому вивчалася тема „Підготовка інструкторів”. Мета та завдання цієї теми – підготувати інструкторів до проведення просвітницької роботи з ровесниками з популяризації здоров’я, надати знання про структуру тренінгових занять, відпрацювати навички ефективної самопрезентації, ефективного спілкування, роботи в команді, навички, які необхідні для проведення тренінгу. Зміст теми розкривався через спеціально розроблені вправи: „Стань переможцем!”, „Планування заради мети”, „Дійові особи”, „Структура тренінгового заняття”, „Команда”, „Перша зустріч”, „Що необхідно знати інструкторові про тренінгові заняття”.

За результатами цього етапу алгоритму технології „Рівний – рівному” підготовлено 160 інструкторів: у Будьонівському районі м. Донецька – 30; у Макіївці – 18; у Городенко Івано-Франківської області – 27; у Ратно Волинської області – 36, у м. Кривому Розі – 49.

На наступному етапі відбувався *організаційний та методичний супровід педагогами-тренерами проведення занять інструкторами, діяльність педагогів - тренерів щодо мотивації та підтримки роботи інструкторів.*

Педагоги-тренери забезпечували організаційні та методичні умови діяльності інструкторів через допомогу в формуванні груп із якими працювали інструктори; підготовку їх до першої зустрічі з ровесниками, проведення методичних консультацій перед заняттями й обговорення проведеного заняття.

Підготовлені інструктори проводили тренінгові заняття за модулем „Сходинки до здоров’я”.

Інструктори із числа учнівської молоді провели заняття: у Будьонівському районі м. Донецька для 205 своїх ровесників; у Макіївці – для 86; у Городенко Івано-Франківської області – 500; у Ратно Волинської області – для 520; у м. Кривому Розі – для 490 учнів.

Педагоги-тренери сприяли проведенню вечорів відпочинку для інструкторів, створенню традицій роботи, інформували про досягнення інструкторів адміністрацію навчального закладу, батьків.

На етапі моніторингу діяльності педагогів-тренерів й інструкторів

проводилася супервізія, надавалася необхідна методична та інформаційна допомога педагогам-тренерам й інструкторам.

На завершальному етапі дослідно-експериментальної роботи оцінювалася результативність впровадження та реалізації розроблених технологій.

Отже, в параграфі представлено комплекс діагностичних методик, загалом охарактеризовано проведений соціально-педагогічний експеримент з впровадження технологій „Рівний – рівному”, „Здоров’я через освіту” формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді; оглядово представлено програми тренінгів із підготовки педагогів-тренерів, підготовки інструкторів, освітнього тренінгу для учнівської молоді.

2.4. Аналіз результатів експериментального дослідження

Організовуючи дослідноекспериментальну роботу ми провели в контрольних і експериментальних групах нульові зрізи з метою визначення в учнівської молоді рівня сформованості відповідального ставлення до здоров'я. Формувальним експериментом було охоплено 183 педагогів-тренерів та 920 учнів.

Узагальнення поточних та підсумкових даних діагностичного інструментарію, які відбивають динаміку зростання рівнів відповідального ставлення до здоров'я учнівської молоді під час впровадження технологій, проводилось у два етапи. Наприклад, в технології „Рівний – рівному” проводилось після проведення тренінгу (1 етап) і після того, як інструктори пройшли навчання і самі стали „неформальними викладачами”(2 етап). Для нас важливим було відслідкувати не тільки загальну результативність технологій, але й новоутворення в компонентах відповідального ставлення до здоров'я після проведення тренінгу, програма, якого розроблена у відповідності з його сутнісними характеристиками. Таким чином ми відслідковували також вплив цієї соціально-педагогічної умови на успішність розроблених технологій.

Результати експериментального навчання були піддані якісному та кількісному аналізу. Аналіз та інтерпретація даних проводилась на двох рівнях. Перший рівень (опис експериментальних даних) передбачав узагальнення отриманих даних у вигляді рядів розподілів, їх графічне представлення, пошук узагальнюючих характеристик, обчислення моди та медіани. На другому рівні було доведено, що відбулися зрушення в значеннях досліджуваних компонентів відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді та здійснено оцінку їх достовірності з використанням статистичних критеріїв.

Ми виходили з того, що коли при порівнянні даних отриманих до та після експериментального впливу зміни в значеннях досліджуваних компонентів відповідального ставлення до здоров'я виявляться статистично достовірними, то це дозволить обґрунтовано стверджувати, що експериментальний вплив

(застосування розроблених нами соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я) є істотний, або результативний.

Для того, щоб перевірити, що зміни в значеннях досліджуваних ознак відбулися саме під впливом експериментального фактора, був проведений аналіз даних, отриманих в контрольних групах, в яких не застосовувалися технології формування відповідального ставлення до здоров'я по такій же схемі аналізу як і у експериментальних групах. Нижче ми подаємо результат оцінювання в експериментальних та контрольних групах (технологія „Рівний – рівному” – 160 осіб, технологія „Здоров'я через освіту” – 300 осіб, і відповідно така ж кількість у контрольних групах).

На основі означеного вище підходу кожне запитання опитувальника „Ставлення до здоров'я” оброблялося у відповідності до визначеної схеми аналізу, отримані результати узагальнювалися відповідно до компонентів відповідального ставлення до здоров'я і на основі цього робилися висновки, щодо ефективності його формування.

Для вивчення того, як впливають на *когнітивно-пізнавальний* компонент відповідального ставлення до здоров'я розроблені технології респондентам експериментальних та контрольних груп було запропоновано відповісти на запитання: „Як би Ви в декількох словах визначили, що таке здоров'я?”, „Як би Ви в декількох словах визначили, що таке відповідальне ставлення до здоров'я?”, „Як Ви вважаєте, які нижче наведених факторів, мають найбільш суттєвий вплив на стан Вашого здоров'я?”, „Оцініть, який вплив на вашу обізнаність в сфері здоров'я має інформація, отримана з таких джерел”.

При аналізі відповідей респондентів на перші два відкриті запитання була застосована процедура контент-аналізу, в процесі якого, в якості одиниць аналізу виступали складові здоров'я та відповідального ставлення до здоров'я, в якості одиниць рахунку – ключові слова, які використовували респонденти, для характеристики досліджуваних понять, підраховувалася частота появи одиниць рахунку у відповідях і одержані результати подавалися у відсотках. При узагальненні відповідей респондентів, щодо їх розуміння поняття „здоров'я”

виявилася наступна картина (таблиця 2.5).

Таблиця 2.5

Контент-аналіз змісту відповідей респондентів, щодо розуміння ними поняття „здоров’я”

Варіанти відповідей	Контр. групи, %	Експ.групи, %
Фізичний стан людини, коли її ніщо не турбує	27	9
Стан фізичного, духовного психологічного та соціального благополуччя	12	32
Це рівновага необхідності і достатності задоволення й фізичних, духовних і соціальних потреб людини	3	30
Гармонія всіх станів та сфер людини	10	14
Стан людини в якому вона відчуває себе спокійною, радісною, вільною, щасливою, енергійною	15	23
Цінність і для особистості і для всього світу	7	31
Правильна самооцінка	2	18
Реалізація її потенціалу; результат, перш за все, власної діяльності особистості	6	26
Здоров’я – здатність і результат до саморозвитку	-	19
Процес збереження та досягнення благополуччя	-	26

З даних, які подані в таблиці 2.5. видно, що учні, які входили до контрольної групи основний акцент у своєму розумінні здоров’я людини роблять на доброму фізичному самопочутті, відсутності хвороб, пов’язують здоров’я з відсутністю шкідливих звичок, тобто виділяють в основному фізичну складову здоров’я. В експериментальній групі розподіл інший. Поряд з тим, що респонденти експериментальної групи також приділяють увагу фізичній складовій здоров’я, але й проявляють значно глибше розуміння суті поняття, у більшій мірі ніж в контрольній групі виділяють духовну, психологічну, емоційну і соціальну складову здоров’я

Усвідомлення понять, важливості значення надбання системи знань і умінь, спрямованих на збереження, зміцнення і розвиток здоров’я, говорить про те, що проведена робота сприяє формуванню більш глибокого розуміння сутності поняття „здоров’я” та його складових.

Узагальнення даних, отриманих на основі відповідей респондентів на питання „Як би Ви в декількох словах визначили, що таке відповідальне

ставлення до здоров'я?" (таблиця 2.6.) показує, що як в контрольній групі, так і в експериментальній респонденти пов'язують відповідальне ставлення до здоров'я в першу чергу з самим собою, у відповідях відслідковується розуміння того, що для цього необхідно здійснювати певні вольові дії. Однак, респонденти експериментальної групи виділяються тим, що вони передбачають умовою відповідального ставлення до здоров'я прогнозування наслідків діяльності, відповідальність за свої вчинки, наявність знань, навичок для здійснення контролю над факторами здоров'я.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що у контрольній групі існує певне розуміння сутності відповідального ставлення до здоров'я. У експериментальній групі відзначається усвідомлення суті та ролі відповідального ставлення до здоров'я.

Таблиця 2.6

Контент-аналіз змісту відповідей респондентів щодо розуміння ними поняття „відповідальне ставлення до здоров'я”

Варіанти відповідей	Контр. група, %	Експ. групи, %
Аналізувати ситуацію для прийняття рішення щодо здоров'я	6	46
Піклуватися про своє здоров'я, слідкувати за ним	25	33
Ведення, правильного, гарного, здорового способу життя	23	10
Регулярно відвідувати медичні заклади для профілактики	10	16
Займатися спортом (рухатися, бігати, робити вправи)	20	21
Відповідальність – це індивідуальна якість, яка показує позицію особистості по відношенню до себе та інших.	14	28
Дотримуватися всіх правил та норм, щоб не захворіти	16	7
Відповідати за свої вчинки	9	33
Усвідомлений людиною обов'язок, який передбачає виконання нею певних дій, спрямованих на результат	10	25
Прогнозувати, планувати досягнення благополуччя	4	24

При виявленні думок респондентів експериментальної групи, щодо факторів, які, на їхню думку справляють найбільший вплив на стан їх здоров'я,

ми отримали результати, які подаємо у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Розподіл відповідей респондентів, щодо міри впливу на здоров'я визначених факторів (експериментальна група, у %)

Шкала	Особливості харчування		Якість медичного обслуговування		Екологічна ситуація		Умови проживання		Спосіб життя		Генетика, спадковість		Відповідальність за здоров'я		Особистий розвиток	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Зовсім не впливає	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0
Не впливає	3	0	2	1	1	0	1	1	0	0	3	1	0	0	4	0
Скоріше не впливає	2	3	5	4	1	1	4	1	8	1	5	5	11	1	8	1
Не знаю (50 x 50)	11	7	11	8	6	6	17	4	23	8	22	8	31	3	31	4
Скоріше впливає	36	24	39	33	33	14	38	13	27	13	36	30	26	16	28	9
Впливає	41	38	34	28	38	26	31	35	26	38	26	30	13	28	16	34
Впливає найбільше	8	28	9	28	21	54	9	45	16	41	8	26	19	53	14	53

Аналіз даних, поданих у таблиці 2.7., свідчить: у респондентів сформовані чіткі установки, щодо впливу перерахованих факторів на стан здоров'я. Зокрема, від 58 % до 91 % респондентів до експерименту по різних факторах вважають, що вони скоріше впливають, впливають та впливають найбільше. Після експерименту ці показники зростають (85 – 96 %), причому ці зрушення є статистично достовірними, оскільки на основі розрахунків, які подані у таблиці 2.8. $G_e < G_k$ для всіх факторів.

Через відповіді респондентів розкривається їх бачення особистої ролі (відповідальне ставлення до здоров'я та можливостей оточуючого середовища (медицина, екологія,) у розвитку та зміцненні здоров'я.

Таблиця 2.8

Результати розрахунку значень G-критерію за даними, що міри впливу на здоров'я визначених факторів (експериментальна група)

Фактори	Особливості харчування	Якість медичного обслуговування	Екологічна ситуація	Умови проживання	Спосіб життя	Генетика, спадковість	Відповідальність за здоров'я	Особистий розвиток
Розрах. значення								
К-ть позитивних зрушень	84	73	88	102	98	96	108	108
К-ть нульових зрушень	57	69	59	49	51	49	42	44
К-ть негативних зрушень	19	18	13	9	11	15	10	8
n	103	91	101	111	109	111	118	116
Типові зрушення	+	+	+	+	+	+	+	+
Ge	19	18	13	9	11	15	10	8
Gk (p=0.05)	41*	36*	41*	45*	41*	45*	45*	45*
Gk (p=0.01)	37*	33*	37*	42*	37*	42*	42*	42*

Продуктивними у плані аналізу виявилися результати, які ми подаємо у таблиці 2.9., щодо ранжування учасниками експерименту факторів по їх впливу на їх здоров'я.

Таблиця 2.9

Ранжування респондентами факторів по їх впливу на здоров'я (експериментальна група)

Ранг	До експерименту	Після експерименту
1	Екологічна ситуація	Відповідальність за здоров'я
2	Особливості харчування	Особистий розвиток
3	Якість медичного обслуговування	Умови проживання
4	Умови проживання	Спосіб життя
5	Генетика, спадковість	Екологічна ситуація
6	Спосіб життя	Особливості харчування
7	Відповідальність за здоров'я	Генетика, спадковість
8	Особистий розвиток	Якість медичного обслуговування

Як бачимо, після проведення експерименту значно зростає розуміння предмету відповідальності за власне здоров'я, знання факторів здоров'я,

здатність до самопізнання, усвідомлення власних потреб, прав і зобов'язань на рівні соціуму, розуміння важливості саморозвитку. Фактор Відповідальність за власне здоров'я респонденти ставлять на перше місце (до експерименту лише 7 ранг), змінюється рангова позиція таких факторів як особистий розвиток, спосіб життя.

У контрольній групі цих тенденцій не спостерігається (високі показники зафіксовані лише по таких факторах як якість медичного обслуговування та екологічна ситуація).

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що внаслідок проведення тренінгу зростає рівень знань учасників про здоров'я та його чинники, алгоритм прийняття рішень; розуміння ролі здоров'я в життєдіяльності людини. Учні проявляють значно вищу здатність до самопізнання, усвідомлення власних потреб, прав і зобов'язань на рівні соціуму, розуміння важливості саморозвитку не тільки для власного, але й громадського благополуччя, розуміння предмету відповідальності за власне здоров'я. Головним, на нашу думку, є те, що після проведення експерименту його учасники стали проявляти більше відповідальності за свої дії, вчинки, оцінювати їх з точки зору впливу на стан свого здоров'я. Це свідчить про те, що розроблені нами технології ефективно впливають на підвищення рівня сформованості когнітивно-пізнавального компоненту відповідального ставлення до здоров'я.

Емоційно-оцінний компонент відображає відчуття і переживання, які виникають у особистості і пов'язані з станом здоров'я, причому ми порівнюємо особливості емоційного стану в двох ситуаціях: коли здоров'ям все гаразд і навпаки. Оцінювали ці особливості ми у нашому дослідженні на основі відповідей респондентів на запитання № 4 та № 8 анкети „Ставлення до здоров'я”. Узагальнені результати відповідей респондентів на запитання анкети „Які відчуття виникають у Вас, коли Ви не маєте проблем із здоров'ям?” подаємо у таблиці 2.10., графічне їх представлення на рис 2.4.

Аналіз даних поданих в таблиці 2.10. та на рисунку 2.4. свідчить про те, що переважна більшість опитаних учнів, якщо у них немає проблем із

здоров'ям, досить часто, часто та завжди відзначають наявність відчуття спокою (72 % до експерименту та 79 % після), задоволення (61 % і 78 %), щастя (76 % і 89 %), радості (76 % і 88 %), впевненості в собі (58 % і 93 %), свободи (79 % і 86 %), внутрішнього задоволення (78 % і 82 %), безпеки (64 % і 81 %). Як бачимо, прослідковується чітка динаміка зростання числа респондентів, які після проведення тренінгу стали усвідомленіше пов'язувати свої позитивні емоційні відчуття з станом свого здоров'я.

Таблиця 2.10

Розподіл відповідей респондентів, щодо особливостей їх емоційного стану коли з їх здоров'ям все гаразд (експериментальна група у %)

Шкала	Я спокійний		Я задоволений		Я щасливий		Мені радісно		Я відчуваю впевненість у собі		Я відчуваю себе вільним		Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення		Мені ніщо не загрожує	
	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.
Ніколи	1	2	4	3	2	0	1	0	1	0	1	0	1	2	3	3
Інколи	3	1	4	1	1	3	1	0	7	1	2	1	3	2	4	2
Рідко	9	6	12	7	4	1	9	4	13	2	6	4	6	4	10	4
Не знаю (50x50)	15	12	19	11	16	7	14	8	22	4	13	9	13	10	19	21
Досить часто	29	23	31	26	31	19	28	19	21	14	30	13	21	22	20	19
Часто	34	34	19	35	33	31	35	32	23	36	36	31	44	34	36	24
Завжди	9	23	11	18	13	39	13	36	14	43	13	41	13	26	8	27

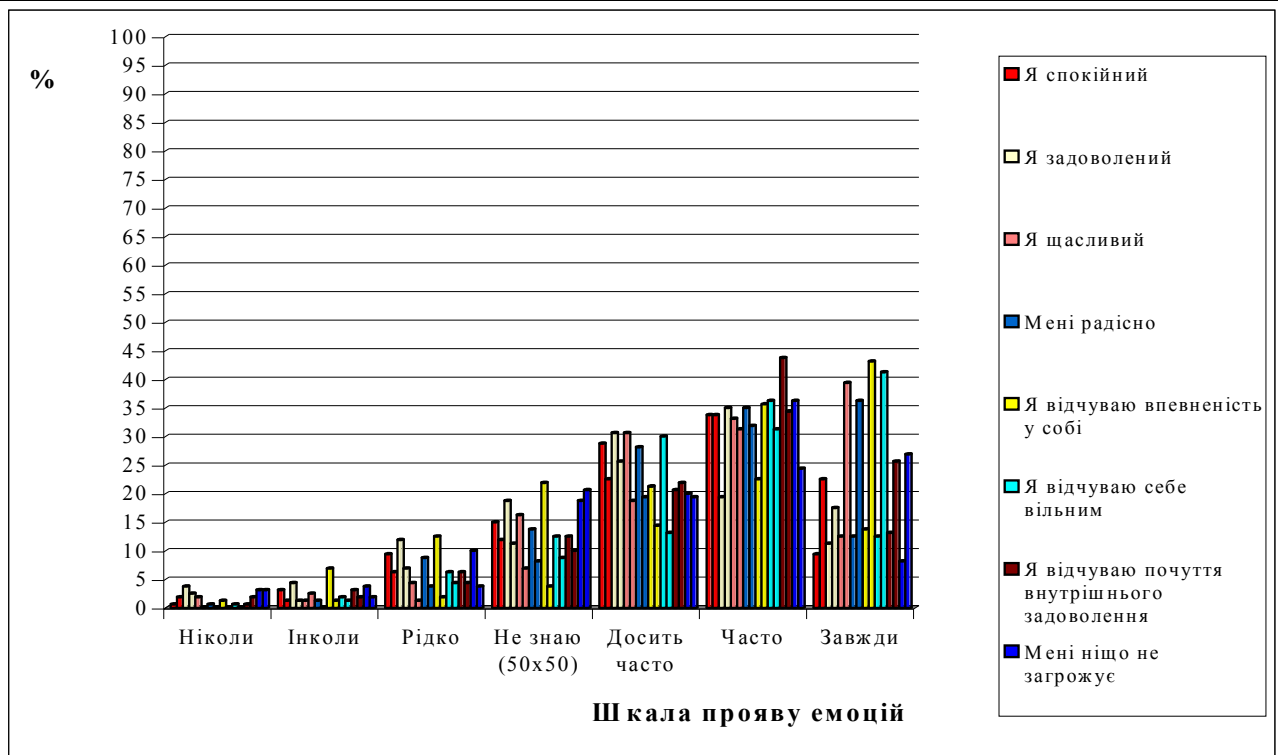


Рис. 2.4. Графічне представлення даних таблиці 2.10.

У той же час число тих, у яких ці відчуття не виникали, або виникали рідко, та тих, які не змогли визначитися, зменшилося. Ці зміни відображені і у значеннях мір центральної тенденції (моди та медіани), які ми подаємо у таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Значення мір центральної тенденції у розподілах, що характеризують відчуття респондентів при відсутності проблем у здоров'ї (експериментальна група)

Характеристика	Я спокійний		Я задоволений		Я щасливий		Мені радісно		Я відчуваю впевненість у собі		Я відчуваю себе вільним		Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення		Мені ніщо не загрожує	
	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.
Мода	6	6	5	6	6	7	6	7	6	7	6	7	6	6	6	7
Медіана	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	6	6	5	6

За даними, поданими у таблиці 2.11. можна стверджувати, що найчастіше респонденти вибирали варіант відповіді „Досить часто”, „Часто” та „Завжди” (мода рівна 5, 6, 7 відповідно), коли вони характеризували, ті відчуття виникають у них, коли у них немає проблем із здоров'ям. Значення медіани 5 означає, що половина з опитаних респондентів до експерименту характеризували наявність відчуття спокою, задоволення, щастя, радості, впевненості в собі, свободи, внутрішнього задоволення, безпеки категоріями „Ніколи”, „Рідко”, „Інколи” та „Не знаю 50х50”, а інша – „Досить часто”, „Часто” та „Завжди”. Після експерименту відбувся зсув у сторону збільшення тих, які часто та завжди пов'язують наявність цих відчуттів з відсутністю проблем у здоров'ї. Таким чином, чітко прослідковуються позитивні зрушення у визначенні учнями своїх відчуттів та усвідомленості їх зв'язку з відсутністю проблем у стані здоров'я.

Для того щоб оцінити достовірність цих зрушень ми застосували G-критерій знаків (в деякій літературі цей статистичний критерій називають критерієм Мак-Немара), оскільки нам необхідно оцінити зрушення, які варіюють у досить невеликому діапазоні. Розрахунок значень G-критерію за

даними, отриманими з відповідей респондентів експериментальної групи на запитання № 4 анкети подаємо у таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Результати розрахунку значень G-критерію за даними, що характеризують відчуття респондентів при відсутності проблем у здоров'ї

Відчуття	Я спокійний	Я задоволений	Я щасливий	Мені радісно	Я відчуваю впевненість у собі	Я відчуваю себе вільним	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	Мені ніщо не загрожує
Розрах. значення								
К-ть позитивних зрушень	73	90	100	103	103	99	60	81
К-ть нульових зрушень	69	62	55	46	50	51	65	60
К-ть негативних зрушень	18	8	5	11	7	10	35	19
n	91	98	105	114	110	109	95	100
Типовий зсув	+	+	+	+	+	+	+	+
Ge	18	8	5	11	7	10	35	19
Gk (p=0.05)	37*	40	41*	45	45	41*	38*	41
Gk (p=0.01)	34*	37	37*	42	42	37*	35*	47

Для $n = 91, 105, 109, 95$ критичні значення G – критерію не табульовані. У таких випадках проводиться інтерполяція сусідніх значень і визначається потрібне критичне значення G – критерію. У даному випадку (та інших випадках) цих операцій здійснювати не потрібно, оскільки емпіричні значення G – критерію не перевищують табульованих навіть для менших n (90, 100, 100, 94 відповідно).

Сформулюємо гіпотези: H_0 : Зрушення у бік більш усвідомленого розуміння респондентами своїх відчуттів та їх оцінки пов'язаних з відсутністю проблем у здоров'ї є випадковим. H_1 : Зрушення у бік більш усвідомленого розуміння респондентами своїх відчуттів пов'язаних з відсутністю проблем та їх оцінки у здоров'ї є не випадковим.

Оскільки $Ge < Gk$ як для рівня значимості 0,05 так і для рівня значимості 0,01 для всіх шкал, то це означає, що відкидається нульова гіпотеза, а приймається альтернативна. Тобто, внаслідок проведення тренінгу в емоційно-оцінному компоненті відбувається зростання усвідомленого розуміння

респондентами своїх відчуттів, причому вони це пов'язують з відсутністю проблем у здоров'ї.

Запитання № 8 анкети також було спрямоване на виявлення тих відчуттів, емоцій, які виникають в учнів, але вже у випадках, коли їх здоров'я погіршується. Узагальнені дані, отримані на основі відповідей респондентів з цього приводу подаємо у таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Розподіл відповідей респондентів, щодо відчуттів, які виникають у них, коли їх здоров'я погіршується (експериментальна група у %)

Шкала	Спокій		Жаль		Стурбованість		Провину		Власну відповідальність за це		Страх		Пригніченість		Переживання	
	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.
Ніколи	28	25	9	8	3	3	11	11	3	1	9	11	7	8	5	6
Інколи	14	10	14	15	7	8	9	9	3	3	5	3	11	8	8	6
Рідко	17	21	16	16	9	4	17	11	22	6	17	13	19	16	11	9
Не знаю (50x50)	17	18	28	22	14	14	29	21	29	13	21	19	19	19	11	11
Досить часто	17	14	18	19	31	23	20	29	16	21	26	21	21	21	23	19
Часто	4	5	9	11	27	26	10	11	18	26	14	19	16	18	32	26
Завжди	3	7	7	8	10	23	4	10	9	31	8	14	7	12	10	24

Аналіз даних поданих у таблиці 2.13. показує, що погіршення здоров'я викликає у значної частини опитаних учнів зміни в емоційному стані, причому ці зміни проявляються по різному. Зокрема, 43% (78% після експерименту) відчувають власну відповідальність за стан здоров'я досить часто, часто, завжди, 39 % – жаліють з приводу цього (як до експерименту так і після), 38%– відчувають почуття провини (після експерименту їх число зменшується – 30%), 37 % – почуття пригніченості (31 % після експерименту). Узагальнення наведених відомостей показує, що після проведення експерименту простежується стійка динаміка зменшення числа респондентів, у яких погіршення стану здоров'я ніколи, рідко або інколи не впливає на їх емоційну сферу, не залежить від їх відповідального ставлення до здоров'я. Ця динаміка

спостерігається і у верхній частині шкали, де зростає число учнів які досить часто, часто, або завжди відчують власну відповідальність за це, жаліють з приводу погіршення здоров'я, відчують почуття провини, пригніченості, страху та переживання, проявляють стурбованість з приводу цього.

Ці факти відображаються і у значеннях мір центральної тенденції (таблиця 2.14).

Таблиця 2.14

Значення мір центральної тенденції у розподілах даних, щодо відчуттів респондентів у випадку погіршення здоров'я (експериментальна група)

Характеристика	Спокій		Жаль		Стурбованість		Провину		Власну відповідальність за це		Страх		Пригніченість		Переживання	
	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.
Мода	1	1	4	4	5	6	4	5	5	7	5	5	5	5	6	6
Медіана	3	3	4	4	5	5	4	4	5	6	4	5	4	4,5	5	5

Оцінимо достовірність виявлених зрушень у емоційних проявах респондентів на погіршення стану свого здоров'я. Розрахунок значень G-критерію за даними, отриманими з відповідей респондентів експериментальної групи на запитання № 8 анкети подаємо у таблиці 2.15.

Сформулюємо нульову та альтернативну гіпотези:

H_0 : Зрушення у бік більш усвідомленого розуміння респондентами своїх відчуттів, власної відповідальності за здоров'я, пов'язаних з погіршенням здоров'я є випадковим.

H_1 : Зрушення у бік більш усвідомленого розуміння респондентами своїх відчуттів власної відповідальності за здоров'я, пов'язаних з погіршенням здоров'я є не випадковим.

Таблиця 2.15

Результати розрахунку значень G-критерію за даними, щодо відчуттів респондентів експериментальної групи, у випадку погіршення здоров'я

Відчуття Розрах. значення	Відчуття							
	Спокій	Жаль	Стурбованість	Провину	Власна відповідальність за це	Страх	Пригніченість	Переживання
К-ть позитивних зрушень	47	42	63	64	103	52	52	58
К-ть нульових зрушень	93	92	85	78	47	97	97	85
К-ть негативних зрушень	20	26	12	18	10	11	11	17
n	67	68	75	82	113	63	63	75
Типові зрушення	+	+	+	+	+	+	+	+
Ge	20	26	12	18	10	11	11	17
Gk (p=0.05)	25*	26	29*	33	45*	24*	24*	29*
Gk (p=0.01)	23*	23	26*	30	42*	21*	21*	26*

* - використаний підхід, як і в попередньому випадку

Оскільки $G_e < G_k$ для шкал Спокій, Стурбованість, Провина, Власна відповідальність за це, Страх, Пригніченість, Переживання, то позитивні зрушення у відповідях є не випадковими, а це означає, що опитані респонденти після проведення експерименту більш усвідомлено та адекватно пов'язують виникнення тих чи інших емоцій з погіршенням свого здоров'я. По шкалі Жаль значення $G_e = 26$, що потрапляє у зону невизначеності на осі значимості G – критерію. У цьому випадку однозначних висновків, щодо достовірності зрушення значень по цій шкалі після проведення експерименту зробити не можна.

У контрольних групі певних тенденцій в розподілах відповідей респондентів не виявлено. Зокрема, у відповідях на запитання № 4 анкети по шкалах Я спокійний, Я задоволений, Я щасливий, Мені радісно зсувів до експерименту та після експерименту не зафіксовано, по шкалах Я відчуваю впевненість у собі, Мені ніщо не загрожує відбулися незначні позитивні зрушення у значеннях досліджуваної ознаки, а по шкалах Я відчуваю себе вільним, Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення зафіксовані негативні типові зрушення. У відповідях на запитання № 5 по шкалах Спокій, Жаль, Стурбованість, Провину відбулися негативні типові зрушення, а по шкалах Власну відповідальність за це, Страх, Пригніченість, Переживання зафіксовано незначні позитивні зрушення у значеннях досліджуваної ознаки, ці зрушення є

статистично недостовірними, що і підтвердилося при розрахунку значень G – критерію для цих шкал.

Узагальнюючи наведені вище результати, можемо обґрунтовано стверджувати, що після проведення експерименту по формуванню відповідального ставлення до здоров'я в експериментальних групах відбуваються позитивні зміни в емоційно-оцінному компоненті відповідального ставлення до здоров'я і, оскільки в контрольних групах, ці зрушення є статистично недостовірні, то це свідчить про ефективність впроваджуваних технологій.

Ґрунтуючись на підходах, основи яких розкриті вище, ми здійснили дослідження отриманих даних, на предмет виявлення змін у інших компонентах відповідального ставлення до здоров'я та встановлення достовірності цих змін. Зокрема, *потребнісно-ціннісний* компонент визначає місце здоров'я в індивідуальній ієрархії термінальних і інструментальних цінностей людини, характеризує особливості мотивації збереження та зміцнення здоров'я. Відомості по даному компоненту були отримані на основі відповідей респондентів експериментальної та контрольної груп на питання № 1 та № 2 анкети „Ставлення до здоров'я”: Оцініть наскільки наведені цінності є важливими для Вас в даний момент. Як ви вважаєте, чим необхідно володіти або мати, щоб досягти успіху в житті?

Результати узагальнення даних, отриманих з відповідей респондентів експериментальної групи на запитання № 1 подаємо у таблиці 2.16. Аналіз отриманих даних показує, що до та після експерименту учні у переважній більшості оцінюють перераховані цінності як скоріше важливі, важливі та дуже важливі для них в даний момент, зокрема: визнання і повага оточуючих – 74 % (після експерименту 84 %), здоров'я – 77 % (98 %), свобода (самостійність, незалежність)– 91% (98 %), матеріальний добробут – 65 % (96 %), розвиток (постійне фізичне і духовне вдосконалення) – 68 % (86 %), наявність вірних друзів – 71% (83 %), навчання, можливість розширення своєї освіти, світогляду – 88 % (94%), кохання – 79 % (96 %). Дуже малий процент серед опитаних вважає їх для себе неважливими. В цілому після проведення експерименту спостерігаються позитивні зрушення в усвідомленості респондентами

важливості тієї чи іншої цінності, хоча динаміка різна.

Таблиця 2.16

**Розподіл відповідей респондентів, щодо міри важливості цінностей
(експериментальна група, в %)**

Шкала	Визнання і повага оточуючих		Здоров'я		Свобода (самостійність, незалежність)		Матеріальний добробут		Розвиток (постійне фізичне і духовне вдосконалення)		Наявність вірних друзів		Навчання можливість розширення своєї освіти, світогляду)		Кохання	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Зовсім не важливо	1	1	1	0	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Не важливо	2	0	1	0	0	0	1	1	3	3	3	1	0	1	1	0
Скоріше не важливо	7	3	2	0	1	0	8	2	4	5	9	5	1	0	1	1
Не знаю (50 x 50)	16	12	20	3	8	2	26	2	23	6	17	11	11	5	19	3
Скоріше важливо	29	19	34	3	18	10	33	18	36	21	31	19	44	14	26	29
Важливо	29	31	26	17	51	23	21	36	23	36	29	33	19	28	39	31
Дуже важливо	17	35	17	78	23	65	12	41	9	29	11	31	26	53	14	36

Підтверджують зроблені висновки значення мір центральної тенденції (таблиця 2.17).

Таблиця 2.17

Міри центральної тенденції у розподілах щодо міри важливості для респондентів цінностей (експериментальна група)

Характеристика	Визнання і повага оточуючих		Здоров'я		Свобода (самостійність, незалежність)		Матеріальний добробут		Розвиток (постійне фізичне і духовне вдосконалення)		Наявність вірних друзів		Навчання можливість розширення своєї освіти, світогляду)		Кохання	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Мода	6	7	5	7	6	7	5	7	5	6	5	6	5	7	6	7
Медіана	5	6	5	7	6	7	5	6	5	6	5	6	5	7	6	6

При статистичній оцінці достовірності зрушень, які відбулися у розумінні респондентами значення визначених цінностей (результати розрахунків подані у таблиці 2.18), перевірялися наступні гіпотези:

H_0 : Зрушення у бік більш глибокого розуміння респондентами важливості системи термінальних цінностей, які характеризують потребнісно-ціннісний компонент відповідального ставлення до здоров'я є випадковим.

H_1 : Зрушення у бік більш глибокого розуміння респондентами важливості системи термінальних цінностей, які характеризують потребнісно-ціннісний компонент відповідального ставлення до здоров'я є не випадковим, а зумовлений впровадженням розроблених соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я.

Таблиця 2.18

Результати розрахунку значень G-критерію за даними, що характеризують міру важливості для респондентів експериментальної групи цінностей

Цінності	Визнання і повага оточуючих	Здоров'я	Свобода (самостійність, незалежність)	Матеріальний добробут	Розвиток (постійне фізичне і духовне вдосконалення)	Наявність вірних друзів	Навчання можливість розширення своєї освіти, світогляду	Кохання
Розрах. значення								
К-ть позитивних зрушень	100	112	104	112	119	112	113	104
К-ть нульових зрушень	47	33	48	37	33	28	35	34
К-ть негативних зрушень	13	15	8	11	8	20	12	22
n	113	127	112	123	127	132	125	126
Типовий зрушень	+	+	+	+	+	+	+	+
Ge	13	15	8	11	8	20	12	22
Gk (p=0.05)	45*	50*	45*	50*	50*	55*	50*	50*
Gk (p=0.01)	42*	46*	42*	46*	46*	51*	46*	46*

Оскільки, по всіх шкалах $G_e < G_k$, то це означає, що нульова гіпотеза відкидається, а приймається альтернативна, тобто, більш глибоке розуміння учнями, які брали участь в експерименті, важливості системи термінальних цінностей, які характеризують даний компонент відповідального ставлення до здоров'я є не випадковим, а зумовлене проведенням тренінгу як складової

розроблених нами соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я.

Досліджуючи дане питання, для нас важливим було визначення місця, яке займає здоров'я в системі термінальних цінностей особистості учнівської молоді. Для цього ми провели ранжування цих цінностей на основі визначеної ними, через свої відповіді, міри важливості тієї чи іншої цінності. Оскільки, за результатами анкетування, незначний відсоток респондентів зазначає, що ці цінності є не важливими для них, тому ранжування проводилося лише на основі результатів отриманих по верхній частині шкали важливості (узагальнювалися дані по позиціях скоріше важливо, важливо та дуже важливо). Результати подаємо на рисунку 2.5.



Рис. 2.5. Ієрархія системи цінностей респондентів експериментальної групи

Аналіз даних поданих на рисунку 2.5. показує, що цілеспрямована робота, спрямована на формування відповідального ставлення школярів до

власного здоров'я, привела до суттєвих змін у структурі системи особистісних цінностей учнів. Важливим для нас є той факт, що коли до початку експерименту респонденти відводили здоров'ю 5 рангове місце, то після експерименту особистісна значимість даної цінності зросла – ранг 1, а це на нашу думку, підвищить рівень відповідальності учасників експерименту за власне здоров'я.

Таким чином, в цілому, в ході проведення експерименту в учнівській молоді, які входили в експериментальні групи, відбулися достовірні позитивні зміни у потребнісно-ціннісному компоненті відповідального ставлення до здоров'я, що свідчить про ефективність застосованих технологій.

Аналіз даних, отриманих на основі відповідей респондентів контрольних групи, свідчить про те, що за умови, коли не проводиться цілеспрямована робота по формуванню відповідального ставлення до здоров'я, здоров'я в індивідуальній ієрархії системи термінальних цінностей школярів займає 6 рангове місце (до експерименту) та 5 після його проведення, причому достовірність цього зрушення статистично не значима. Цей чинник виявився також не дуже значимим з точки зору мотиваційної основи для досягнення успіху в житті. На нашу думку, такий стан речей у контрольних групах зумовлений тим, що в силу вікових та індивідуальних особливостей розвитку особистості у віці учнівської молоді, цінність здоров'я не усвідомлюється належним чином і необхідна цілеспрямована діяльність по формуванню відповідального ставлення до нього.

У ході дослідження ми здійснили діагностику впливу на формування мотиваційного-вольового компоненту відповідального ставлення до здоров'я.

Для того, щоб виявити, які особливості мотивації збереження та зміцнення здоров'я учнями, в ході нашого дослідження респондентам було запропоновано відповісти на наступне питання: Як Ви вважаєте, що необхідно мати, або чим володіти, щоб досягти успіху в житті? Узагальнені дані на основі відповідей на це питання подаємо у таблиці 2.19.

Таблиця 2.19

Розподіл відповідей респондентів, щодо базисних цінностей, які сприяють успіху в житті (експериментальна група, у %)

Шкала	Хороша освіта		Здібності		Наполегливість, працьовитість		Здоров'я		Везіння		Необхідні зв'язки		Матеріальний добробут		Сила волі	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Зовсім не важливо	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4	3	1	1	1	1	1
Не важливо	1	0	2	0	0	0	0	0	2	1	5	3	1	1	1	1
Скоріше не важливо	4	0	2	3	1	1	1	0	13	3	13	6	9	4	9	0
Не знаю (50 x 50)	24	4	17	5	14	1	15	3	29	16	25	22	26	14	21	6
Скоріше важливо	29	14	34	17	40	13	48	7	28	33	28	23	31	24	33	8
Важливо	26	29	33	39	30	34	20	28	21	19	24	29	29	32	16	29
Дуже важливо	18	53	12	36	15	52	17	63	6	25	3	16	4	25	20	57

Дані подані у таблиці 2.19. засвідчують, що важливими та дуже важливими для досягнення успіхів у житті для учасників формуючого експерименту є: хороша освіта – 72 % респондентів до експерименту та 96 % після його проведення, здібності – 79 % та 93 % відповідно, наполегливість, працьовитість – 85 % та 98 %, здоров'я – 84 % та 98%. Дещо більші зміни відбулися в думках респондентів щодо такого чинника як сила волі – 68 % до експерименту та 93% після. Це свідчить про усвідомлення учнівською молоддю, яка приймала участь в експерименті необхідності прояву сили волі для досягнення благополуччя. Зросли також значення мір центральної тенденції у розподілах відповідей респондентів до експерименту та після його проведення (таблиця 2.20.). Зокрема, якщо до експерименту практично по всіх якостях більшість респондентів вибирало варіант відповіді Скоріше важливо (мода рівна 5), то після його проведення – Дуже важливо (M=7). Змінився також розподіл чисельності респондентів по шкалі важливості тієї чи іншої якості для досягнення успіху у житті (за виключенням якостей Везіння та Необхідні зв'язки, де значення медіани залишилося незмінним до і після проведення

експерименту – 5).

Таблиця 2.20

**Значення мір центральної тенденції у розподілах відповідей
щодо важливості системи чинників для досягнення успіху у житті
(експериментальна група)**

Характеристика	Хороша освіта		Здібності		Наполегливість, працьовитість		Здоров'я		Везіння		Необхідні зв'язки		Матеріальний добробут		Сила волі	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Мода	5	7	5	6	5	7	5	7	4	5	5	6	5	6	5	7
Медіана	5	7	5	6	5	7	5	7	5	5	5	5	5	6	5	7

При дослідженні статистичної достовірності зрушень у мірі важливості для респондентів означеної системи чинників для досягнення успіху у житті виявилось, що типовими є позитивні зрушення (таблиця 2.21).

Таблиця 2.21

**Результати розрахунку значень G-критерію за даними, щодо
важливості системи чинників для досягнення успіху у житті
(експериментальна група)**

Чинники	Хороша освіта	Здібності	Наполегливість, працьовитість	Здоров'я	Везіння	Необхідні зв'язки	Матеріальний добробут	Сила волі
Розрах. значення								
K-ть позитивних зрушень	114	115	115	118	110	102	115	111
K-ть нульових зрушень	36	35	35	30	34	42	32	41
K-ть негативних зрушень	10	10	10	12	16	16	13	8
n	124	125	125	130	126	118	128	119
Типові зрушення	+	+	+	+	+	+	+	+
Ge	10	10	10	12	16	16	13	8
Gk (p=0.05)	50*	50*	50*	55	50*	45	50*	45
Gk (p=0.01)	46*	46*	46*	51	46*	42	46*	42

$G_e < G_k$ для всіх чинників, а це означає, що зміни, які відбулися в

мотиваційно-вольовій сфері особистості учнів, які брали участь у експерименті по формуванню відповідального ставлення до здоров'я є не випадковими, а зумовлені застосуванням розроблених технологій. Важливим з точки зору розв'язання завдань нашого дослідження є те, що в ієрархії чинників, які впливають на досягнення успіхів у житті здоров'я респонденти поставили на друге місце. Узагальнення даних, отриманих на основі відповідей респондентів експериментальної групи на питання „Якщо ви піклуєтеся про своє здоров'я недостатньо або нерегулярно, то чому?” подаємо у таблиці 2.22.

Таблиця 2.22

Розподіл відповідей респондентів стосовно причин недостатнього чи нерегулярного піклування про здоров'я (експериментальна група, у %)

Шкала	Не вистачає сили волі		Немає на це часу		Не знаю, що необхідно для цього робити		Не бачу в цьому необхідності		Немає відповідних умов		Необхідні великі матеріальні затрати		Є більш важливі справи	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Ні	23	9	31	9	31	13	38	15	29	8	31	13	42	14
Напевно ні	12	9	10	9	16	9	14	8	14	10	11	9	13	11
Скоріше ні	14	11	11	6	18	8	16	6	13	11	13	7	11	6
Не знаю (50 x 50)	18	18	19	16	19	9	18	18	19	13	18	15	19	16
Напевно так	21	19	18	22	11	26	8	16	16	24	12	19	8	16
Скоріше так	3	21	9	21	3	19	5	20	6	20	7	19	7	19
Так	9	14	3	18	3	16	2	18	4	14	9	19	1	18

Аналіз даних, поданих у таблиці 2.22. показує, що 34 % респондентів до експерименту недостатньо чи нерегулярно піклуються про здоров'я в силу того, що на це не вистачає сили волі (після експерименту – 53 %), 61 % – не мають на це часу (29 %), 61 % – не знають, що необхідно для цього робити (16 %), 53 % не бачать в цьому необхідності (15 %), 58 % – не мають для цього відповідних умов (26 %), 56 % – необхідні великі матеріальні затрати (28 %), у 53 % є більш важливі справи (16 %), 36 % – немає компанії (16%). Як бачимо, після проведення експерименту відбулося переосмислення учасниками свого ставлення до здоров'я, до його збереження, усвідомлення, що причиною того, що вони недостатньо піклуються про своє здоров'я все-таки є *недостатня сила волі (після експерименту збільшився процент тих, які це виділяють, $M=6$, $Md=5$)*. Зменшилося число тих, яким на це не вистачало часу, відповідних умов,

матеріальних ресурсів (процентні показники та значення моди і медіани зменшилися). Свідченням того, що респонденти більш відповідальніше почали ставитися до свого здоров'я, є різке зменшення групи, яка не бачила в цьому необхідності (до 15% з 53%), та тих, які відзначали, що у них є більш важливі справи. Значно зменшилося також число тих, які не знали, що для цього необхідно робити. Це характеризує і зменшення значень мір центральної тенденції (таблиця 2.23).

Таблиця 2.23

Значення мір центральної тенденції у розподілах, щодо причин недостатнього чи нерегулярного піклування про здоров'я респондентами експериментальних груп

	Не вистачає сили волі		Немає на це часу		Не знаю, що необхідно для цього робити		Не бачу в цьому необхідності		Немає відповідних умов		Необхідні великі матеріальні затрати		Є більш важливі справи		Немає компанії	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Мода	1	6	5	1	5	1	6	1	5	1	5	1	6	1	1	1
Медіана	4	5	5	3	5	3	5	2	5	3	5	3	5	2	4	2

При оцінці статистичної достовірності виявлених зрушень у рівні сформованості мотиваційно-вольового компоненту відповідального ставлення до здоров'я у респондентів експериментальних груп (таблиця 2.24.) було встановлено, що виявилось, що зрушення є не випадковими ($G_e < G_k$ для всіх шкал).

Узагальнення даних, які були отримані у контрольних групах, показало, що їх учасники недостатньо піклуються про своє здоров'я в силу об'єктивних причин: нестачі часу (73 % при першому опитуванні та 81 % при останньому), відсутності відповідних умов (68 % та 75 %), матеріальних ресурсів (83 % та 96%), причому ці зрушення при перевірці виявилися статистично достовірними. У той же час вплив суб'єктивних чинників на недостатнє піклування про здоров'я респондентами контрольної групи недооцінюється.

Таблиця 2.24

Результати розрахунку значень G-критерію за даними, щодо причин недостатнього чи нерегулярного піклування про здоров'я респондентами експериментальних груп

Причини	Не вистачає сили волі	Немає на це часу	Не знаю, що необхідно для цього робити	Не бачу в цьому необхідності	Немає відповідних умов	Необхідні великі матеріальні затрати	Є більш важливі справи	Немає компанії
Розрах. значення								
К-ть позитивних зрушень	79	15	13	14	16	7	9	10
К-ть нульових зрушень	61	48	50	46	48	70	56	73
К-ть негативних зрушень	20	97	97	100	96	83	95	77
n	99	112	110	114	112	90	104	87
Типові зрушення	+	-	-	-	-	-	-	-
Ge	20	15	13	14	16	7	9	10
Gk (p=0.05)	40*	45*	45	45*	45*	36	41*	34*
Gk (p=0.01)	37*	42*	42	42*	42*	33	37*	31*

Отже, підсумовуючи, можемо обґрунтовано стверджувати, що розроблений тренінг, застосовані технології є досить ефективними у формуванні мотиваційно-вольового компонента відповідального ставлення до здоров'я учнів.

У ході дослідження, ми перевіряли, як зміни, що відбулися у компонентах відповідального ставлення до здоров'я відобразилися на поведінці учнів. Для цього, до та після проведення експерименту, вони відповідали на питання: „Що Ви робите для зміцнення, покращення здоров'я?” та „Що Ви робите, коли відчуваєте нездужання?” Узагальнені дані по першому з них подаємо у таблиці 2.26.

Аналіз даних, поданих у таблиці 2.25. показує, що число респондентів, які для покращення здоров'я займаються фізичними вправами зросло з 66% до 72%, 46% опитаних звертаються до лікаря з профілактичною метою (до експерименту – 39%), 67%. – працюють над інтелектуальним розвитком (до експерименту 38%), 71%. респондентів піддають аналізу свої вчинки, прогнозують наслідки (до експерименту 43%), 83% відмовляються від певних дій, які шкодять здоров'ю (до експерименту 65%). Зросло також число учасників експерименту, які для зміцнення, покращення здоров'я, доброзичливо ставляться до оточуючих, беруть участь у популяризації

здоров'я, активно втручаються, якщо дії рідних чи друзів шкодять здоров'ю.

Таблиця 2.25

Розподіл відповідей респондентів щодо їх дій, спрямованих на покращення та зміцнення здоров'я (експериментальна група, у %)

Шкала	Займаюсь фізичними вправами		Звертаюсь до лікаря з профілактичною метою		Працюю над інтелектуальним розвитком		Аналізую свої вчинки, прогноую наслідки		Відмовляюсь від певних дій які шкодять моєму здоров'ю		Доброзичливо ставлюсь до оточуючих		Беру участь у популяризації здоров'я		Активно втручаюсь якщо дії рідних чи друзів шкодять здоров'ю	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Ніколи	4	2	10	10	7	1	6	2	2	1	11	0	42	3	8	3
Інколи	4	4	8	10	22	1	9	1	3	2	14	3	13	4	3	3
Рідко	6	8	18	14	20	9	19	5	8	3	19	4	8	9	6	4
Не знаю (50x50)	20	14	25	21	14	22	24	21	23	11	13	9	7	22	19	10
Досить часто	24	25	18	23	21	33	15	31	26	13	20	33	10	24	28	27
Часто	19	22	16	15	10	22	17	26	24	29	14	35	10	24	23	33
Завжди	23	25	5	8	6	13	11	14	16	42	8	17	11	14	13	21

Ці тенденції відображають також значення моди та медіани, які подані у таблиці 2.26.

Таблиця 2.26.

Значення мір центральної тенденції у результатах визначення респондентами своїх дій для покращення та зміцнення здоров'я (експериментальна група)

Характеристика	Займаюсь фізичними вправами		Звертаюсь до лікаря з профілактичною метою		Працюю над інтелектуальним розвитком		Аналізую свої вчинки, прогноую наслідки		Відмовляюсь від певних дій, які шкодять моєму здоров'ю		Доброзичливо ставлюсь до оточуючих		Приймаю участь у популяризації здоров'я		Активно втручаюсь якщо дії рідних чи друзів шкодять здоров'ю	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Мода	5	7	4	5	2	5	4	5	5	7	5	6	1	6	5	6
Медіана	5	5	4	4	4	5	4	5	5	6	4	6	2	5	5	6

Характерно, що після експерименту, значно зросло число респондентів, які у своїх відповідях зазначили, що часто беруть участь у популяризації здоров'я (мода рівна 1 до експерименту та 6 після), а також їх розподіл по шкалі (медіана до експерименту рівна 2 – це означає, що половина учасників

ззначила, що ніколи не брали участі у популяризації здоров'я. Після експерименту $Md=5$, тобто відбувся зсув по шкалі, в сторону зростання числа тих, які досить часто, часто, та завжди беруть участь у популяризації здоров'я)

При статистичній перевірці (таблиця 2.27.), виявилось, що $G_e < G_k$ для всіх шкал, тобто зрушення є статистично достовірними. Це означає, що зміни, які відбулися при формуванні цього компоненту відповідального ставлення до здоров'я учнів, повпливали і на поведінково-діяльнісний компонент – змінилася поведінка респондентів в бік більш активних дій щодо зміцнення та покращення свого здоров'я.

Таблиця 2.27

Результати розрахунку значень G-критерію за даними, стосовно дій респондентів для покращення та зміцнення здоров'я (експериментальна група, N)

Можливі дії Розрах. значення	Займаюся фізичними вправами	Звертаюся до лікаря з профілактичною метою	Працюю над інтелектуальним розвитком	Аналізую свої вчинки, прогноую наслідки	Відмовляюся від певних дій які шкодять могому здоров'ю	Добррозичливо ставлюсь до оточуючих	Приймаю участь у популяризації здоров'я	Активно втручаюся якщо дії рідних чи друзів шкодять здоров'ю
К-ть позитивних зрушень	41	35	95	80	85	91	98	62
К-ть нульових зрушень	103	110	51	61	72	57	45	93
К-ть негативних зрушень	16	15	14	19	3	12	17	5
n	57	50	109	99	88	103	115	67
Типові зрушення	+	+	+	+	+	+	+	+
G_e	16	15	14	19	3	12	17	5
$G_k (p=0.05)$	21*	18	41*	40*	35	41*	45*	25*
$G_k (p=0.01)$	18*	16	37*	37*	32	37*	42*	23*

Дещо інша картина виявилася при аналізі відповідей респондентів, щодо їхніх дій у випадку нездужання (таблиця 2.28).

Як видно з даних, поданих у таблиці 2.28. у верхній частині шкали дещо зросло (в межах 5 %) число респондентів, які досить часто, часто та завжди у випадку нездужання звертаються до лікаря (48 % до та 50 % після експерименту), приймають ліки – 59 % і 64 % відповідно, покладаються на рідних (31 % і 33 %), намагаються отримати співчуття від інших (27 % і 31 %). Дещо зменшилось число тих, які досить часто, часто та завжди у випадку

нездужання намагаються не звертати на це уваги (24 % і 20 %), лікуються народними засобами (70 % і 69 %), звертаються за порадою до друзів (51 % і 49 %). У той же час 31 % до експерименту та 40 % після його проведення зазначили, що у випадку нездужання досить часто, часто та завжди чекають, коли воно пройде.

Таблиця 2.28

**Розподіл відповідей респондентів, щодо їх дій у випадку нездужання
(експериментальна група, у %)**

Шкала	Звертаюся до лікаря		Намагаюся не звертати на це уваги		Приймаю ліки		Лікуюсь народними засобами		Турботу про моє одужання беруть на себе рідні		Звертаюся за порадою до друзів		Чекаю, коли нездужання пройде		Намагаюся отримати співчуття від інших	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Ніколи	8	6	23	34	4	3	6	4	12	15	11	10	7	8	17	16
Інколи	6	6	12	9	4	6	4	4	8	13	14	11	16	8	13	18
Рідко	13	18	20	21	12	10	6	8	16	11	16	21	19	26	22	15
Не знаю (50x50)	24	21	21	16	21	17	14	15	13	13	27	24	27	18	21	21
Досить часто	21	21	10	12	23	26	17	16	23	23	18	19	19	26	13	16
Часто	16	16	6	7	16	19	14	16	13	11	11	11	9	9	13	11
Завжди	11	13	8	1	20	19	39	36	16	16	3	3	3	6	1	4

У нижній частині шкали збільшилося число респондентів, які ніколи, інколи та рідко у випадках нездужання звертаються до лікаря, намагаються не звертати на це уваги, покладаються на рідних. По інших варіантах відповіді шкалах показники залишилися або незмінними, або дещо зменшилися.

Значення мір центральної тенденції (таблиця 2.29.) в одержаних результатах відображають загальну картину. Якщо при узагальненні даних, отриманих на основі відповідей респондентів стосовно їх дій для зміцнення та покращення свого здоров'я достовірність цих даних сумнівів не викликала (був яскраво виражений типове позитивне зрушення та значно менше за величиною нетипове), то при аналізі даних, отриманих на основі відповідей респондентів стосовно їх дій у випадку нездужання, картина дещо інша.

Таблиця 2.29

Значення мір центральної тенденції у результатах оцінки респондентами експериментальної групи своїх дій у випадку нездужання

Характеристика	Звертаюся до лікаря		Намагаюся не звертати на це уваги		Приймаю ліки		Лікуюсь народними засобами		Турботу про моє одужання беруть на себе рідні		Звертаюся за порадою до друзів		Чекаю, коли нездужання пройде		Намагаюся отримати співчуття від інших	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Мода	4	5	1	1	5	5	7	7	5	5	4	4	4	3	3	4
Медіана	4	4,5	3	3	5	5	6	6	5	4	4	4	4	4	3	4

Зокрема, статистично достовірними $G_e < G_k$ виявилися негативне зрушення по шкалі. Намагаюся не звертати на це уваги та позитивне зрушення по шкалі Чекаю, коли нездужання пройде. Позитивне зрушення по шкалах Приймаю ліки, Звертаюся за порадою до друзів, Намагаюся отримати співчуття від інших та негативне зрушення по шкалі Лікуюсь народними засобами є статистично недостовірними $G_e > G_k$. По шкалах Звертаюся до лікаря значення, Турботу про моє одужання беруть на себе рідні G_e потрапляє у зону невизначеності на осі значимості G-критерію, а це означає, що не можна нічого сказати стосовно достовірності цих зрушень (таблиця 2.30).

Таблиця 2.30.

Розрахунок значень G-критерію стосовно дій респондентів у випадку нездужання (експериментальна група)

Можливі дії Розрах. значення	Звертаюся до лікаря	Намагаюся не звертати на це уваги	Приймаю ліки	Лікуюсь народними засобами	Турботу про моє одужання беруть на себе рідні	Звертаюся за порадою до друзів	Чекаю, коли нездужання пройде	Намагаюся отримати співчуття від інших
К-ть позитивних зрушень	39	19	15	10	16	42	52	45
К-ть нульових зрушень	100	84	135	132	110	90	84	80
К-ть негативних зрушень	21	57	10	18	34	28	24	35
n	60	76	25	28	50	70	76	80
Типові зрушення	+	-	+	-	-	+	+	+
G_e	21	19	10	10	16	28	24	35
$G_k (p=0.05)$	23	30	7	8	18	27	30	32
$G_k (p=0.01)$	20	27	6	7	16	24	27	29

Така картина, на нашу думку пов'язана з тим, що на час проведення формуючого експерименту його учасники не мали проблем із здоров'ям і у своїх відповідях не могли адекватно інтерпретувати свої дії на поведінковому рівні у випадку нездужання.

У контрольних групах прослідковуються тенденції, які були виявлені при вивченні чинників, які є причинами недостатнього піклування про здоров'я. Як ми вже зазначали, основний акцент у своїх відповідях респонденти робили на об'єктивних чинниках, демонструючи цим, що вони не докладають належних зусиль у збереженні свого здоров'я. Аналіз даних, отриманих на основі відповідей респондентів контрольних груп, свідчить про те, що коли не проводиться цілеспрямована робота по формуванню відповідального ставлення до здоров'я, в індивідуальній ієрархії системи термінальних цінностей учнівської молоді, особиста відповідальність за здоров'я 7 і 6 рангове місце відповідно, причому достовірність цих зрушень статистично не значима.

Схожа картина проявилася і при визначенні респондентами контрольних груп своїх дій для зміцнення та покращення здоров'я, а, також, дій у випадку нездужання. Показники, які характеризують їх дії для покращення та зміцнення здоров'я виявилися значно нижчими ніж у експериментальних групах. Учні, які входили до контрольних груп в основному пасивні в своїх діях і у випадку нездужання, оскільки 57% їх при першому опитуванні та 71% при кінцевому зазначили, що намагаються не звертати на це уваги, доручають турботу про своє одужання рідним (53 % та 69 %), 67 % та 81 % - чекають, коли нездужання пройде (виявлені зсуви статистично достовірні). Дещо збільшилося лише число тих, які у випадку нездужання звертаюся до лікаря – 58 % та 75 %.

В цілому, враховуючи результати узагальнення відповідей респондентів експериментальних групи, можемо обґрунтовано стверджувати, що учні стали здійснювати більш активні дії для збереження та зміцнення здоров'я, змінилася їх поведінка у випадку його погіршення, тобто відбулися позитивні зміни у рівні сформованості *практично-діяльнісного* компоненту відповідального ставлення до здоров'я. Це свідчить про те, що розроблені нами соціально-

педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я учнів сприяють до більш усвідомленої поведінки в сфері збереження та зміцнення здоров'я, вибору адекватних дій у випадку його погіршення, в ситуації вибору, прийняття відповідальності.

Досліджуючи здатність до прогнозування та оцінки наслідків поведінки (*рефлексивно-результативний* компонент відповідального ставлення до здоров'я) респондентам пропонувалося відповісти на питання: „Що Вам дасть участь у навчанні здоров'ю інших?“. Узагальнені дані, отримані нами у ході дослідження даного аспекту, подаємо у таблиці 2.31.

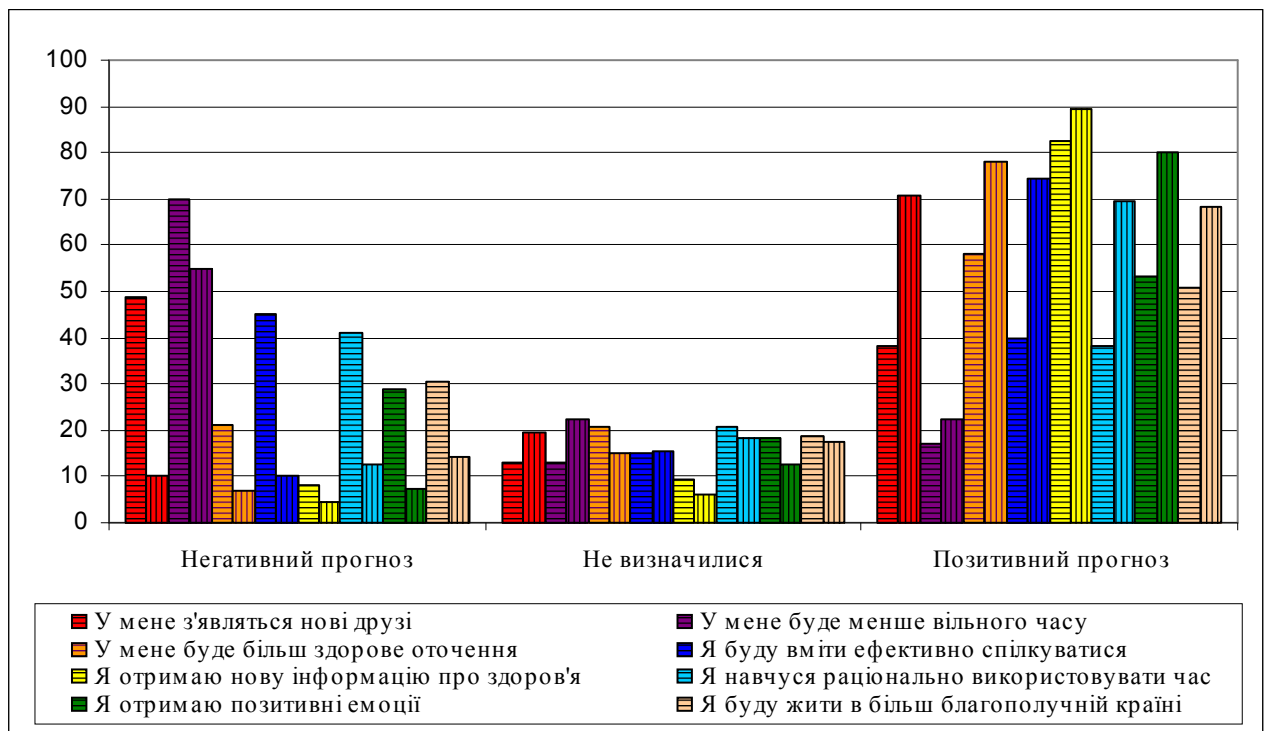
Таблиця 2.31

Розподіл відповідей респондентів за їх здатністю до прогнозування та оцінки наслідків поведінки (експериментальна група у %)

Шкала	У мене з'являться нові друзі		У мене буде менше вільного часу		У мене буде більш здорове оточення		Я буду вміти ефективно спілкуватися		Я отримаю нову інформацію про здоров'я		Я навчуся раціонально використовувати час		Я отримаю позитивні емоції		Я буду жити в більш благополучній країні	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Ні	31	3	38	24	4	2	15	4	3	1	18	4	13	3	9	6
Напевно ні	10	3	13	9	6	2	10	1	3	0	9	3	4	3	5	4
Скоріше ні	8	4	19	22	11	3	20	5	3	4	15	6	13	3	16	5
Не знаю (50 x 50)	13	19	13	23	21	15	15	16	9	6	21	18	18	13	19	18
Напевно так	9	22	6	11	24	19	14	16	29	17	19	23	21	25	23	22
Скоріше так	11	24	5	6	18	28	13	34	28	28	9	22	14	26	11	18
Так	18	24	6	6	16	32	14	24	25	44	11	25	18	29	16	29

Аналіз даних, поданих у таблиці 2.31. та рисунку 2.6. показує, що респонденти прогнозують в майбутньому, як наслідок їхньої роботи в тренінгових групах, появу у них нових друзів (38 % до експерименту та 71 % після його проведення), більш здорового оточення (58 % і 78 %), зростання рівня сформованості умінь ефективно спілкуватися (40 % і 74 %), раціонально використовувати час (38 % і 69 %), можливість отримати позитивні емоції

(53 % і 80 %). У той же час порівняно на небагато змінилися думки респондентів стосовно прогнозованого рівня життя – 51 % з них до експерименту та 68 % після зазначили, що будуть жити в більш благополучній країні, можливості отримати нову інформацію про здоров'я (83 % і 89 %). Характерно, що в основному, опитані учні не пов'язують свою участь у навчанні здоров'ю інших з втратою свого вільного часу (17 % до експерименту та 23 % після нього зазначили, що у них його буде менше).



Умовні позначення:

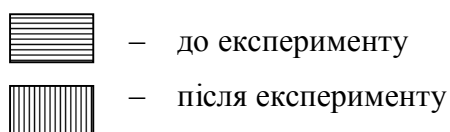


Рис. 2.6. Графічне представлення даних таблиці 2.31.

Якщо до експерименту, для характеристики та оцінки ефекту участі у навчанні здоров'ю інших найчастіше використовувалися формулювання Скоріше ні, Не знаю (50x50), Напевно так (мода рівна 3, 4 і 5 відповідно) (таблиця 1.32.), то після його проведення – Скоріше так та Так (M = 6 та M = 7). Істотно змінилася думка респондентів щодо того, що участь у навчанні здоров'ю інших приведе до появи нових друзів (M = 1 (Ні) до експерименту та

M = 7 (Так) після). Як до експерименту, так і після його проведення респонденти найчастіше зазначають, що участь у навчанні здоров'ю інших не приведе до втрати вільного часу (M = 6).

Таблиця 2.32

Значення мір центральної тенденції у результатах прогнозування респондентами наслідків своєї участі у навчанні здоров'ю інших(експериментальна група)

Характеристика	У мене з'являться нові друзі		У мене буде менше вільного часу		У мене буде більше здорове оточення		Я буду вміти ефективно спілкуватися		Я отримаю нову інформацію про здоров'я		Я навчуся раціонально використовувати час		Я отримаю позитивні емоції		Я буду жити в більш благополучній країні	
	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.	до експ.	після експ.
Мода	1	7	1	1	5	7	3	6	5	7	4	7	5	7	5	7
Медіана	4	5	2	3	5	6	4	6	6	6	4	5	5	6	5	5

Провівши аналіз зрушень, які відбулися у оцінках респондентами можливих наслідків їхньої участі у навчанні здоров'ю інших виявилось, що характерним є позитивні зрушення по всіх прогнозованих наслідках, причому це зрушення є статистично достовірним $G_e > G_k$ (таблиця 2.33).

Таблиця 2.33

Розрахунок значень G-критерію за результатами прогнозування респондентами наслідків своєї участі у навчанні здоров'ю інших (експериментальна група)

Варіанти відповідей Розрах. значення	У мене з'являться нові друзі	У мене буде менше вільного часу	У мене буде більше здорове оточення	Я буду вміти ефективно спілкуватися	Я отримаю нову інформацію про здоров'я	Я навчуся раціонально використовувати час	Я отримаю позитивні емоції	Я буду жити в більш благополучній країні
К-ть позитивних зрушень	91	59	81	88	65	83	79	72
К-ть нульових зрушень	53	79	66	59	83	63	64	74
К-ть негативних зрушень	16	22	13	13	12	14	17	14
n	107	81	94	101	77	97	96	86
Типові зрушення	+	+	+	+	+	+	+	+
G_e	16	22	13	13	12	14	17	14
G_k (p=0.05)	41*	32*	38	41*	30*	33*	39	34
G_k (p=0.01)	37*	29*	35	37*	27*	30*	36	31

Узагальнюючи результати аналізу впливу застосованих соціально-

педагогічних технологій на формування рефлексивно-результативного компоненту відповідального ставлення до здоров'я, можна зробити висновок про те, що розроблений нами тренінг сприяє розвитку у їх учасників здатності прогнозувати та більш адекватно оцінювати наслідки своєї поведінки в сфері здоров'я.

Застосування технологій приводить до: підвищення рівня сформованості всіх компонентів: а значить рівня відповідального ставлення до здоров'я в цілому; усвідомленого вибору активних дій, поведінки в сфері збереження та зміцнення здоров'я, здійснення адекватних дій у випадку його погіршення, прийняття відповідальних рішень, розвитку здатності прогнозувати та більш реально оцінювати наслідки своєї поведінки в сфері здоров'я. Таким чином, ефективність соціально-педагогічної педагогічної умови відповідність змісту освітніх/просвітницьких програм сутнісним та структурним характеристикам відповідального ставлення до здоров'я перевірена та підтверджена.

Перевірка результативності розроблених нами технологій дала змогу констатувати наявність істотних якісних розходжень між контрольними та експериментальними групами в динаміці рівнів сформованості відповідального ставлення до здоров'я.

Як видно із таблиць (див.таблиці 2.34; 2.35.) відбувається позитивна динаміка в рівнях сформованості відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Порівняння даних експерименту засвідчило, що в результаті поетапного вирішення завдань дослідження в експериментальних групах відбулися позитивні зміни у рівнях сформованості відповідального ставлення до здоров'я

. Так, процент учнівської молоді з оптимальним рівнем сформованості відповідального ставлення до здоров'я збільшилася після реалізації технології „Рівний – рівному” з 3,0% до 34,7%; процент учнівської молоді з початковим рівнем сформованості знизився з 63,6 % до 0,0 %.

Аналіз результатів технології „Здоров'я через освіту” показує що оптимальний рівень відповідального ставлення до здоров'я в

експериментальній групі із 2,3 % зріс до 21,1 %, а в контрольних – з 2,5 % до 3,2 % . Головна відмінність виявляється при порівнянні показників початкового рівня відповідального ставлення до здоров'я, який в експериментальних групах зменшився з 62,3% до 9,7 % , а в контрольних (з 60,4 % до 58,9%).

Таблиця 2.34

Рівні сформованості відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді в контрольній і експериментальній групах (технологія „Рівний – рівному”N=160 , у % до загального числа)

Рівні	I етап оцінювання						II етап оцінювання					
	ЕГ			КГ			ЕГ			КГ		
	Поч.	Зав	Різниця	Поч %	Зав %	Різниця	Поч	Зав	Різниця	Поч	Зав	Різниця
Початковий	63,6	10,3	-53,3	53,0	48,5	-4,5	10,3	0,0	-10,3	48,5	41,8	-6,7
Ситуативний	22,0	44,9	+22,9	38,4	41,7	+3,3	44,9	22,3	+22,6	41,7	47,3	+5,6
Середній	11,4	29,4	+18,0	5,6	6,3	+0,7	29,4	43,0	+13,6	6,3	6,7	+0,4
Оптимальний	3,0	15,4	+12,4	3,0	3,5	+0,5	15,4	34,7	+19,3	3,5	4,2	+0,7

Таблиця 2.35

Рівні сформованості відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді в контрольній і експериментальній групах (технологія „Здоров'я через освіту ” N=300, у % до загального числа)

Рівні	I етап оцінювання						II етап оцінювання					
	ЕГ			КГ			ЕГ			КГ		
	Поч.	Зав	Різниця	Поч %	Зав %	Різниця	Поч	Зав	Різниця	Поч.	Зав	Різниця
Початковий	62,3	14,4	- 47,9	60,5	57,8	-2,7	14,4	9,7	-4,7	57,8	56,9	-0,9
Ситуативний	25,0	43,9	+18,9	28,4	30,2	+1,8	43,9	41,3	+2,6	30,2	30,8	+0,6
Середній	10,4	22,3	+11,9	8,6	9,0	+0,4	22,3	27,9	+5,6	9,0	9,1	+0,1
Оптимальний	2,3	18,4	+16,1	2,5	3,0	+0,5	18,4	21,1	+3,3	3,0	3,2	+0,2

Порівняльний аналіз початкових та кінцевих результатів рівня сформованості відповідального ставлення до здоров'я учнівської молоді

контрольних та експериментальних груп свідчить, що після проведення формувального етапу експерименту в експериментальній групі відбулися суттєві позитивні зрушення досліджуваного феномену. Отримані дані також були оброблені загальноприйнятими методами математичної статистики за формулою t-критерію Стьюдента.

Порівняльний аналіз динаміки рівня сформованості відповідального ставлення контрольних та експериментальних групах та вірогідність їх розходжень в обох групах до і після експерименту представлений в табл. 2.36; 2.37.

Таблиця 2.36

Вихідні й кінцеві дані динаміки сформованості відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді в контрольній і експериментальній групах і вірогідність їх розходжень (технологія „Здоров'я через освіту“)

Сформованості відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді	Дані рівня							
	Група							
	контрольна				експериментальна			
	В	К	t	Р	В	К	t	Р
Динаміка рівня	1,618	1,762	1,111	*	1,612	3,876	16,641	** **

Примітки „В” - вихідні дані рівня „к” → кінцеві дані;
 „t” → критерій Стьюдента;
 „р” → вірогідність розходження результатів-

Особливі зміни відбулися після другого етапу в технології „Рівний – рівному”.

Таблиця 2.37

Вихідні й кінцеві дані динаміки сформованості відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді в контрольній і експериментальній групах (технологія „Рівний-рівному” і вірогідність їх розходжень

Сформованості відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді	Дані рівня							
	Група							
	контрольна				експериментальна			
	В	К	t	Р	В	К	t	Р
Динаміка рівня	1,637	1,931	1,347	*	1,462	4,831	18,738	** **

Підтвердженням цьому слугують і результати анкетування інструкторів. На запитання „Яким чином змінилося Ваше ставлення до здоров'я”, учасники дали такі відповіді:

„Я усвідомила: справді здоров'я – це цінність. Переглянула свій спосіб життя, звернула увагу на деякі грані свого здоров'я, відчула відповідальність за збереження репродуктивного здоров'я”; „Я тепер розумію, що здоровий спосіб життя – це не тільки страх за своє майбутнє, а стиль життя, потреба бути щасливим й успішним”.

На запитання анкети „Як робота інструктором сприяла Вашому особистому благополуччю у різних сферах життя” відповіли так:

у психологічній сфері – „ навчилася контролювати емоції”, стала більш толерантною”, „навчився приймати рішення”; *у емоційній сфері* – „став врівноваженим”, „отримала багато позитивних емоцій”; *у духовній сфері* – „відбулося духовне збагачення”, „стала відповідальнішою”, „намагаюсь із розумінням ставитись до оточуючих”; *у соціальной сфері* – „розширила коло спілкування”, „став впливовішим у колі друзів”, „з'явилися нові друзі”, „я навчилася ефективно спілкуватись з людьми”; *у інтелектуальній сфері* – „отримав нову інформацію”, „стала працювати над розвитком інтелекту”, „я навчилася правильно і зрозуміло викладати здобуту інформацію”; *у екологічній сфері* – „бережливо ставлюсь до свого здоров'я та здоров'я інших”; *у професійній сфері* – „визначилась з майбутньою професією”, „відкрила в собі нові здібності”.

Участь у просвітницькій діяльності сприяє, як уже зазначалося задоволенню базових потреб учнівської молоді в різноманітній творчій діяльності, визнанні й повазі інших, самореалізації і самоствердженні, задоволенні й успіху, сприяє розвитку соціальної компетентності і соціальної відповідальності. Ось як відповіли інструктори на запитання „Що особисто дала Вам участь у просвітницькій діяльності?": „Однокласники та друзі, які вчать не в моїй школі почали більше мене поважати й розуміти, що я намагаюся зробити кращим життя”; „спілкування з однолітками дали мені відчуття, що я можу щось досягти”; „я став почувати себе дорослішим, інші люди почали ставитися до мене як до особистості”.

Участь у просвітницькій діяльності формує життєві навички, необхідні для розвитку особистості, досягнення благополуччя: ефективного спілкування (які відпрацьовуються на формальному (проведення занять) і неформальному рівнях; усвідомлення власної індивідуальності; розуміння, врахування та поваги індивідуальності й неповторності інших людей; самостійного прийняття рішення; самоконтролю власної поведінки; самоповаги; самоусвідомлення культури проведення вільного часу; вміння пристосовуватися до змін соціального середовища; здійснювати рефлексивну й самооцінну діяльність.

Серед результатів експериментальної роботи звертає на себе увагу підвищення рівня інформованості фахівців, які були залучені до участі у впровадженні технологій (табл.2.38).

Таблиця 2.38

Динаміка рівнів інформованості спеціалістів (N=183, у %)

Твердження	Рівень інформованості	Оптимальний	Достатний	Середній	Низький	Початковий
Я знаю соціально-педагогічні умови формування відповідального ставлення до здоров'я	до навчання	6	17	34	23	20
	після навчання	23	41	27	9	
Я можу дати означення технології „Рівний-рівному”	до навчання	3	18	15	17	47
	після навчання	24	45	28	3	
Я знаю принципи реалізації технології „Рівний-рівному”	до навчання	1	22	15	26	36
	після навчання	18	32	33	17	
Я знаю етапи технології „Рівний-рівному”	до навчання	3	18	15	29	35
	після навчання	24	50	26		
Я знаю як організувати роботу інструкторів	до навчання		19	24	6	51
	після навчання	22	31	29	18	

Як видно з табл. 2.38. після проведеного навчання значно зріс % спеціалістів з оптимальним рівнем (6% і 23%), підвищився рівень інформованості спеціалістів щодо концептуальних положень сприяння покращенню здоров'я, ефективних способів організації процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді.

Аналіз анкетування соціальних працівників, педагогів допоміг вичленити ті зміни в знаннях, до яких привели програми підготовки педагогів-тренерів, а

same: допомогли звести воєдино розрізнену інформацію, яка була щодо здоров'я; дала змогу побачити системно процес формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості; участь у програмі викликала переосмислення власного ставлення до здоров'я; відбулося збільшення обсягу знань, розширення кругозору з цієї теми, з'явилися нові ідеї на основі отриманої інформації; з'явилося бажання й упевненість розповісти про свої переконання іншим; отримання знань і умінь для практичної роботи з учнями, батьками, педагогами; з'явилась здатність легко орієнтуватися в інтерактивних методах.

Учасники відзначили, що робота під час навчальних тренінгів була спрямована на формування в них трьох рівнів компетентності, а саме: *теоретичний* рівень – отримані теоретичні знання допоможуть системно організувати процес та готувати освітні програми формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді; *методичний* рівень – освоєні нові способи реалізації цього процесу (проведення освітнього тренінгу згідно з його алгоритмом, реалізації технологій); *особистісний* рівень – підвищили свій професійний рівень – „тепер зможу надавати значну допомогу в організації такої роботи в школі”, „маю бажання застосувати отримані знання на практиці”.

Зміни в поведінці аналізувалися на підставі того, чи проводять соціальні працівники в повсякденній практиці тренінги, чи використовують інтерактивні методи роботи. Аналіз їх діяльності показав, що із 183 учасників, які пройшли навчання, працюють за технологіями 107, 88 % використовують отримані знання в особистому та професійному житті.

Як свідчать дані порівняльного аналізу, запропоновані нами система формування готовності фахівців дала змогу не лише істотно підвищити рівень інформованості, знань та умінь, але й забезпечити їх стабільну динаміку.

Результатами впровадження технологій можна вважати такі зміни в діяльності освітніх установ із формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді: створені команди, котрі активно реалізують процес формування відповідального ставлення до здоров'я на принципах концепції сприяння покращенню здоров'я; у вчителів і учнівської молоді

змінилися ціннісні пріоритети стосовно здоров'я; сформовано атмосферу підтримки творчої ініціативи вчителів, які використовують інтерактивні методи навчання.

Відповідно, можна констатувати наступні зміни, які відбулися в навчальних закладах, де впроваджувалися технології: відбулося перенесення акценту з фізичного на духовний і соціальний аспекти здоров'я, а також усвідомлення важливості громадського здоров'я; у вчителів сформувався новий погляд на проблему покращення здоров'я; підвищилася їхня професійна компетентність щодо застосування інтерактивних методів; керівники навчальних закладів стали приділяти особливу увагу створенню сприятливого середовища; змінилося уявлення про проведення роботи по покращенню здоров'я в школах; виникло розуміння необхідності створення комплексної загальношкільної програми, формування команди однодумців для її реалізації.

Означене вище дає змогу зробити висновок, що розроблені соціально педагогічні технології є механізмами отримання високого і постійно наростаючого ефекту в сфері сприяння здоров'ю. Їх упровадження сприяє підвищенню рівнів сформованості відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді, покращенню їх здоров'я.

Технології „Рівний – рівному” та „Здоров'я через освіту” формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді є інструментом посилення потенціалу соціальних працівників через освоєння ними інноваційних способів реалізації соціально- педагогічної діяльності, набуття ними практичних навичок, які їм необхідні та підвищують результативність їхньої роботи.

Отже, процес формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді є більш ефективним, якщо його реалізація здійснюється на основі соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я.

Висновки до другого розділу

У другому розділі розглянуто питання обґрування і впровадження соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я.

Визначено соціально-педагогічну технологію формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді. *Це стандартний комплекс методично описаних і послідовно впроваджених дій та процедур, результатом яких є вироблення відповідної позиції в суб'єктів здоров'я.*

Розкрито сутність технологій: алгоритмована діяльність зі створення й використанню умов, що забезпечують задоволення актуальних потреб, мобілізацію та розвиток ресурсів учнівської молоді й, отже впливають на її вільний індивідуальний особистий вибір щодо здоров'я, що спричиняє якісні зміни в компонентах ставлення до здоров'я.

Встановлено, що структура соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді складається із семи компонентів, взаємопов'язаних між собою: мета, завдання, принципи, соціально-педагогічні умови, алгоритм (послідовність дій), очікуваний результат, критерії оцінювання.

Визначено, що технології формування відповідального ставлення до здоров'я, згідно класифікації Ю. Сурміна, Н. Туленкова, є комплексними (відображають явище, у всіх його проявах); інноваційними (є нововведеннями); навчальними й інформаційними (орієнтованими на отримання, передачу інформації, здійснення процесу навчання); формуючими (направлені на формування означеного процесу); стратегічно-тактичними (орієнтовані на досягнення близьких цілей у конкретних умовах для вирішення стратегічної мети).

Акцентовано увагу, що під час здійснення цих технологій, особливого значення набувають принципи *добровільності*, *„навчаючи – вчуся”*, *суб'єкт-суб'єктного спілкування*. Принцип добровільності реалізується через самостійність прийняття рішення учасниками (як дорослими, так і молоддю)

щодо участі в навчанні та проведенні подальшої просвітницької роботи у сфері сприяння здоров'ю. Принцип „навчаючи–вчуся” здійснюється завдяки можливості підвищення власної компетентності шляхом передання інформації ровесникам і засвоєння нового досвіду. Принцип суб'єкт–суб'єктного спілкування полягає в тому, що в освітньому процесі та міжособистісному спілкуванні постійно враховуються інтереси, почуття всіх його суб'єктів. Принцип передбачає визнання цінності особистості іншої людини, її думок, досвіду.

Розроблено й апробовано методику оцінювання ефективності соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді. Запропоновано дві групи *індикаторів* оцінювання ефективності технологій: 1) індикатори результату – рівні сформованості відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді; 2) критерії процесу: наявність необхідних і достатніх соціально-педагогічних умов формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, дотримання принципів та алгоритму технологій, професійність спеціалістів.

Науково обгрунтовано й експериментально перевірено алгоритми здійснення соціально-педагогічних технологій „Рівний – рівному”, „Здоров'я через освіту” формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

У технології „Рівний – рівному” виокремлено такі етапи в алгоритмі діяльності як:

- оцінювання ресурсів та можливостей використання технології;
- підготовка спеціалістів (педагогів-тренерів) до організації та проведення роботи за технологією;
- робота підготовлених спеціалістів із групами учнівської молоді для забезпечення їх достовірною науковою інформацією щодо сприяння здоров'ю (проведення освітнього тренінгу);
- підготовка інструкторів із числа учнівської молоді до просвітницької діяльності в середовищі ровесників із числа тих, хто пройшов навчання і виявив

бажання працювати з однолітками;

- організаційний та методичний супровід дорослими спеціалістами проведення занять інструкторами;

- діяльність щодо мотивації та підтримки діяльності інструкторів; моніторинг та корекція діяльності спеціалістів й інструкторів відповідно до результатів моніторингу;

- оцінювання результативності впровадження та реалізації технології.

В алгоритмі соціально-педагогічної технології тренінгу „Здоров’я через освіту„ виокремлено такі етапи як:

- оцінювання ресурсів та можливостей використання технології;

- підготовка спеціалістів до проведення освітнього тренінгу, організації роботи;

- робота підготовлених спеціалістів із групами учнівської молоді з проведення навчання за програмою освітнього тренінгу;

- розробка і реалізація проектів учнівською молоддю;

- оцінка результативності впровадження та реалізації технології.

Результати формульованого етапу опрацьовано, проаналізовано та представлено на сторінках дисертації, представлено порівняльну характеристику між експериментальними та контрольними групами на початок і кінець експерименту.

Порівняння даних формульованого етапу експерименту засвідчило, що в результаті поетапного розв’язання завдань дослідження в експериментальних групах відбулися позитивні зміни в рівнях сформованості відповідального ставлення до здоров’я.

Найбільшу кількість учнівської молоді з оптимальним рівнем відповідального ставлення зафіксовано після реалізації соціально-педагогічної технології „Рівний – рівному”. Це свідчить про те, участь учнівської молоді в просвітницькій діяльності по поширенню інформації для благополуччя громадського, забезпечуючи особистий розвиток молодих людей, сприяє активному становленню їх позиції стосовно здоров’я.

Застосування соціально-педагогічних технологій приводить до: зростання в учнівської молоді рівня знань про здоров'я та його фактори, відповідальності за свої дії, вчинки, оцінювання їх з точки зору впливу на стан здоров'я, розуміння ролі здоров'я в життєдіяльності людини, змін в ієрархії системи термінальних та інструментальних цінностей учнівської молоді – здоров'я виходить на провідне місце і як найбільш важлива цінність, і як інструмент досягнення успіху в житті, формуванню переконань, що головними чинниками недостатнього піклування людини про своє здоров'я є відсутність належних вольових зусиль у збереженні здоров'я, його зміцненні.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. У дисертації наведено теоретичне узагальнення й нове вирішення наукової проблеми формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, що виявляється в обґрунтуванні, розробці й експериментальній перевірці соціально-педагогічних технологій, які сприяють підвищенню ефективності процесу.

2. Обґрунтовано, що документи міжнародного значення із сформованими у них концептуальними засадами сприяння покращенню здоров'я (Алма-атинська декларація, Оттавська Хартія, Аделаїдські рекомендації, Сундсвальська заява, Джакартська декларація, Всесвітня декларація з охорони здоров'я „Здоров'я для всіх у XXI столітті”, Бангкокська Хартія) мають використовуватися методологічною базою для практичної соціально-педагогічної роботи, спрямованої на формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, оскільки в них найповніше охарактеризовано сучасне розуміння поняття „здоров'я” як складного феномену глобального значення, утверджується системна діяльність із надання можливостей людям посилювати контроль за власним здоров'ям та його чинниками й тим самим покращувати його.

3. Теоретично обґрунтовано поняття „відповідальне ставлення до здоров'я” як позицію особистості, котра обумовлює регуляцію індивідуальних реакцій і вольове здійснення діяльності стосовно факторів здоров'я для оптимального поєднання особистих можливостей і можливостей середовища задля досягнення благополуччя. Визначено структуру відповідального ставлення до здоров'я, що становить єдність когнітивно-пізнавального, емоційно-оцінного, потребнісно-ціннісного, мотиваційно-вольового, практично-діяльнісного, рефлексивно-результативного компонентів, їх критерії та показники.

4. Розкрито сутність поняття „формування відповідального ставлення до здоров'я”: це цілеспрямована, системна діяльність, спрямована на вироблення та виявлення позиції щодо здоров'я в особистості в спеціально створюваних

умовах. На підставі аналізу концептуальних положень сприяння покращенню здоров'я розкрито принципи самовизначення, активізації потенціалу, участі, соціального підкріплення, партнерства; п'ять пріоритетних напрямів (політика заради здоров'я, освіта заради здоров'я, створення сприятливого середовища, розвиток особистості заради здоров'я, розвиток громади заради здоров'я) формування відповідального ставлення до здоров'я. Організація цього процесу передбачає оцінювання ставлення до здоров'я, аналіз факторів, які детермінують здоров'я і які потрібно вдосконалити, розробку дій, здійснення та оцінювання їх результативності.

5. Виокремлено й теоретично обґрунтовано соціально-педагогічні умови, що визначають успішність технологічного забезпечення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді, а саме: організація діяльності на концептуальних засадах сприяння покращенню здоров'я, завдяки чому забезпечується його системність і цілісність; відповідність змісту освітніх/просвітницьких програм сутнісним та структурним характеристикам відповідального ставлення до здоров'я, що забезпечує комплексність навчання та створює можливості для набуття особистістю життєвої компетентності щодо питань здоров'я; забезпечення участі учнів в діяльності щодо покращення громадського здоров'я, завдяки чому створюються можливості для усвідомлення ними своєї ролі та своєї цінності для благополуччя країни; застосування інтерактивних методів навчання, завдяки чому відбувається формування відповідального ставлення до здоров'я, що „сконструйоване” на основі власних дій; готовність фахівців (концептуальна, технологічна, психологічна).

6. Науково обґрунтовано, розроблено та впроваджено соціально-педагогічні технології „Рівний – рівному” та „Здоров'я через освіту” формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді. Методично описані розроблені технології через розкриття основних видів діяльності, методів та форм їх реалізації на кожному етапі. Обґрунтовано доцільність використання тренінгу в якості основного методу тренінгу.

7. На основі зіставлення отриманих результатів, їх кількісного і якісного аналізу доведено, що здійснення процесу розробленими технологіями привело до суттєвих статистично значущих змін у кожному компоненті відповідального ставлення до здоров'я і рівнях сформованості досліджуваного явища загалом. Відбувалися зміни в усіх компонентах відповідального ставлення, що проявилось в рейтинговій структурі цінностей (цінність здоров'я домінуюча), в розвитку здоров'язберігаючої грамотності та компетентності учасників експериментальних груп.

Виконане дослідження за своєю сутністю є першою спробою системного вивчення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді й не претендує на вичерпне вирішення цієї проблеми. До перспективних напрямів наукових розробок належать дослідження й розробка соціально-педагогічних технологій компонентів процесу, удосконалення соціально-педагогічного інструментарію для моніторингу й оцінювання.

Додаток А

Райдуга факторів здоров'я



Рис. А.1. Модель факторів здоров'я

Охарактеризуємо подані в моделі фактори.

Загальні соціально-економічні, культурні й екологічні фактори включають: безпечні екосистеми, сталі відносини між людьми та природою, цінності та правила суспільства, культурну цілісність й ідентичність, гордість за спадщину та традиції, доступ до та використання мудрості й знань минулого, здорове ототожнення з процесами життєдіяльності своєї культури; політику й економіку.

Умови життя і роботи включають: освіту, умови праці, умови проживання, доступ до та якість медичних послуг, систему мінімального соціального захисту, водопостачання, сільське господарство, виробництво продуктів харчування, можливість працевлаштування. Зазначимо, що одним із ключових факторів, які впливають здоров'я, є *освіта*. Формальна освіта в навчально-виховних закладах чи неформальна – у родині, громадах, суспільстві поліпшує можливості працевлаштування, підвищення доходу й озброює людей навичками досягнення благополуччя, вирішення особистих та суспільних проблем.

Соціальні мережі й мережі співтовариств включають: солідарність,

соціальну підтримку родини, друзів, місцевої громади; міцні сім'ї, свободу від страху, форм насильства як у родинях, так і в усіх інших аспектах колективного життя людей громади. Соціальна стабільність, гарні взаємовідносини та згуртованість громад забезпечують багато в чому благополуччя країни.

Особистий спосіб життя включає ставлення до здоров'я, навички досягнення благополуччя, адаптації середовища, яке швидко змінюється. Вибір ставлення до здоров'я – це особисте рішення, що безпосередньо впливає на здоров'я людини. Властивості особистості, відчуття корегентності, навички, якими володіє людина, – найважливіший чинник здоров'я. Так, наприклад, відсутність в особистості мотивації до самопізнання, саморегулювання і саморозвитку створює основу для алекситимії – схильності до психосоматичних захворювань. Дослідження сил опірності людини показують, що вирішальними для покращення людського розвитку, досягнення благополуччя є відчуття корегентності. Покращенню здоров'я, згідно з концепцією салютогенезу Антоновські (Antonovski) [334] сприяють головним чином три чинники: а) *усвідомленість* – навантаження, вимоги й завдання, з якими індивіди та групи стикаються можна прогнозувати й віднести їх до певної групи сприйняття; б) *керованість* – у наявності є можливості, що дають змогу реагувати й діяти, а також контролювати події, які відбуваються; в) *здійсненність* – існує можливість переслідування індивідуальних або колективних цілей і/або їх досягнення. Сукупність цих трьох факторів і була названа Розенброком (Rosenbrock) корегентністю” [303, с. 10]. Відчуття когерентності, тобто відповідності між власними можливостями й вимогами середовища, адекватне оцінювання своїх можливостей, відчуття власної значущості й ефективності формується в роки становлення особистості й модифікується в дорослості.

Вік, стать, особливості організму, етнічні особливості – добірка незалежних від волі людини зовнішніх і внутрішніх особливостей організму, що успадковані від батьків. Однак слід зазначити: уява про ці чинники як такі, що не піддаються впливу, поступово змінюється. Спростовується теза, що хороша особиста біологія та генетика самі по собі є запорукою здоров'я незалежно від поведінки, а гірша спадковість неодмінно спричинить хвороби.

Додаток Б

Таблиця Б.1.

Порівняльна характеристика моделей навчання здоров'я

Показник	Модель інформаційна	Модель Удосконалення особистості	Модель радикально-політична, або соціальних змін	Модель дій на благо здоров'я
Концепція здоров'я	Медична	Ціннісна	Соціальна	Ціннісно-соціальна
Мета	Зміна поведінки	Розвиток здатності контролювати свою поведінку, приймати самостійні рішення	Зміна зовнішніх обставин, факторів середовища для щоб допомогти прийняттю правильних з погляду здоров'я рішень	Розвиток відповідального ставлення до здоров'я
Направленість освітнього процесу	На знання	На розвиток самооцінки, упевненості в собі й самоконтролю	На здатність брати участь в перетворенні навколишнього середовища	На формування концепції та філософії життя особистості в сучасних умовах
Очікуваний результат	Зміна поведінки	Компетентність діяти в інтересах свого здоров'я	Зміни в загальних культурних установках внаслідок певного суспільного „тиску” і відповідно поведінці і поглядах окремих осіб	Компетентність діяти в інтересах свого здоров'я і громадського

Додаток В

Характеристики складових здоров'я

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, прагненням виробляти відчуття належності до всього людства.

Духовна складова включає опанування особистістю багатства духовної культури людства, долучення до вищих цінностей людського буття, розуміння і переживання сенсу життя, реалізація прагнення зробити свій внесок до збереження вищих цінностей.

Екологічна складова – ставлення людини до природи, її вплив на навколишнє середовище, а також вплив цього середовища на саму людину, відчуття причетності до світу природи, культура споживання.

Психологічна складова віддзеркалює вміння людини пристосовуватися до мінливих умов життя, розвиватися та самовдосконалюватися, здатність до самоуправління поведінкою, гнучкість, прийняття невизначеності та до здійснення якнайкращих виборів в конкретній ситуації і в житті загалом.

Емоційна складова розкриває вміння людини адекватно переживати все, що з нею відбувається, розуміти емоції й почуття інших людей, керувати своїм емоційним станом, бути емоційно врівноваженою, здатність людини конгруентно виражати свої відчуття.

Сексуальна складова визначається здатністю встановлювати гармонійні інтимні відносини з іншими людьми; здатністю до насолоди й контролю сексуальної і дітородної поведінки відповідно до норм соціальної й особистої етики.

Інтелектуальна складова визначається здатністю людини знаходити потрібну їй інформацію, засвоювати нові знання, використовувати їх, приймаючи ті чи інші життєві рішення, здатністю людини розвивати інтелект.

Професійна складова характеризується професійним самовизначенням людини, відчуттям перебування на „своєму місці”, самореалізацією в обраній професії та задоволенням від того, що вона робить.

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.

Додаток Г

Принципи розробки соціально-педагогічних технологій¹

Принцип *ефективності й оптимальності* визначає потребу технології, її соціальну суть і цінність, які полягають в тому, щоб зробити соціальну життєдіяльність людей раціональнішою і менш витратною.

Принцип *цілепокладання* передбачає з'ясування і дослідження соціальної проблеми; формулювання узагальненої мети-місії соціальної технології, декомпозицію мети на підцілі (завдання), побудову чіткої системи завдань, використання ясної, конкретної мови для їх опису; надання чіткої цільової спрямованості діяльності.

Принцип *системності* орієнтує на системне, комплексне перетворення об'єкта. Розробка технології передбачає врахування всіх факторів і наслідків діяльності, напрацювання чіткого алгоритму її здійснення. Нагадаємо, що в 1. 3. параграфі представлено модель факторів здоров'я і план-схему змін з метою сприяння здоров'ю, що слугували нам матрицями під час розробки соціально-педагогічних технологій дослідження.

Принцип *гуманізму*, який відображає ставлення до людини як до вищої цінності, передбачає, що технології повинні бути підпорядковані інтересам людини, зміцненню їх прав. Цей принцип передбачає також конструювання соціального середовища, що сприяє саморозвитку й самореалізації особистості.

Сенс *принципу синергізму* полягає в розробці конкретного й дієвого механізму отримання високого та постійно наростаючого ефекту, досягнення синергетичного ефекту примноження.

Принцип *проблемності* включає два підпринципи. Перший свідчить про те, що соціальна технологія повинна вирішувати реальну соціальну проблему; немає проблеми – немає і технології. Другий підпринцип орієнтує на те, щоб сама технологія не створювала проблем. На думку авторів, якщо це

відбувається, то це найправильніший індикатор неефективності соціальної технології.

Принцип *інноваційності* передбачає, що технології повинні бути формою і засобом реалізації нововведень.

Принцип *обґрунтованого* використання соціального досвіду передбачає раціональне й обдумане використання досягнень (наукової і практичної діяльності) інших регіонів і країн.

Принцип *кардинальності* полягає у створення таких соціальних технологій, які б якісно відрізнялися від тих, що є.

Принцип *саморозвитку* акцентує увагу на тому, що соціальні технології не повинні бути дуже жорсткими; у них завжди повинна бути закладена здатність до гнучкості й саморозвитку.

¹ Сурмин Ю.П., Туленков Н.В. Теория социальных технологий: учеб. пособие./ Сурмин Ю.П., Туленков Н.В – К. : МАУП, 2004. – 608 с.

Додаток Д

Досвід запровадження методу „рівний – рівному” в просвітницьку діяльність з проблем здоров'я

Вперше використання методу „рівний – рівному” апробовано на Дніпропетровщині в межах пілотного проекту „Скажи наркотикам: Ні!” Всеукраїнського Благодійного Фонду розвитку протинаркотичних і проти-алкогольних програм за підтримки Українського офісу Християнського Дитячого Фонду (координатор проекту – автор дисертації) та служби у справах неповнолітніх облдержадміністрації.

У межах проекту адаптовано й розвинуто технологію підготовки підлітків для роботи з ровесниками (метод „рівний – рівному”) з метою поширення інформації про шкідливість наркотиків, ВІЛ-інфекцію, СНІД у середовищі неповнолітніх під час формального (проведення занять, виступів) і неформального спілкування.

Упровадження методу проходило за певними етапами, які ми намагалися виокремити на основі досвіду реалізації проекту:

1 етап – оцінювання потреби й можливості використання технології навчання ровесників ровесниками в певному регіоні чи стосовно певної проблеми.

Для популяризації та вивчення можливості запровадження ми підготували повідомлення на педагогічних конференціях і семінарах; направили прес-релізи в засоби масової інформації; розіслали інформаційні листи в навчальні заклади м. Дніпропетровська. На 137 таких листів із 28 навчальних закладів надійшли відповіді (слід зазначити, що в 1998 р. навчання ровесників ровесниками не сприймалося, а тим більше з такої проблеми, як профілактика наркоманії). Саме в цих закладах проведено анкетування 846 осіб (адміністрація, педагоги, учні) для виявлення зацікавленості в реалізації проекту та наявних проблем із питань профілактичної діяльності. За результатами відібрано чотири навчальні заклади в чотирьох із восьми районів міста. Для організації спільної роботи укладено

договори із середніми школами № 8, № 67, ПТУ № 5, монтажним технікумом.

2 етап – добір, підготовка і створення команди дорослих спеціалістів з навчання ровесників ровесниками.

У реалізації проекту особлива роль належить дорослим спеціалістам, які повинні вміти добирати, адаптувати інформацію; навчати, мотивувати, організовувати діяльність підлітків; проводити супервізію; розробляти стратегію і, головне, вміти бути на рівних із підлітками. Відмінність такої навчально-виховної технології полягає саме в тому, що „тренер перебуває на рівних”, а не за класичною формою „вчитель над учнем”. Для пошуку таких спеціалістів проведено інформаційні зустрічі з наркологами, психологами, соціальними працівниками, студентами ДНУ. Після анкетування їм запропоновано підготувати заняття. За результатами проведених ними занять на підготовчих семінарах для дорослих спеціалістів на конкурсній основі відібрано спеціалісти для участі в проекті. З них і сформовано команду тренерів.

3 етап – розробка, адаптування методичних і навчальних матеріалів.

Команда тренерів розробила заняття для проведення в навчальних закладах; переклала буклети про шкідливість наркотиків, алкоголю, тютюну; переклала та адаптувала книгу „How to create an effective peer education project” („Як створити ефективний проект навчання ровесників ровесниками”) [336].

4 етап – відбір підлітків для участі в тренінгах.

Відбір учасників тренінгу в різних навчальних закладах проводився по-різному. У СШ № 67 учасників тренінгу відібрали психологи школи. У СПТУ № 5, СШ № 8 та монтажному технікумі спочатку проводили зустрічі, відеоуроки, анкетування всіх учнів, а потім за їхнім бажанням сформували групи.

5 етап – навчання, підготовка підлітків для роботи з ровесниками (проведення тренінгів).

Графік занять визначався для кожного навчального закладу окремо. Навчальна програма була розрахована на 80 год. і містила три основні розділи: а) *знання про предмет*: інформація про особистість людини, власний організм і

шкоду, що завдає особистості й здоров'ю людини вживання наркотичних речовин; б) розвиток особистості підлітка: тренінги спілкування, лідерських якостей; в) формування соціальних навичок: набуття навичок оцінювання ситуації, вміння відстоювати власні інтереси в критичних ситуаціях (приклад та умови вправ і ситуацій взято з реального життя).

За результатами навчання підготовлено „викладачів” з числа підлітків трьох рівнів: *перший* – підлітки, що отримали знання для власної потреби; *другий* – підлітки, що не будуть проводити формальні заняття, але отримані знання використовуватимуть щодня у неформальному спілкуванні; *третій* – так звані „реєг-інструктори” (у м. Дніпропетровську ці підлітки обрали для себе назву „волонтери”). За спеціальною програмою волонтерів (їх 40 осіб) навчали проведенню занять серед однолітків, здійсненню просвітницької діяльності серед однолітків.

б етап – організація роботи „реєг-інструкторів” з ровесниками.

При Дніпропетровському відділенні Всеукраїнського Комітету Захисту Дітей працює група волонтерів із числа підготовлених учнів і дорослих спеціалістів. Волонтери, за підтримки служби у справах неповнолітніх Дніпропетровської облдержадміністрації:

- підготували і провели КВК „Скажи наркотикам: Ні!” у навчальних закладах м. Дніпропетровська. КВК мав успіх як серед учнів, так і серед викладачів та батьків;

- брали участь у фіналі Всеукраїнського конкурсу „Молоді артисти проти СНІДу”, який проводився у м. Києві;

- підготували і провели в області дві акції: „Ми вибираємо здоров'я!” та „Ні наркотикам! – це говоримо ми, ваші ровесники!” у дитячих оздоровчих таборах;

- брали участь у роботі Міжнародної школи волонтерів (м. Київ), проводили заняття для дорослих;

- провели інтерактивну акцію „Ні – СНІДУ! – це говоримо ми, ваші діти!” у навчальних закладах міста за підтримки ЮНЭЙДС;

– провели акцію „Вибір за тобою, ровеснику!” у Павлоградській виховній колонії.

Волонтери СШ № 67 систематично працюють у своїй школі та СШ № 76. (проводять тренінги, акції). Активно діють у своїх навчальних закладах групи добровольців СШ № 8, монтажного технікуму, СПТУ № 5 .

7 етап – діяльність щодо мотивації та підтримки „peer-інструкторів”.

Для удосконалення навичок роботи серед ровесників, отримання нових знань для реєр-інструкторів організовано постійні заняття, проводяться конкурси. Підлітки склали відповідні кросворди, підготували макети трьох буклетів, нові заняття. Роботу реєр-інструкторів відзначено грамотами, цінними призами. Підлітки організують вечори відпочинку, пікніки, святкують дні народження, відзначають традиційні свята. Створюється організація волонтерів.

8 етап – моніторинг діяльності підготовлених підлітків, розвиток проекту.

Результати діяльності реєр-інструкторів постійно аналізуються (під час проведення занять ровесники волонтерів і педагоги заповнюють анкети, так звані „листи оцінок та побажань”). Про ефективність роботи, здійснюваної волонтерами, свідчать такі відгуки їхніх ровесників: *„Мені дуже цікаво було провести з вами час і обговорити різні питання. Дуже приємно, що є такі люди, які допомагають своїм одноліткам у розв’язанні і складних питань; Ми дуже раді, що зараз молоді хлопці й дівчата агітують своїх однолітків проти таких шкідливих звичок. Молодці! Успіхів вам!”*, а також адміністрацій навчальних закладів, дитячих таборів: *„Волонтери – учасники обласної акції – дуже цікаво, доступно донесли до дітей інформацію. Багато ігор, кросвордів. У бесіді з волонтерами діти розкривалися і вели відверті бесіди”; „Зміст програми багатий інформацією, різними формами її подачі, діти добре підготовлені, володіють необхідними методами роботи з дітьми різного віку”.*

Успіх проекту „Скажи наркотикам: Ні!” підтверджує ефективність технології навчання ровесників ровесниками. Його досягнення (умовно) можна класифікувати на рівні:

– *особистості учасників тренінгу* (підлітків і дорослих спеціалістів): взаємонавчання, взаємозбагачення; набуття навичок організації дозвілля; культивування навичок керування власною долею; формування лідерських й організаторських якостей; засіб особистісного й фахового самовдосконалення; набуття позитивного життєвого досвіду; навчання довірі й довірою; можливість бути самому відповідальним за прийняття власного рішення; „тренінг дав можливість зрозуміти і знайти себе у спілкуванні з друзями”;

– *кількісних показників проекту*: 15 учасників тренінгу кинули палити, 65 – стали краще навчатись, 4 – вступили в ДНУ і в подальшому присвятити себе соціальній роботі;

– *навчальних закладів*: знизився рівень агресивності в тих класах, групах, де були проведені тренінги; створюються центри соціально-психологічного розвитку підлітка на базі СШ № 8, монтажного технікуму;

– *на рівні міста, області*: створюється і використовується неформальний канал для передачі інформації в підлітковому середовищі; проводиться превентивне навчання і виховання серед неповнолітніх. Загальна кількість підлітків і дітей, які взяли участь в акціях, були активними учасниками занять, проведених реєг-інструкторами, становить 8 640 осіб. Однак, враховуючи те, що під час проведення таких занять спрацьовує ефект „доміно” (тобто, як мінімум, кожен учасник передав інформацію своєму товаришеві), охоплено цими заходами майже 19 300 підлітків і дітей;

– *на рівні країни*: напрацьований імідж проекту з використанням досвіду роботи волонтерів м. Дніпропетровська.

Додаток Е

Алгоритм реалізації Програми

Міністерства освіти і науки України/ ПРООН/ ЮНЕЙДС

„Сприяння просвітницькій роботі „Рівний – рівному”

серед молоді України щодо здорового способу життя”

Мета: сприяння розумінню дітьми та молоддю через просвітницьку роботу переваг здорового способу життя, формування принципів здорового способу життя, стимулювання до самостійного й усвідомленого вибору життєвої позиції, здобуття знань, умінь і навичок здорового способу життя, участь самої молоді в просвітницькому процесі серед однолітків.

Завдання:

- розробити Концепцію просвітницької роботи „рівний – рівному” щодо здорового способу життя;
- створити мережу підготовлених педагогів-тренерів, які сприятимуть просвітницькій роботі „рівний – рівному” через навчання та підтримку підлітків-інструкторів;
- розробити та розповсюдити сучасні інформаційно-освітні матеріали для педагогів-тренерів і підлітків-інструкторів;
- ініціювати роботу підлітків-інструкторів щодо здорового способу життя у середовищі ровесників;
- запровадити просвітницьку діяльність „рівний – рівному” в національну освітню систему.

Етапи запровадження:

- 1) формування громадської та педагогічної думки щодо просвітницької діяльності „рівний – рівному”;
- 2) підготовка освітніх модулів; видання методичних посібників;
- 3) відбір і навчання тренерів (національних і регіональних);
- 4) відбір і навчання педагогами-тренерами підлітків-інструкторів;
- 5) сприяння роботі підлітків-інструкторів серед ровесників, розробка й

надання інформаційних, консультативних, освітніх послуг у ході реалізації проекту, в тому числі й самими підлітками;

- 6) запровадження методу освіти „рівний – рівному” на уроках, у системі позакласної та позашкільної роботи;
- 7) створення умов, розробка нормативно-правової і методичної баз для збереження та розвитку методу в системі національної освіти і превентивного виховання; сприяння розвитку молодіжного руху, громадських організацій, що реалізують підходи „рівний – рівному”.

На різних етапах використовуються різні методи, однак основний – просвітницький тренінг.

Тренінг-курс освіти „рівний – рівному” включає такі навчальні модулі: „Методика освіти „рівний – рівному” і „Методичні рекомендації до проведення тренінг-курсу для підлітків із питань просвітницької роботи щодо здорового способу життя”; „Спілкуємось та діємо”; „Твоє життя – твій вибір”; „Прояви турботу та обачливість”; „Знаємо та реалізуємо свої права”.

Додаток Ж

Схема педагогічної взаємодії

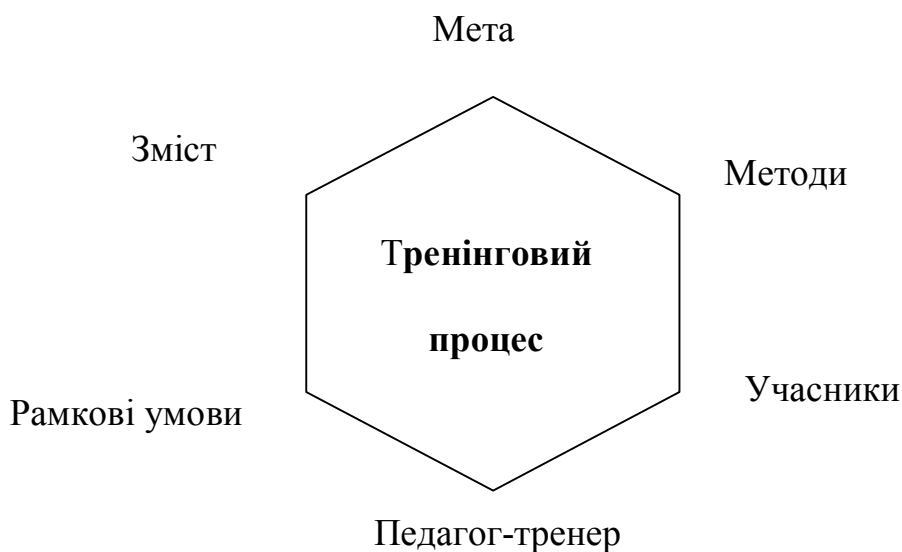


Рис. Ж.1. Основні компоненти тренінгу

Стисло охарактеризуємо основні компоненти тренінгу

МЕТА – ціль, яку планується досягти. Залежно від мети тренінгу визначають тренінги психологічні, просвітницькі, освітні, тренінги лідерських якостей, ефективного спілкування тощо.

Метою тренінгу, який ми використовуємо в технології, є підвищення рівня інформованості щодо здоров'я, створення умов для формування відповідального ставлення до здоров'я, напрацювання умінь, знань і навичок, які сприятимуть усвідомленому вибору варіантів поведінки, що ведуть до благополуччя.

ЦІЛЬОВА ГРУПА – це група, на яку спрямована мета тренінгу. Саме від особливостей цільової групи визначається зміст тренінгу, відповідно до якого підбираються й методи тренінгу.

ЗМІСТ. Зміст тренінгу визначається із заявленої мети й особливостей та потреб цільової групи. Зміст передається у програмі тренінгу. Програма тренінгу – обов'язкова умова ефективної роботи, оскільки її підготовка дає можливість чітко усвідомити основні шляхи досягнення поставленої мети. У кожній програмі є свій обсяг. Зазвичай оптимальні часові межі тренінгової

програми задаються в межах 24 – 72 годин.

МЕТОДИ. У даному контексті, метод навчання – це обмежений рамковими умовами спосіб реалізації мети тренінгу через роботу суб'єктів тренінгової діяльності (учасників і педагога-тренера).

РАМКОВІ УМОВИ. У процесі організації, проведення тренінгу важливе значення мають різні деталі, що безпосередньо не стосуються визначених елементів шестикутника, однак можуть серйозно вплинути на ефективність навчання, наприклад: стан приміщення, у якому проводиться тренінг, забезпеченість усіма необхідними матеріалами для проведення тренінгу, час початку тренінгу, його тривалість тощо.

ПЕДАГОГ-ТРЕНЕР – фахівець, який пройшов спеціальне навчання, володіє інформацією щодо теми тренінгу, методикою проведення тренінгових занять. Від умінь педагога-тренера, його кваліфікації багато в чому залежить успіх тренінгу й подальшої діяльності його учасників. Користуючися нагодою, наведемо міжнародні *тренерські стандарти*²: здатність визначати потреби групи в навчанні й адаптувати матеріали курсу з урахуванням специфіки роботи й виявлених потреб; знання цільової групи і її очікувань; уміння підготувати все необхідне для навчання; здатність встановлювати довірливі відносини з аудиторією, завойовувати довір'я групи; здатність управляти навчальним процесом: керувати дискусією, відстежувати групову динаміку; володіння навичками ефективної комунікації; володіння навичками ефективної самопрезентації; здатність схопити суть, уміння чітко формулювати свої думки, володіння навичками і технікою задавання запитань; уміння організувати діалог і зворотний зв'язок; здатність викликати ентузіазм учасників, заохочувати їх позитивне мислення, надихати на застосування знань; уміння використати та поєднувати різні способи й інструменти навчання; уміння користуватися оргтехнікою.

² Професійна кухня тренера: из опыта неформального образования в третьем секторе / [отв. ред. Е. Карпичевич, В. Величко]. – СПб. : "Невский простор", 2003. – 256 с

Додаток 3

Анкета „Ставлення до здоров'я”

Інструкція: Кожному запитанню анкети відповідає набір тверджень. Оцініть, будь ласка, кожне твердження відповідно до шкали, де:

- 1- зовсім не важливо;
- 2- не важливо;
- 3- скоріше не важливо;
- 4- не знаю (не можу відповісти);
- 5- скоріше важливо;
- 6- важливо;
- 7- дуже важливо.

До кожного твердження цифру, яка відповідає вашій оцінці, обведіть кружечком.

Зверніть увагу, що до деяких запитань варіанти відповідей не передбачені. Вам необхідно вписати свої відповіді на ці запитання.

1. Оцініть, наскільки наведені цінності є важливими для Вас в цей момент.

	Не			Дуже				
	важливо			важливо				
1.1	Визнання і повага оточуючих	1	2	3	4	5	6	7
1.2	Здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
1.3	Свобода (самостійність, незалежність)	1	2	3	4	5	6	7
1.4	Матеріальний добробут	1	2	3	4	5	6	7
1.5	Розвиток (постійне фізичне й духовне вдосконалення)	1	2	3	4	5	6	7
1.6	Наявність вірних друзів	1	2	3	4	5	6	7
1.7	Навчання (можливість розширення своєї освіти, кругозору)	1	2	3	4	5	6	7
1.8	Кохання	1	2	3	4	5	6	7

2. Як Ви вважаєте, що необхідно мати або чим володіти, щоб досягти успіху в житті?

	Не			Дуже				
	важливо			важливо				
2.1	Хороша освіта	1	2	3	4	5	6	7
2.2	Здібності	1	2	3	4	5	6	7

2.3	Наполегливість, працьовитість	1	2	3	4	5	6	7
2.4	Здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
2.5	Везіння	1	2	3	4	5	6	7
2.6	Необхідні зв'язки	1	2	3	4	5	6	7
2.7	Матеріальний добробут	1	2	3	4	5	6	7
2.8	Сила волі	1	2	3	4	5	6	7

3. Як би Ви в декількох словах визначили, що таке здоров'я?

4. Які відчуття виникають у Вас, коли Ви не маєте проблем із здоров'ям?

		Ніколи			Дуже часто			
4.1	Я спокійний	1	2	3	4	5	6	7
4.2	Я задоволений	1	2	3	4	5	6	7
4.3	Я щасливий	1	2	3	4	5	6	7
4.4	Мені радісно	1	2	3	4	5	6	7
4.5	Я відчуваю впевненість у собі	1	2	3	4	5	6	7
4.6	Я відчуваю себе вільним	1	2	3	4	5	6	7
4.7	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4	5	6	7
4.8	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4	5	6	7

5. Який вплив на Вашу обізнаність у сфері здоров'я має інформація, отримана із різних джерел?.

		Не важливо			Дуже важливо			
5.1	Однолітки	1	2	3	4	5	6	7
5.2	Педагоги	1	2	3	4	5	6	7
5.3	Лікарі	1	2	3	4	5	6	7
5.4	Батьки	1	2	3	4	5	6	7
5.5	Телебачення	1	2	3	4	5	6	7
5.6	Газети, журнали	1	2	3	4	5	6	7
5.7	Науково-популярні видання	1	2	3	4	5	6	7
5.8	Тренінги	1	2	3	4	5	6	7

6. Як Ви вважаєте, які з нижче наведених факторів мають найбільш істотний вплив на стан Вашого здоров'я?

		Не важливо			Дуже важливо			
6.1	Особливості харчування	1	2	3	4	5	6	7
6.2	Якість медичного обслуговування	1	2	3	4	5	6	7
6.3	Екологічна ситуація	1	2	3	4	5	6	7
6.4	Умови проживання	1	2	3	4	5	6	7

6.5	Спосіб життя	1	2	3	4	5	6	7
6.6	Генетика, спадковість	1	2	3	4	5	6	7
6.7	Відповідальність за здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
6.8	Особистий розвиток	1	2	3	4	5	6	7

7. Як би Ви в декількох словах визначили, що таке відповідальне ставлення до здоров'я?

8. Що Ви найчастіше відчуваєте, коли дізнаєтеся про погіршення здоров'я?

	Ніколи			Дуже часто				
8.1	Спокій	1	2	3	4	5	6	7
8.2	Жаль	1	2	3	4	5	6	7
8.3	Стурбованість	1	2	3	4	5	6	7
8.4	Провину	1	2	3	4	5	6	7
8.5	Власну відповідальність за це	1	2	3	4	5	6	7
8.6	Страх	1	2	3	4	5	6	7
8.7	Пригніченість	1	2	3	4	5	6	7
8.8	Переживання	1	2	3	4	5	6	7

9. Що Ви робите для покращення здоров'я?

	Ніколи			Дуже часто				
9.1	Займаюся фізичними вправами	1	2	3	4	5	6	7
9.2	Звертаюся до лікаря з профілактичною метою	1	2	3	4	5	6	7
9.3	Працюю над інтелектуальним розвитком	1	2	3	4	5	6	7
9.4	Аналізую свої вчинки, прогноую наслідки	1	2	3	4	5	6	7
9.5	Відмовляюся від певних дій, які шкодять моему здоров'ю	1	2	3	4	5	6	7
9.6	Доброзичливо ставлюсь до оточуючих	1	2	3	4	5	6	7
9.7	Беру участь у популяризації здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
9.8	Активно втручаюся, якщо дії рідних чи друзів шкодять здоров'ю	1	2	3	4	5	6	7

10. Якщо Ви недостатньо піклуєтеся про своє здоров'я, то з якої причини?

	Ні			Так				
10.1	Не вистачає сили волі	1	2	3	4	5	6	7
10.2	Немає на це часу	1	2	3	4	5	6	7
10.3	Не знаю, що необхідно для цього робити	1	2	3	4	5	6	7
10.4	Не бачу в цьому потреби	1	2	3	4	5	6	7
10.5	Немає відповідних умов	1	2	3	4	5	6	7
10.6	Необхідні великі матеріальні затрати	1	2	3	4	5	6	7

10.7 Є більш важливі справи	1	2	3	4	5	6	7
10.8 Немає компанії	1	2	3	4	5	6	7

11. Що Ви робите, коли відчуваєте нездужання?

	Ніколи			Дуже часто			
11.1 Звертаюся до лікаря	1	2	3	4	5	6	7
11.2 Намагаюся не звертати на це увагу	1	2	3	4	5	6	7
11.3 Приймаю ліки	1	2	3	4	5	6	7
11.4 Лікуюсь народними засобами	1	2	3	4	5	6	7
11.5 Турботу про моє одужання беруть на себе рідні	1	2	3	4	5	6	7
11.6 Звертаюся за порадою до друзів	1	2	3	4	5	6	7
11.7 Чекаю, коли нездужання пройде	1	2	3	4	5	6	7
11.8 Намагаюся отримати співчуття від інших	1	2	3	4	5	6	7

12. Продовжте, будь ласка, речення:

У майбутньому моє здоров'я стане...

Це буде залежати від... _____

13.Що Ви особисто отримаєте, беручи участь у навчанні здоров'ю інших?

	Ні			Так			
13.1 У мене з'являться нові друзі	1	2	3	4	5	6	7
13.2 У мене буде менше вільного часу	1	2	3	4	5	6	7
13.3 У мене буде більш здорове оточення	1	2	3	4	5	6	7
13.4 Я буду вміти ефективно спілкуватися	1	2	3	4	5	6	7
13.5 Я отримаю нову інформацію про здоров'я	1	2	3	4	5	6	7
13.6 Я навчуся раціонально використовувати час	1	2	3	4	5	6	7
13.7 Я отримаю позитивні емоції	1	2	3	4	5	6	7
13.8 Я буду жити в більш благополучній країні	1	2	3	4	5	6	7

14. А це місце, де Ви можете написати те, що хочете сказати ще стосовно здоров'я

Дякуємо за відповіді.

Додаток И

Розподіл запитань опитувальника „Ставлення до здоров'я” за шкалами

Назва шкали	Формулювання запитань	№ запитань
Когнітивно-пізнавальна	<p>Як би Ви в декількох словах визначили, що таке здоров'я?</p> <p>Як Ви вважаєте, які з нижче наведених факторів мають найбільш істотний вплив на стан Вашого здоров'я?</p> <p>Як би Ви в декількох словах визначили, що таке відповідальне ставлення до здоров'я?</p> <p>Оцініть, який вплив на Вашу обізнаність у сфері здоров'я має інформація, отримана із різних джерел</p>	3, 5, 6, 7
Емоційно-оцінна	<p>Які відчуття виникають у Вас, коли Ви не маєте проблем із здоров'ям?</p> <p>Що Ви найчастіше відчуваєте, коли дізнаєтеся про погіршення здоров'я?</p>	4, 8
Потребнісно-ціннісна	<p>Оцініть, наскільки наведені цінності є важливими для Вас в цей момент</p> <p>Як Ви вважаєте, чим необхідно володіти або мати, щоб досягти успіху в житті ?</p>	1, 2
Мотиваційно-вольова	Якщо ви піклуєтесь про своє здоров'я недостатньо або не регулярно, то чому?	10
Практично-діяльнісна	<p>Що Ви робите для зміцнення, покращення здоров'я?</p> <p>Що ви робите, коли відчуваєте нездужання</p>	9, 11
Рефлексивно-результативна	У майбутньому моє здоров'я (напишіть, як ви гадаєте що буде з Вашим здоров'ям в майбутньому та вкажіть, від кого, чого це буде залежати) Що Ви особисто отримаєте, беручи участь у навчанні здоров'ю інших?	12, 13

Додаток К

Цінності повноцінного життя

Цінність	10 цінностей, важливих для вас	5 з обраних 10 цінностей	Нумерація цінностей за ступенем значимості
Воля			
Наполегливість			
Відвертість			
Скромність			
Здатність розуміти			
Самоповага			
Довіра			
Релігія			
Краса			
Терпіння			
Сила			
Вірність			
Любов			
Ніжність			
Щирість			
Здоровий глузд			
Життєрадісність			
Благополуччя			
Надія			
Неординарність			
Уміння спілкуватися			
Винахідливість			
Честь			
Гідність			

Принциповість			
Самодисципліна			
Незалежність			
Рішучість			
Прагнення до знань			
Логічність			
Практичність			
Дипломатичність			
Здатність мислити			
Розум			
Досконалість			
Доброта			
Совість			
Гнучкість			
Багатство			
Свобода			
Визнання			
Відповідальність			
Здоров'я			
Гармонія в сім'ї			

Додаток Л

Анкета № 2

для учасників тренінгу з підготовки спеціалістів для роботи за соціально-педагогічними технологіями формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді

Інструкція. Анкета складається із тверджень. Оцініть, будь ласка, кожне твердження відповідно до ступеня своєї згоди за шкалою **повністю згоден – згоден – у чомусь згоден – трохи згоден – взагалі не згоден.** Те твердження, яке найбільше відповідає Вашій думці сьогодні, помітьте знаком „?”. Ця ж анкета буде Вам запропонована в кінці тренінгу. Помітьте те твердження, яке найбільше відповідає вашій думці тепер знаком „!”. Ваші відповіді важливі нам для оцінювання ефективності навчання з метою організації роботи за цією технологією.

Вік _____ Стать Чол. Жін.

Досвід роботи з первинної профілактики _____

Досвід роботи з просвітницької діяльності _____

1. Я знаю соціально-педагогічні умови формування відповідального ставлення до здоров'я

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

2. Я здатний (-на) організувати та провести освітній (просвітницький) тренінг для підлітків або іншої цільової групи з навчання здоров'ю

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

3. Я знаю три різні способи (методи), які допомагають учасникам освітнього (просвітницького) тренінгу засвоїти фактичну інформацію

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

4. Я знаю схему педагогічної взаємодії, що становить основу просвітницького тренінгу

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

5. Я знаю про роль тренера в організації та проведенні тренінгу

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

6. Я знаю три різні способи (методи), які дають учасникам освітнього (просвітницького) тренінгу набути певні навички

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

7. Я успішно використовую в освітньому тренінгу метод „ORID”

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

8. Я можу описати технологію освітнього тренінгу

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

9. Я знаю як замотивувати учасників до участі в освітньому тренінгу

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

10. Я знаю структуру освітнього тренінгу

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

Додаток М

Анкета № 3

для учасників тренінгу з підготовки спеціалістів для роботи за соціально - педагогічною технологією „Рівний – рівному” формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівській молоді

Інструкція. Анкета складається із тверджень. Оцініть, будь ласка, кожне твердження відповідно до ступеня своєї згоди за шкалою *повністю згоден – згоден – у чомусь згоден – трохи згоден – взагалі не згоден*. Те твердження, яке найбільше відповідає Вашій думці на цей момент, помітьте знаком „?”. Ця ж анкета буде вам запропонована в кінці тренінгу. Помітьте те твердження, яке найбільше відповідає Вашій думці тепер знаком „!”. Ваші відповіді важливі нам для оцінювання ефективності навчання з метою організації роботи за цією технологією.

Вік _____ Стать Чол. Жін.

Досвід роботи з просвітницької діяльності _____

Досвід роботи за методом „рівний – рівному” _____

1. Я можу дати визначення соціально-педагогічної технології „Рівний– рівному”

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

2. Я знаю принципи реалізації технології „Рівний – рівному”

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

3. Я знаю етапи соціально-педагогічної технології „Рівний – рівному”

повністю згоден *згоден* *у чомусь згоден* *трохи згоден* *взагалі не згоден*

4. Я знаю, як організувати роботу інструкторів

повністю *згоден* *у чомусь* *трохи* *взагалі не*
згоден *згоден* *згоден* *згоден* *згоден*

5. Мої знання за технологією „Рівний – рівному” вимагають поповнення

повністю *згоден* *у чомусь* *трохи* *взагалі не*
згоден *згоден* *згоден* *згоден* *згоден*

6. Я здатен організувати і провести методичний тренінг для інструкторів

повністю *згоден* *у чомусь* *трохи* *взагалі не*
згоден *згоден* *згоден* *згоден* *згоден*

7. Я знаю як підтримувати мотивацію інструкторів до просвітницької діяльності

повністю *згоден* *у чомусь* *трохи* *взагалі не*
згоден *згоден* *згоден* *згоден* *згоден*

Додаток Н

Програма підготовки педагогів-тренерів дореалізації технологій

Мета: Сформувати готовність спеціалістів до реалізації соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Завдання:

- ознайомити з теоретичними засадами формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості;
- надати знання та сформувати практичні навички в учасників з організації роботи за технологіями „Здоров'я через освіту”, „Рівний – рівному” формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Учасники мають знати: концептуальні засади сприяння покращенню здоров'я, фактори здоров'я, моделі навчання здоров'я, форми і методи навчання здоров'я, соціально-педагогічні умови технологічного забезпечення формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді, сутність й алгоритм технологій, методи оцінки й моніторингу.

Учасники мають вміти: надавати інформацію, визначати потреби в навчанні здоров'ю й адаптувати матеріали тренінгу з урахуванням виявлених потреб; встановлювати довірливі відносини з учасниками; управляти навчальним процесом: організувати діалог і зворотний зв'язок, використовувати та поєднувати різні способи навчання; здійснювати підтримку діяльності інструкторів, проводити оцінку та моніторинг.

Програма навчання

Модуль 1.

Тема 1. Теоретичні засади формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості – 8 год.

Тема 2. Тренінг як технологія – 8 год.

Тема 3. Зміст і методи навчання здоров'я – 16 год.

Тема 4. Соціально-педагогічної технології формування відповідального ставлення до здоров'я в в учнівської молоді– 8 год.

Модуль 2.

Тема 5. „Рівний – рівному” як технологія формування відповідального ставлення до здоров'я в в учнівської молоді – 24 год.

Форма проведення: освітній тренінг

План проведення п'ятиденного тренінгу підготовки педагогів-тренерів за першим модулем

Мета: підготувати учасників до реалізації соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді.

Завдання:

- 1) замотивувати учасників до участі в тренінгу, реалізації в подальшому соціально- педагогічних технологій;
- 2) ознайомити учасників із концептуальними засадами сприяння покращенню здоров'я;
- 3) визначити фактори, що впливають на здоров'я, показати учасникам взаємозалежність особистого та громадського здоров'я;
- 4) ознайомити учасників з соціально-педагогічними умовами технологічного забезпечення процесу формування відповідального ставлення до здоров'я в особистості;
- 5) надати знання та сформувати практичні навички в учасників з технології проведення тренінгу як основного методу технологій (тобто ознайомити з поняттям „освітній тренінг”, розглянути схему педагогічної взаємодії, ознайомити з методами тренінгу, із відкритими та закритими запитаннями як з інструментом формування знань та вмінь в учасників тренінгу);
- 6) надати інформацію про соціально-педагогічні технології формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівської молоді;
- 7) надати знання та сформувати практичні навички в учасників з організації

роботи за технологією „Здоров’я через освіту” формування відповідального ставлення до здоров’я в учнівської молоді.

Структура тренінгу

Термін	Зміст діяльності	Орієнтовний час, хв.
<i>День 1</i>	<i>Тема „Теоретичні засади формування відповідального ставлення до здоров’я в особистості”</i>	
Сесія 1		
9.00–11.00	Відкриття тренінгу, привітання учасників, представлення тренерів, програми тренінгу	15
	Вправа „ Знайомство”	25
	Прийняття правил роботи на тренінгу	25
	Визначення очікувань від тренінгу	25
11.00–11.30	Брейк-кава	
Сесія 2		
11.30–13. 20	Вхідне анкетування учасників (анкета №2)	10
	Вправа „Освіти заради здоров’я”	45
	Вправа „Для мене бути здоровим означає..”	45
13.20–14. 30	Обід	
Сесія 3		
14.30–16.00	Вправа на активізацію	5
	Вправа „Що впливає на здоров’я”	35
	Вправа „Відповідальне ставлення – спосіб життя – здоров’я”	50
16.00–16.30	Брейк-кава	
Сесія 4		
16.30–18.30	Вправа на активізацію	5
	Вправа „Кроки до благополуччя	40
	Вправа „Концепція сприяння покращенню здоров’я”	60
	Підведення підсумків роботи першого дня	30
<i>День 2</i>	<i>Тема „Тренінг як технологія”</i>	
Сесія 1		
9.00 –11.00	Вступ. Рефлексія	20
	Вправа „ Знайомство”	25
	Вправа „Правила – принципи ”	20
	Визначення очікувань учасників	15
	Вправа „Шухляда інструментів”	30
11.10 –11. 30	Брейк- кава	
Сесія 2		
11. 30–13.00	Вправа „Освітній тренінг – це.. /Методи тренінгу”	90

13.00–14.00	Обід	
Сесія 3		
14.00–15.30	Інформаційне повідомлення, практичне завдання „Відкриті, закриті запитання як метод тренінгу”	40
	Вправа „Структура тренінгу”	50
15.30–16.00	Брейк- кава	
Сесія 4		
16.00–18.30	Вправа „Яким має бути тренер”	60
	Підготовка учасників до самостійного проведення занять	60
	Підведення підсумків роботи другого дня	30
<i>День 3</i>	<i>Тема „Зміст і форми, методи навчання здоров’я ”</i>	
Сесія 1		
9.00–11.00	Вступ. Знайомство/рефлексія/очікування	30
	Проведення занять учасниками за модулем „Сходинки до здоров’я”	90
11.00–11.30	Брейк- кава	
Сесія 2		
11.30–13.00	Проведення занять учасниками за модулем „Сходинки до здоров’я”	90
13.00–14.00	Обід	
Сесія 3		
14.00–15.30	Проведення занять учасниками за модулем „Сходинки до здоров’я”	90
15.30–16.00	Брейк- кава	
Сесія 4		
16.00–18.00	Проведення занять учасниками за модулем „Сходинки до здоров’я”	100
	Підведення підсумків роботи третього дня	20
<i>День 4</i>	<i>Тема „ Зміст і форми, методи навчання здоров’я ”</i>	
Сесія 1		
9.00–11.00	Вступ. Знайомство/рефлексія/очікування	30
	Проведення занять учасниками за модулем „ Сходинки до здоров’я”	90
11.00–11.30	Брейк-кава	
Сесія 2		
11.30–13.00	Проведення занять учасниками за модулем „ Сходинки до здоров’я”	90
13.00–14.00	Обід	
Сесія 3		
14.00–15.30	Рефлексія та методичний коментар проведених занять	90
15.30–16.00	Брейк- кава	

Сесія 4		
16.00–18.00	Вправа „Особливості формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді”	100
	Підведення підсумків роботи четвертого дня	20
<i>День 5</i>	<i>Тема „Соціально-педагогічної технології формування відповідального ставлення до здоров'я”</i>	
Сесія 1		
9.00–11.00	Вступ. Знайомство/рефлексія/очікування	30
	Вправа „Що таке соціально-педагогічна технологія ?”	90
11.00–11.30	Брейк-кава	
Сесія 2		
11.30–13.00	Вправа „Ключ до професійної майстерності спеціаліста соціально-педагогічної технології формування відповідального ставлення до здоров'я ”	60
	Вправа „Санквей”	30
13.00–14.00	Обід	
Сесія 3		
14.00–15.30	Вправа „Мої плани запровадження технології”	90
	Вправа „Інструкція”	30
15.30–16.00	Брейк-кава	
Сесія 4		
16.00–17.30	Підведення підсумків роботи на тренінгу Вихідне анкетування (анкета №2)	90

Програма триденного тренінгу підготовки педагогів-тренерів до роботи за технологією „Рівний – рівному”.

Мета: підготувати учасників до реалізації соціально-педагогічних технологій формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді.

Завдання:

- 1) проаналізувати ситуацію щодо можливості впровадження соціально-педагогічної технології „Рівний – рівному” в регіоні;
- 2) надати знання та сформувати практичні навички в учасників з організації роботи за технологією „Рівний – рівному” формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді”;
- 3) надати знання та сформувати практичні навички в учасників з організації роботи інструкторів та їх подальшого супроводу.

Структура тренінгу

Термін	Зміст діяльності	Орієнтовний час, хв.
<i>День 1</i>	<i>Тема „ Рівний – рівному ” як технологія ”</i>	
Сесія 1		
9.00–11.00	Відкриття тренінгу, привітання учасників, представлення тренерів, програми тренінгу	15
	Вправа „ Знайомство ”	25
	Прийняття правил роботи на тренінгу	25
	Визначення очікувань від тренінгу	25
11.00–11.30	Брейк-кава	
Сесія 2		
11.30–13. 20	Вхідне анкетування учасників (анкета № 3)	10
	Вправа „Картотека впровадження”	90
13.20–14. 30	Обід	
Сесія 3		
14.30–16.00	Вправа на активізацію	5
	Вправа „ Карта понять ”	35
	Вправа „ Поповнення понятійного багажу педагога-тренера”.	50
16.00–16.30	Брейк-кава	
Сесія 4		
16.30–18.30	Вправа на активізацію	5
	Вправа „ Технологія „Рівний – рівному ”	90
	Підведення підсумків роботи першого дня	25
<i>День 2</i>	<i>Тема „ Рівний – рівному ” як технологія ”</i>	
Сесія 1		
9.00 –11.00	Вступ. Рефлексія	20
	Вправа „ Знайомство ”	25
	Вправа „Правила ”	20
	Визначення очікувань учасників	15
	Вправа „ Інструктор це. ” ”	30
11.10 –11. 30	Брейк- кава	
Сесія 2		
11. 30–13.00	Практичне заняття „Підготовка, проведення, оцінка”	90
13.00–14.00	Обід	
Сесія 3		
14.00–15.30	Вправа „Алгоритм підготовки та супроводу інструкторів ”	90
15.30–16.00	Брейк- кава	
Сесія 4		
16.00–18.30	Рольова гра „Проведення занять інструкторами” ”	90
	Підведення підсумків роботи другого дня	30

День 3	Тема „ Рівний – рівному ” як технологія ”	
Сесія 1		
9.00–11.00	Вступ. Знайомство/рефлексія/очікування	30
	Практичне заняття „Методичний інструментарій педагога- тренера”	90
11.00–11.30	Брейк- кава	
Сесія 2		
11.30–13.00	Інформаційне повідомлення та вправа „Зворотній зв’язок”	90
13.00–14.00	Обід	
Сесія 3		
14.00–15.30	Практичне заняття „Конкретні ситуації”.	90
15.30–16.00	Брейк- кава	
Сесія 4		
16.00–18.00	Практичне заняття „Оцінювання технології”	100
	Підведення підсумків роботи тренінгу	20

Література

1. Зимівець Н.В. „Відповідальне ставлення до життя”. Соціально-просвітницький тренінг для підлітків / Н.В. Зимівець // Культура життєвого самовизначення. Ч.ІІІ: Старша школа: Метод. посіб. – К.,2004. – С.126-179.
2. Зимівець Н.В. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров’я підлітків та молоді: потенціал громади. Методичні матеріали до тренінгу / [авт.-упорядн. Н.В.Зимівець / за заг. ред. Г.М.Лактіонової]. – К. : Наук. Світ, 2004. – 205 с.
3. Методика освіти „рівний – рівному”: / Зимівець Н.В., Лещук Н.О, Авельцева Т.П. та інші / Навч- метод. посібник. К.: Навчальна книга. –2002. – 127 с.
4. Методичні рекомендації по проведенню тренінг-курсу для підлітків з питань просвітницької роботи щодо здорового способу життя. – К.: Навч. книга, 2002. – 47 с.
5. Петрова Н.П. Тренінг для победителя. Самоменеджмент епохи Інтернет. – СПб.: Речь, 2002. – 216 с.
6. Фопель К. Психологические группы. Рабочие материалы для ведущего. Теория и практика.: Пер. с нем. 2 – е изд., стер. – М.: Генезис, 2000. – 256 с. : ил.

Додаток П

Програма тренінгу „Підготовка інструкторів”

Мета: підготувати інструкторів до проведення просвітницької роботи з ровесниками з популяризації здоров'я

Завдання:

- 1) замотивувати учасників до реалізації в подальшому просвітницької діяльності;
- 2) надати знання про структуру тренінгових занять;
- 3) сформувані практичні навички в учасників з проведення тренінгових занять;
- 4) сформувані навички самопрезентації, роботи в команді.

Структура тренінгу

Термін	Зміст діяльності	Орієнтовний час, хв.
<i>День 1</i>		
Сесія 1		
9.00–11.00	Відкриття тренінгу, привітання учасників, представлення тренерів, програми тренінгу	15
	Вправа „ Знайомство”	25
	Прийняття правил роботи на тренінгу	25
	Визначення очікувань від тренінгу	25
11.00–11.30	Брейк-кава	
Сесія 2		
11.30–13. 20	Вхідне анкетування учасників	10
	Вправа „ Кроки до благополуччя ”	45
	Вправа „Стань переможцем!”	45
13.20–14. 30	Обід	
Сесія 3		
14.30–16.00	Вправа на активізацію	5
	Вправа „Планування заради мети”	85
16.00–16.30	Брейк-кава	
Сесія 4		
16.30–18.30	Вправа на активізацію	5
	Вправа „ Команда”	40
	Вправа „ Аборигени”	60
	Підведення підсумків роботи першого дня	30
<i>День 2</i>		

Сесія 1		
9.00 –11.00	Вступ. Рефлексія	20
	Вправа „ Знайомство”	25
	Вправа „Правила ”	20
	Визначення очікувань учасників	15
	Вправа „ Структура тренінгового заняття ”	30
11.10 –11. 30	Брейк- кава	
Сесія 2		
11. 30–13.00	Вправа „ Перша зустріч”	90
13.00–14.00	Обід	
Сесія 3		
14.00–15.30	Вправа „Структура тренінгу”	40
	Вправа „Аналіз”	50
15.30–16.00	Брейк- кава	
Сесія 4		
16.00–18.30	Вправа „Яким має бути непрофесійний викладач”	60
	Підготовка учасників до самостійного проведення занять	60
	Підведення підсумків роботи другого дня	30
<i>День 3</i>		
Сесія 1		
9.00–11.00	Вступ. Знайомство/рефлексія/очікування	30
	Проведення занять учасниками за модулем „Сходінки до здоров’я”	90
11.00–11.30	Брейк- кава	
Сесія 2		
11.30–13.00	Проведення занять учасниками за модулем „Сходінки до здоров’я”	90
13.00–14.00	Обід	
Сесія 3		
14.00–15.30	Проведення занять учасниками за модулем „Сходінки до здоров’я”	90
15.30–16.00	Брейк- кава	
Сесія 4		
16.00–18.00	Вправа „Я навчаю ровесників”	100
	Підведення підсумків роботи тренінгу	20

Додаток Р

Організація роботи інструкторів

Діяльність	Індивідуальне рішення	Групове рішення	
<p>Проведення тренінгу для інструкторів з методики проведення занять</p> <p>Організація роботи інструкторів</p> <p>Обговорення, аналіз проведених занять інструкторами</p> <p>Мотивація та підтримка інструкторів</p> <p>Навчання інструкторів</p> <p>Оцінка можливості використання технології в школі</p> <p>Мотивація учнів до участі в програмі</p> <p>Проведення освітнього тренінгу для учнів</p> <p>Проведення методичних консультацій перед заняттями для інструкторів</p> <p>Підготовка дорослих до розуміння технології „Рівний –рівному”</p> <p>Проведення презентаційного тренінгу</p> <p>Моніторинг діяльності</p> <p>Набір нової групи учнів</p> <p>Супервізія діяльності інструкторів</p> <p>Ініціювання діяльності інструкторів</p> <p>Відпочинок інструкторів в оздоровчих таборах</p> <p>Ініціювання та створення організації інструкторів</p> <p>Проведення вечорів відпочинку, свят для інструкторів</p> <p>Створення традицій роботи інструкторів, символіки їх організації</p> <p>Робота інструкторів в оздоровчих таборах на волонтерських засадах</p>			

Додаток С

Програма освітнього тренінгу для учнівської молоді

Мета: формування відповідального ставлення до здоров'я в учнівській молоді

Компонент відповідального ставлення до здоров'я	Завдання, які необхідно виконати під час проведення тренінгу	Теми занять тренінгу
Когнітивно-пізнавальний	Отримання достовірної, актуальної, інформації для усвідомлення цінності здоров'я й особистої відповідальності за нього	Здоров'я, його складові. Фактори, які впливають на здоров'я. Стать і статеві стосунки. Сексуальність. Проектна діяльність.
Емоційно-оцінний	Напрацювання навичок самооцінки стану здоров'я. Позитивної оцінки особистих можливостей та можливостей середовища по його розвитку	Здоров'я, його складові. Фактори, які впливають на здоров'я.
Потребнісно-ціннісний	Вироблення системи особистих цінностей, формування ієрархії термінальних цінностей	Життєві цінності. Здоров'я як цінність.
Мотиваційно-вольовий	Формування значущих, стійких мотивів, які не тільки безпосередньо спонукають до дій, але і надають сенс виконуваним діяльності, виховання вольових якостей особистості – цілеспрямованості, послідовності, ініціативності	Відповідальне ставлення до здоров'я як основа благополуччя. Прийняття рішень. Успішна особистість. Проектна діяльність.
Практично-діяльнісний	Напрацювання життєвих умінь і навичок, які сприяють досягненню успіху, підтримці й „вирощуванню” свого благополуччя	Прийняття рішень. Професійна кар'єра. Дерево роду. Успішна особистість. Реклама. Проектна діяльність.
Рефлексивно-результативний	Напрацювання умінь оцінювання особистої діяльності	Успішна особистість. Кроки до благополуччя.

План проведення тренінгових занять

Заняття 1

Тема 1 Як спілкуватися разом продуктивно

1. Вступ (10 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (30 хв.)
4. Вправа „Слухати – Розуміти – Взаємодіяти” (60 хв.)
5. Вправа „Ефективне спілкування”(60 хв.)
6. Підсумки (15 хв.)

Заняття 2

Тема 2 Здоров'я, його складові

1. Вступ (5 хв.)
2. Правила (30 хв.)
3. Взаємопрезентація (20 хв.)
4. Очікування (20 хв.)
5. Вправа „Для мене бути здоровим означає” (30 хв.)
6. Вправа „Колесо життя” (60 хв.)
7. Підсумки (15 хв.)

Заняття 3

Тема 3 Фактори, які впливають здоров'я

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство „Три символи” (30 хв.).
3. Правила (20 хв.)
4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „Що впливає на Ваше здоров'я” (60 хв.)
6. Вправа „Модель громадського здоров'я” (45 хв.)
7. Підсумки (10 хв.)

Заняття 4

Тема 4 Життєві цінності

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (10 хв.)

4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „Цінності (40 хв.)
6. Вправа „Мої плани на майбутнє” (90 хв.)
7. Підсумки (10 хв.)

Заняття 5

Тема 5 Здоров'я як цінність

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (10 хв.)
4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „Імітація життєвої ситуації” (60 хв.)
6. Вправа „Здоров'я як ресурс життєвого успіху” (60 хв.)
7. Підсумки (15 хв.)

Заняття 6

Тема 6 Відповідальне ставлення до здоров'я як основа благополуччя

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (10 хв.)
4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „ Відповідальність - спосіб життя – здоров'я ” (60 хв.)
6. Вправа „Навички і уміння для досягнення благополуччя” (60 хв.)
7. Підсумки (10 хв.)

Заняття 7

Тема 7 Прийняття рішень

1. Вступ (5 хв.)
2. Правила (10 хв.)
3. Знайомство (20 хв.)
4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „Обери пакет” (40 хв.)
6. Вправа „Ситуації, що потребують рішення” (30 хв.)
7. Вправа „Як приймати рішення ” (60 хв.)
8. Підсумки (10 хв.)

Заняття 8**Тема 8 Прийняття рішень**

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (10 хв.)
4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „ Дилема” (60 хв.)
6. Вправа „Мудрість в прийнятті рішень”(40 хв.)
7. Підсумки (10 хв.)

Заняття 9**Тема 9 Реклама**

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (10 хв.)
4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „ Цінності і реклама ” (45 хв.)
6. Вправа „Як аналізувати рекламу ” (60 хв.)
7. Підсумки (10 хв.)

Заняття 10**Тема 10 Професійна кар’єра**

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (10 хв.)
4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „Чи збуваються мрії?” (60 хв.)
6. Вправа „ Як досягти успіху ” (50 хв.)
7. Підсумки (10 хв.)

Заняття 11**Тема 11 Стать і статеві стосунки**

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (10 хв.)

4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „Стать, статеві відносини” (60 хв.)
6. Вправа „Сексуальність – це” (60 хв.)
7. Підсумки (10 хв.)

Заняття 12

Тема 12 Сексуальність

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (10 хв.)
4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „Що для мене є любов?” (60 хв.)
6. Вправа „Міфи про сексуальну поведінку” (60 хв.)
7. Вправа „Особиста відповідальність” (30 хв.)
8. Підсумки (10 хв.)

Заняття 13

Тема 13 Дерево роду

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (10 хв.)
4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „Моя майбутня сім'я” (45 хв.)
6. Вправа „Планування сім'ї” (60 хв.)
7. Вправа „Статева поведінка і здоров'я” (30 хв.)
8. Підсумки (10 хв.)

Заняття 14

Тема 14 Успішна особистість

1. Вступ (5 хв.)
2. Знайомство (20 хв.)
3. Правила (10 хв.)
4. Очікування (10 хв.)
5. Вправа „Я – успішна людина”(60 хв.)
6. Вправа „Життєвий маршрут” (60 хв.)

7. Підсумки (10 хв.)

Заняття 15

Тема 15 Кроки до благополуччя

1. Вступ (5 хв.)

2. Знайомство (20 хв.)

3. Правила (10 хв.)

4. Очікування (10 хв.)

5. Вправа „Сходи до здоров'я” (45 хв.)

6. Вправа „Разом до благополуччя” (60 хв.)

7. Підсумки (10 хв.)

Заняття 16, 17

Тема 16 Проектна діяльність

1. Вступ (5 хв.)

2. Знайомство (20 хв.)

3. Правила (10 хв.)

4. Очікування (10 хв.)

5. Вправа „Створюємо проект” (120 хв.)

6. Підсумки (15 хв.)

Заняття 18

Тема 18 Підведення підсумків

1. Вступ (5 хв.)

2. Знайомство (20 хв.)

3. Правила (10 хв.)

4. Очікування (10 хв.)

5. Вправа „Валіза в дорогу” (60 хв.)

6. Підсумки (35 хв.)

Додаток Т

Вправа “Я приймаю рішення” (60 хв.)

Мета: ознайомити учасників зі схемою прийняття відповідальних рішень.

Хід вправи

Вправа виконується в два етапи.

Перший етап.

Тренер розкладає на столі в одну лінію 4 пронумеровані конверти і запрошує 3-х добровольців-волонтерів вибрати, не торкаючись його, один з конвертів та стати позад нього. Інші учасники можуть впливати на волонтерів, давати їм поради. Потім тренер запитує у волонтерів, що вплинуло на їхній вибір, підкреслюючи, що вони не володіють інформацією про те, що знаходиться в кожному з конвертів. Після цього тренер дозволяє волонтерам підняти конверти на 8 – 10 сантиметрів і покласти назад, тримаючи їх тільки за верхню частину, а потім запитує, чи хотів би хтось із них обмінятися конвертами або взяти інший і пропонує учасникам, які обмінялися конвертами, пояснити, чому вони це зробили. Далі тренер запрошує ще одного учасника підійти і взяти конверт, який залишився, а після цього дозволяє волонтерам відкрити свої конверти і витягти їхній вміст, показавши всій групі.

Наприкінці першого етапу тренер обговорює з кожним учасником вибір конверта, обов’язково включивши пункти, подані нижче:

- конверт 1 здавався цікавим тому, що був зігнутим (там лежав банан). Люди часто роблять щось із цікавості. У конверті 1 лежав банан, яким можна перекусити, і це було позитивним наслідком. Але була потенційна можливість мати й інший результат – зниковілість, тому що в конверті 1 був також презерватив. “А якби я попросив продемонструвати, надіти презерватив на банан?”, – запитує тренер. Наслідки рішення невідомі, це може бути зниковілість або щось гірше;
- здавалося, що в конверті 2 знаходиться пляшка содової, але це було не так. Іноді ми потрапляємо в оману за рахунок “дезінформації” – тут, не заглянувши у конверт, ми не могли прийняти рішення, що ґрунтується на інформації. Наслідком було розчарування. А іноді, незважаючи навіть на

те, що ми приймаємо рішення на основі наявної інформації, ми одержуємо не той результат, на який сподівалися;

- у конверті 3, ймовірноше всього, лежить яблуко. Тільки з гарним почуттям нюху можна було здогадатися, що то – цибуля, а не яблуко. Іноді ми швидко приймаємо рішення, не враховуючи деякі деталі інформації, важливі для прийняття правильного рішення. У цьому випадку наслідок не позитивний (коли можна щось з'їсти), але й і не негативний (тренер не просить з'їсти цибулю);
- конверт 4 весь час був незрозумілим. Він був порожнім. При детальнішому розгляді можна було б почути, як щось, зроблене з паперу, там шелестіло, але знову таки, не було можливості довідатися, що то. “Тут ви, дійсно, ризикували, прийнявши рішення вибрати конверт 4, – каже тренер, – але ризик у такій ситуації – це нормально, тому що вона безпечна. Тим часом бувають ситуації, коли людина ризикує, і це може бути набагато небезпечніше, ніж просто втрата невеликих грошей.”

Другий етап.

Учасники об'єднуються в 4 групи. Тренер пропонує групам створити алгоритм (схему) прийняття рішення, яка б допомогла в ситуації вибору конвертів. *Час на виконання: 7 хв.*

Групи презентують свої напрацювання.

За допомогою плаката, на якому надрукована схема прийняття рішень, тренер розтлумачує учасникам зміст її етапів.

Розповідь про етапи прийняття рішень може бути приблизно такою.

Кожен з нас знає, як важливо приймати правильні рішення, а чи вміємо ми це робити? А чи вчилися ми де-небудь цьому? І взагалі, де цьому вчать? Схоже, ми вчимося приймати рішення поволі, з плином життя, методом спроб і помилок. Але чи ефективно це? З'ясовується, що приймати саме свої, правильні для себе рішення можна навчитися, і для цього є кілька методів, один з яких ми зараз розглянемо.

Метод цей полягає у виконанні 5 певних кроків.

Перший: до того, як приймати рішення, треба усвідомити, що ситуація, в якій ти опинився, вимагає цього від тебе.

Другий крок полягає в тому, щоб зібрати якомога більше інформації про все, що стосується конкретної ситуації. Це можуть бути якісь спогади про те, як діяв хтось з відомих тобі людей у таких чи схожих обставинах і що з того вийшло, що взагалі тобі відомо про те, що йдеться. Якщо це не термінове рішення, ти можеш розпитати інших людей, деś знайти інформацію, а якщо термінове – полагатися на свій внутрішній мозковий штурм, який дуже схожий на той, що відбувається на наших заняттях.

Третій – на основі усвідомленої інформації сформулювати мінімум три варіанти рішень. Якщо зупинитися на двох – це тупик (згадайте Гамлета з його “Бути чи не бути?”). Залучайте свою творчість!

Четвертий крок найкрупіткіший: потрібно, не лінуючись (працюємо ж задля себе), розібратись, які наслідки того чи іншого варіанту рішення будуть для тебе позитивними, а які – негативними. І це – на кожне з варіантів. Зважте на те, що кожен наслідок може мати для когось ту чи іншу вагу, але нам важливо розраховувати саме на ту вагу, яку він має для кожного з нас особисто.

Тільки після цього ми зможемо зробити свій П'ятий крок – прийняти виважене рішення, зробити вибір.

Важливо нагадати учасникам, що складна на перший погляд процедура навчання прийняттю рішень виправдана, а, крім того, одного разу сформована навичка приймати рішення надалі пришвидшується (згадайте для порівняння, скільки часу і зусиль ви витрачали на писання чи читання деś у першому-другому класі).

Запитання для обговорення:

Що є важливим для прийняття відповідального рішення?

У чому полягає необхідність аналізу варіантів рішення?

Які знання ви отримали, виконуючи цю вправу?

Як можна використати цю інформацію в повсякденному житті?

Додаток У

АНКЕТА „Сходинки до здоров'я”

Інструкція. Анкета складається із тверджень. Оцініть, будь ласка, кожне твердження відповідно до ступеня своєї згоди за шкалою: *абсолютно не погоджуюся – скоріше не погоджуюся, ніж погоджуюся – не впевнений (не знаю) – скоріше погоджуюся, ніж не погоджуюся – абсолютно погоджуюся (це справді так)*

Те твердження, яке найбільше відповідає Вашій думці нині, помітьте знаком „?”. Ця ж анкета буде Вам запропонована в кінці тренінгу. Помітьте те твердження, яке найбільше відповідає Вашій думці тепер знаком „!”.

№	Твердження	Абсолютно не погоджуюся (це не так)	Скоріше не погоджуюся ніж погоджуюся	Не впевнений (не знаю)	Скоріше погоджуюся ніж не погоджуюся	Абсолютно погоджуюся (це справді так)
1.	У житті найважливішим є:					
	- ніколи не хворіти;					
	- щоб до тебе добре ставилися інші;					
	- реалізувати свої цілі та мрії;					
	- поважати самого себе;					
2.	- досягти благополуччя в усіх сферах життя					
	- Здоров'я люди отримують у спадщину					
	- За здоров'я людей відповідають лікарі					
	- Я відповідаю за своє здоров'я					
3.	Бути здоровим – це:					
	- не хворіти;					
	- уміти спілкуватися;					
	- досягти мети;					
	- легко адаптуватися до змін					
	- бути благополучним в усіх					

	сферах життя					
4.	Усе, що я роблю, впливає тільки на мене й нікого більше не стосується.					
5.	Я знаю, як прийняти рішення, як зробити вибір					
6.	Від мого рішення мало що залежить					
7.	Від мого здоров'я залежить здоров'я планети					
8.	Я знаю, як поводитись в ситуації соціального тиску					
9.	Я вмію відмовити, коли треба					
10.	Я знаю, як досягти благополуччя в усіх сферах життя і володію відповідними навичками					
11.	Здоровий спосіб життя – це відмова від шкідливих звичок					
12.	Здоровий спосіб життя – це відповідальне ставлення до здоров'я і проектування способу життєдіяльності, який веде до благополуччя					
13.	Моє здоров'я залежить від факторів, на які я вплинути не можу.					
14.	Моє здоров'я залежить від різних факторів, але я можу на них вплинути або зробити вибір стосовно них					
15.	Я можу бути здоровим тільки в здоровому суспільстві					
16.	Від мого відповідального ставлення залежить моє здоров'я					
17.	Мої конкретні дії можуть посприяти покращенню громадського здоров'я					

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абаскалова Н.П. Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса „школа-вуз”: [Монография] / Абаскалова Н.П. – Новосибирск : Изд.НГПУ, 2001. – 316 с.
2. Абульханова-Славская К.А. Психология и сознание личности (проблемы методологии, теории и исследования реальной личности): Избр. псих.труды. – М. : Московский психолого-социальный институт. Воронеж: Издательство НПО „МОДЭК”, 1999. – 224 с.
3. Абульханова-Славская К.А. Деятельность и психология личности – М.: Наука, 1980. – 336 с.
4. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. – М. : Мысль, 1991. – 299 с.
5. Авчинникова С.О. Здоровый стиль жизни старшеклассника как педагогическая проблема // Вестник Смоленской медицинской академии. – 2000. – № 3 – С. 129–131.
6. Авдеев В.В. Оптимизация жизнедеятельности / В.В.Авдеев. – М. – Смоленск, 1999. – 720 с.
7. Агаджанян Н.А. Проблемы адаптации и учение о здоровье : учебное пособие / Агаджанян Н.А., Баевский В. М., Берснева А. П. – : изд- во РУДН, 2006. – 284 с.
8. Аделаидские рекомендации по здоровой общественной политике. ВОЗ/НРР/НЕР/95.2, ВОЗ, Женева, 1988 г.
9. Алексеєнко Т.Ф. Технології соціально-педагогічної роботи в територіальній громаді // Соціальна педагогіка: теорія та практика. – 2004. – № 2. – С. 19 – 24.
10. Амосов Н.М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. Человек и общество. – М. : ООО „Издательство АСТ”; Д. : Сталкер, 2002. – 464 с.
11. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.

12. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания.– Л.: Изд-во ЛГУ, 1968.– 338 с.
13. Андрищенко Т.К. Формування ціннісного ставлення до власного здоров'я в дітей старшого дошкільного віку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.08 „Дошкільне виховання” / Андрищенко Т.К. – К., 2007. – 20 с.
14. Анциферова Л.И. Формирование и развитие личности: [отв.ред. Л. И. Анциферова]. – М. : Наука, 1981. – 356 с.
15. Апанасенко Г.Л. Медицинская валеология /Апанасенко Г. Л., Попова Л.А. – Киев : Здоровье, 1998. – 248 с.
16. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. – СПб., – Петрополис, 1992. – 123 с.
17. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии. – М. : „Смысл”, 2002. – 480 с.
18. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирование личности. – М., Мысль, 1976. – 158 с.
19. Артюхина Г.П. Основы медицинских знаний: Здоровье, болезнь и образ жизни: учебное пособие для высшей школы. – 3 – е изд. перераб / Артюхина Г.П., Игнатюкова С.А. – М. : Академический Проект, Фонд „Мир”, 2006. – 560 с.
20. Афанасьев В.Г. Человек в управлении обществом. – М. : Политиздат, 1977. – 382 с.
21. Балакірева О.М. Моніторинг соціальних проектів і програм // Соціальна робота в Україні на початку ХХІ століття: проблеми теорії і практики: Матеріали доповідей на Міжнародній науково – практичній конференції 29 – 31 жовтня 2002 р. Ч. 2. – К., 2002. – С. 241 – 246.
22. Безпалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях. – К. : Центр навчальної літератури, 2003. – 138 с.

23. Беспалько О.В. Просвітницький тренінг як різновид соціальних послуг для дітей та молоді // Соціалізація особистості : зб. наук. праць. Т. XXI. / за заг. ред. проф. А.Й.Капської.– К. : Логос, 2003. – С. 62 – 74.
24. Белова С.Н. Формирование ценностного отношения к здоровью у девочек – подростков: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Белова Светлана Николаевна.– Курск, 1990 – 174 с.
25. Беспалько В.П. Слагаемые педагогической технологии. – М., 1989. – 190 с.
26. Березовская Р.А. Отношение менеджеров к своему здоровью как к фактору профессиональной деятельности: дис. ... канд. псих. наук : 19.00.03 / Березовская Раиса Анатолиевна . – М, 2001 – 239 с.
27. Бердяев Н.А. Самопознание. – М. : Изд-во „Книга”. – 1991. – 445 с.
28. Бех І.Д. Особистісно-орієнтований підхід: науково-практичні засади. Кн.1. – К.: Либідь, 2003. – 277 с.
29. Бех І.Д. Особистісно-орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. Кн.2. – К.: Либідь, 2003. – 341 с.
30. Бирюкова М.В. Социальные технологии и проектирование: учеб. пособие для высших учебных заведений / М. В. Бирюкова : Нар. укр. акад. – Х., 2001. – 400 с.
31. Бодалев А.А. Личность и общение. Избранные психологические труды. – 2-е изд., переработ. – М. : Международная педагогическая академия, 1995. – 326 с.
32. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. – М.,1968. – 464 с.
33. Божович Л.И. Проблемы формирования личности. – Воронеж : НПО МОД ЭК, 1995. – 352 с.
34. Большой толковый социологический словарь (Collins). Том 1 (А – О) : пер. с англ. – М. : Вече, АСТ, 2001. – С. 511 – 513.
35. Борытко Н.М. Становление субъектной позиции учащегося в гуманитарном пространстве урока: [Монография] / Н.М.Борытко, –

- Волгоград : Изд – во ВГИПКРО, 2002. – 131 с.
36. Браун Дж. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму / Браун Дж., Русинова Н.Л. : отв. ред. Б.М. Фирсов // Качество населения Санкт – Петербурга – СПб, 1996. – С.35 – 45
 37. Братусь І.В. Соціально – педагогічна робота з юними матерями в громаді // Проблеми педагогічних технологій : зб.наук. праць, № 3 – 4. – Луцьк, 2004. – С.72 – 77.
 38. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 301 с.
 39. Братусь Б.С. Психология. Нравственность. Культура. – М. : Изд – во „Менеджер”; „Роспедагенство”, 1994. – 60 с.
 40. Братусь Б.С. Психология личности. – Самара, 2000.
 41. Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. – М. : ФиС, 1990. – 208 с.
 42. Бубер М. Проблема человека: Пер. с нем. / М. Бубер. – Киев: Ника-Центр, Вист-С, 1998. – 96 с.
 43. Вакуленко О.В. Здоровий спосіб життя як соціально – педагогічна умова становлення особистості підлітка у ранньому віці: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / Вакуленко О. В. – К., 2001. – 20 с.
 44. Васильева О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие [для студ. высш. учеб. заведений] / Васильева О. С., Филатов Ф. Р. – М. : Издательский центр „Академия”, 2001. – 352 с.
 45. Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники. – М., 2000. – 224 с.
 46. Великий тлумачний словник сучасної української мови / [уклад. і голов. ред. В.Т.Бусел]. – К. : ВТФ „Перун”, 2003. – 1037 с.
 47. Вернадский В.И. Несколько слов о ноосфере / Вернадский В.И. Начало и вечность жизни. – М. : Сов. Россия, 1989. – С.166 – 188.
 48. Вершинина И.В. Становление и развитие ценностного отношения к здоровью у старшеклассников средней общеобразовательной школы:

- автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук: спец. 13.00.05 „Теория, методика и организация культурно-просветительской деятельности”/ Вершинина И. В. – М., 2006. – 23 с.
49. Вирішувати нам – відповідати нам: методичні рекомендації з проведення тренінг-курсу підлітками-інструкторами: посібник / [Авельцева Т.П., Зимівець Н.В., Голоцван О.А., та ін.]. – К : Навчальна книга, 2002. – 255 с.
 50. Влияние граждан и их организаций на систему здравоохранения : Международный опыт. – К. Издательство ООО „Дизайн и полиграфия”, 2006. – 100 с.
 51. Волонтерство: poradnik для організатора волонтерського руху / [укладач Лях Т.Л.]. – К. : ВГЦ „Волонтер”, 2001. – 176 с.
 52. Выготский Л.С. Педагогическая психология: под ред. В. В. Давыдова. – М. : Педагогика, 1991. – 480 с.
 53. Выготский Л.С. Сбор.соч. : В 6 т. – Т.1. – М. : Педагогика, 1983. – 516 с.
 54. Всемирный доклад по образованию – 2000. Право на образование: на пути к образованию для всех в течении всей жизни. – М., 2000.
 55. Гамула І.А. Формування відповідальності в курсантів військових інститутів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 „Теорія і методика професійної освіти” / Гамула І.А. – К., 2002. – 18 с.
 56. Гибсон Дж. Экологический подход к зрительному восприятию. – М., 1988. – 134 с.
 57. Голубев Г. Психология. / Голубев Г., Платонов К. – М. : Высшая школа, 1977. – 334 с.
 58. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья. Всемирная организация здоровья. Женева.1998 г. – 48 с.
 59. Горашук В.П. Формирование культуры здоровья школьников (теория и практика). – Луганск : Альма – матер, 2003. – 376 с.
 60. Григорьева Н.С. Социальная политика: гендерный аспект / Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. – М. : Олита, 2004. – 116 с.

61. Гроф С. Неистовый поиск себя. – М., 1977.
62. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 1999 – С.406 – 410.
63. Дартау Л.А. Феномен здоровья: концепция и прикладные аспекты // Проблемы управления. – 2005. – № 5. – С. 92 – 98.
64. Джакартская декларация о продолжении деятельности по укреплению здоровья в 21 –ом столетии. HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4, WHO, Geneva, 1997.
65. Дементий Л.И. Типология ответственности личности. Типология личности и гуманистический подход. / Гуманистические проблемы психологической теории. – М, 1995. –320 с.
66. Дементий Л.И. Ответственность личности как свойство субъекта жизнедеятельности : дис. ... доктора псих. наук : 19.00.01 / Дементий Людмила Ивановна. – 354 с.
67. Дерябо С.Д. Здоровье как предмет эконпсихологической диагностики / Дерябо С.Д., Ясвин В.А., Панов В.И. // Прикладная психология. – 2000. – № 4
68. Дерябо С. Отношение к здоровью и здоровому образу жизни: методика измерения / Дерябо С., Ясвин В. // Директор школы : – 1999. – № 2. – С. 7 – 16.
69. Дермотт Ян Мак. Убеждение и здоровье. Психологические методы обретения здоровья : [Хрестоматия] / Дермотт Ян Мак, Джозеф О'Коннор: сост. К.В. Сельченко. – Мн., М. : Харвест, АСТ, 2001. – С.418 – 434.
70. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. – Копенгаген. : ВООЗ, Европ. Регион. Бюро, 2005. – 155 с.
71. Дудченко В.С. Основы инновационной методологии. – М.: Наука, 1996. – 68 с.

72. Дубогай А.Д. Психолого-педагогические основы формирования здорового образа жизни школьников младших классов : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.07 / Дубогай Александра Дмитриевна, – К., 1991 – 374 с
73. Дурай-Новакова К.М. Формирование профессиональной готовности к деятельности: – М.: Педагогика, 1983. – 336 с.
74. Дэвид Ли. Практика группового тренинга. – СПб. : Питер, 2001. – 224 с.
75. Дятченко Л.Я. Социальные технологии в управлении общественными процессами. – Белгород : Центр социальных технологий, 1993. – 343 с.
76. Европейская стратегия „Здоровье и развитие детей и подростков”. – Копенгаген. : ВООЗ, Европ. Регион. Бюро, 2005. – 23 с.
77. Жданович Ю.М. Організаційно-педагогічні засади виховного процесу у скаутській організації Пласт : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 „Теорія і методика виховання” / Жданович. Ю.М. – К., 2004. – 21 с.
78. Журавлева И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен : дис. ...доктора соц. наук : / Журавлева Ирина Владимировна – М., 2006. – 392 с.
79. Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М. : Издательство Института социологии РАН, 2002. – 240 с.
80. Заверико Н.В. Навчання однолітків однолітками: зарубіжний досвід. // Наукові записки Вінницького держ. пед. ун-ту ім. М. Коцюбинського. 2000. – Вип. 3. – С. 66 – 70.
81. Заверико Н.В. Технології соціально-педагогічної діяльності. Соціальна педагогіка: теорія і технології: підручник / [за ред.І.Д.Зверєвої]. – К : Центр навчальної літератури, 2006. – С. 147 – 160
82. Заверико Н.В. Соціально-педагогическая технология как разновидность социальной технологии // Социальные технологии: актуальные проблемы теории и практики. (Международный межвузовский сборник научных работ). Вып. 27. – Киев – Москва – Одесса – Запорожье, 2005.
83. Заверико Н.В. Соціально-педагогические технологии: содержание и объем

- поняття. // Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. Міжвузівський збірник наукових праць. Випуск 6 – 7. Одеський нац. університет ім. Мечникова, 2000. – Одеса : Астропринт, 2000. – 352 с.
84. Заверико Н.В. Теоретичні засади соціально-педагогічної технології роботи з підлітками. // Науковий часопис: НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 11. Соціологія. Соціальна робота. Управління: Зб. наукових праць. - К.: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2004. – № 2. – С. 80 – 86.
 85. Загрекова Л.В. Теория и технология обучения: учеб. пособие для студентов пед вузов / Загрекова Л.В., Николина В.В. – Москва. : Высш. шк.. 2004. – 157 с.
 86. Зайцев Г. К. Здоровье школьников и учителей. – СПб., 1995. – 54 с.
 87. Зайцев А.К. Внедрение социальных технологий в практику управления / Социальное развитие предприятия и работа с кадрами. – М. : Политиздат, 1989. – 236 с.
 88. Закон України “Про освіту” № 1060 – XII від 3.05.1991//Законодавчі акти України з питань освіти. – К.: Парламентське видавництво, 2004. – С.21 – 52.
 89. Зверева І.Д. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю в Україні: теорія і практика : [Монографія]. – К. : Правда Ярославичів, 1998. – 393 с.
 90. Зверева І.Д. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю в Україні: Дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.05. /Зверева Ірина Дмитріївна– К., 1999. – 451с.
 91. Здоров'я та поведінкові орієнтації української молоді : соціологічний вимір. – К. : Укр. ін – т соціальних досліджень, 2005. – 256 с.
 92. Здоровье – 21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: Введение//Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1998. № 5 . – Копенгаген.: ВОЗ (ЕРБ).
 93. Здоровье и устойчивое развитие на местном уровне. Участие населения: подходы и методы. Серия „Устойчивое развитие и здоровье в Европе”, Вып. 4, Москва, 2003 (документ ЕРБ ВОЗ).

94. Здравомыслов А.Г. Потребности. Интересы. Ценности / А.Г.Здравомыслов. — М.: Политиздат, 1986. — 223 с.
95. Зимівець Н.В. Концептуальні засади сприяння покращенню громадського здоров'я / Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія №11 Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління: зб. наукових праць — К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2007. — Випуск 5. (Частина 1). — С. 196 — 200.
96. Зимівець Н.В. Соціально-педагогічні умови формування відповідального ставлення до здоров'я учнівської молоді // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді : зб. наук. пр. — Вип.8. — Київ, 2005. — С.161 — 165.
97. Зимівець Н.В. Особливості технології „рівний — рівному” у профілактичній роботі з учнівською молоддю // Науковий вісник Чернівецького університету : зб. наук. праць. Вип. 271. Педагогіка та психологія. — Чернівці : Рута, 2005.— С.60 — 64.
98. Зимівець Н.В. Формування у підлітків відповідального ставлення до здоров'я шляхом впровадження технології „рівний—рівному” // Проблеми педагогічних технологій. — Луцьк, 2004.— № 3 — 4, С. 54 — 59.
99. Зимівець Н.В. „Рівний — рівному” як соціально-педагогічна технологія формування здорового способу життя // Проблеми педагогічних технологій. — Луцьк, 2002. — № 2. — С.101 — 108.
100. Зимівець Н.В. Навчання ровесників ровесниками — інноваційна навчально — виховна технологія // Вісник Дніпропетровського університету. Педагогіка і психологія. Випуск 6. — 2000.— С. 116 — 122.
101. Зимівець Н. В. „Прогнозування життєвих перспектив і проектування професійної кар'єри”. Соціально-просвітницький тренінг для підлітків // Культура життєвого самовизначення. Ч. III: Старша школа: Метод. посіб. — К., 2003. — С. 284—314.

102. Зимівець Н. В. Сутність і структура відповідального ставлення до здоров'я / Н.В. Зимівець // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді. – Зб. наук. пр. – Вип. 10. – К., 2007. – С.477– 484.
103. Зимівець Н.В. ”Рівний – рівному”– інноваційний метод соціально-педагогічної діяльності // Соціальна педагогіка: теорія і технології : підручник / за ред. І.Д.Зверєвої.– К : Центр навчальної літератури, 2006. – С.180 – 188.
104. Зимівець Н.В. „Відповідальне ставлення до життя”. Соціально-просвітницький тренінг для підлітків / Н.В. Зимівець // Культура життєвого самовизначення. Ч.ІІІ: Старша школа: Метод. посіб. – К.,2004. – С.126 – 179.
105. Зимівець Н.В. Збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я підлітків та молоді: потенціал громади. Методичні матеріали до тренінгу / [авт.-упорядн. Н.В.Зимівець / за заг. ред. Г.М.Лактіонової]. – К. : Наук. Світ, 2004. – 205 с.
106. Зимівець Н.В. Сходинки до здоров'я: 3 – е вид., перероб. та доп. [авт.-упоряд. : В.С. Петрович, О.Ю. Закусило, Н.В.Зимівець, Ф.П. Шульган., Л.М. Никитюк]. – К. : Наук. Світ., 2006. – 109 с.
107. Зимівець Н.В. Використання методу „рівний – рівному” при організації просвітницької роботи з підлітками. Активні методи просвітницької діяльності у профілактиці ВІЛ/СНІДу та ризикованої поведінки : посібник для спеціалістів приймальників-розподільників, притулків для неповнолітніх та виховних колоній / [авт.-упор. О.В. Безпалько та ін. / за заг. ред. Р.Х. Вайноли, Т.Л. Лях]. – К. : ТОВ „ДКБ „РОТЕКС”, 2007. – С. 54 – 60.
108. Зимівець Н.В. Формування у підлітків відповідального ставлення до здоров'я шляхом впровадження технології „рівний– рівному” // Проблеми педагогічних технологій : зб. наук. пр. Вип.3 – 4. – Луцьк, 2004. – С. 54-59.
109. Зимняя И.А. Педагогическая психология: Учебник для вузов. – 2-е изд., доп., испр. и перераб. – М.: Логос, 2002. – 384 с.

110. Змеев С.И. Технология обучения взрослых : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М. : Академия, 2002. – 128 с.
111. Иванов В.И. Социальные технологи в современном мире. – М.– Н.Новгород, 1996. – 196 с.
112. Иванов И.Я. Воспитание высокой ответственности руководителей военных кадров за боевую готовность соединений, частей и кораблей в современных условиях / Иванов И.Я., Студентов В.Ф. – М : ВПА, 1985. – 96 с.
113. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции : учебное пособие, 3 – изд, СПб. : Питер.2006. – 208 с.
114. Игнатенко Л.Е. Здоровый образ жизни. Короткий обзор опыта США и стран западной Европы // Мониторинг здоровья. –1998. – № 6.
115. Инновационные социальные технологии устойчивого развития / Иванов В.Н., Патрушев В.Н., Галлиев Г.Т.– Уфа : ООО „ДизайнПолиграфСервис”, 2003. – 352 с.
116. Инновационные методы обучения в гражданском образовании / [Величко В.В., Карпиевич Д.В., Карпиевич Е.Ф., Кирилюк Л.Г.] – 2-е изд. доп. – Мн. : Медисон, 2001. – 168 с.
117. Інновації у соціальних службах : навч.-метод. посіб. / [Семигіна Т.В., Покладова В.В., Грига І.М. та ін.]. – К. : Пульсари, 2002. – 168 с.
118. Інтерактивні технології навчання: теорія, практика, досвід роботи / Уклад. О. Пометун, Л. Пироженко. – К. : А.П.Н., 2002. – 136 с.
119. Исаев И.Ф. Теория и практика формирования профессионально-педагогической культуры преподавателя высшей школы / И.Ф.Исаев. – Москва – Белгород : МПГУ, БГПИ, 1993. – 219 с.
120. Исаев И.Ф. Аксиологический и культурологический подходы к исследованию проблем педагогического образования в научной школе В.А.Сластенина / И.Ф.Исаев, Е.Н.Шиянов // Известия Российской академии образования. – 2000. – №3. – С.45 – 58.

121. Йонас Г. Принцип відповідальності. У пошуках етики для технологічної цивілізації : [пер. з нім.]. – К. : Лібра, 2001. – 400 с.
122. Кабаева В.М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков: дис. ... канд. псих. наук : 19.00.07 / Кабаева Валентина Михайловна. – М., 2002. – 254 с.
123. Каган. В.Е. Одна из них. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. – 1993. – № 1.
124. Казначеев В.П. Основы общей валеологии. – М. : ИПП; Воронеж : НПО “МОЛЭК”, 1997. – 48 с.
125. Казначеев В.П. Здоровье нации. Просвещение. Образование. – Москва: Кострома, 1997. – С.17 – 89.
126. Казначеев В.П. Этиология здоровья. Педагогические и медицинские проблемы валеологии / Казначеев В.П., Складнова Н.А. – Новосибирск, 1999. – С.164 – 166.
127. Карстер Д. Что такое психическое здоровье? // Здоровье мира, 1973. – № 8.
128. Керол Рифф // <http://www.psy.msu.ru/science/conference/lomonosov/2006/Psychology.pdf>
129. Кей Торн. Тренинг настольная книга тренера / Кей Торн, Дэвид Маккей. – СПб., 2001. – 208 с.
130. Кларин М.В. Педагогические технологии в учебном процессе. М., 1989. – С.14 – 47.
131. Кларин М.В. Копоративный тренинг от А до Я. – М. : Дело, 2000. – 224 с.
132. Клиники, дружественные к молодежи (пособие для организатора). – Новосибирск : Олден – полиграфия, 2002. – 264 с.
133. Кле М. Психология подростка : (Психосексуальное развитие): [пер. с фр.]. – М. : Педагогика, 1991. – Пер. Изд. : Бельгия, 1986. – 176 с.
134. Коган В.З. Личность и психологическое здоровье / Коган В.З., Батаев В.Г. – М., 1979. – 36 с.
135. Коган В.З. Здоровый образ жизни: проблемы формирования / Коган В.З., Мартыненко А.В. Учебное пособие. – М., 1992. – с.54.

136. Колбанов В.В. Валеология: Основные понятия, термины и определения. 2 изд. – СПб., 2000. – 135 с.
137. Коваль Л.Г., Зверева І.Д., Хлебик С.Р. Соціальна педагогіка. – К.: ІЗМН, 1997. – 392 с.
138. Колесов Д.В. Педагогика как фактор здоровья // Известия РАО, 2001/ – № 1.
139. Колесникова И.А. Теоретико – методологическая подготовка учителя к воспитательной работе в цикле педагогических дисциплин : дис. ... доктора пед. наук / И.А. Колесникова. – Л., 1991. – 449 с.
140. Кон И.С. Психология ранней юности : кн.для учителя. – М. : Просвещение, 1989. – 255 с.
141. Кон И.С. Социализация и воспитание молодежи // Новое педагогическое мышление. – М. : Педагогика, 1989. – С.191 – 205.
142. Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века : соц.-пед. анализ. – Дубно : Фенікс+, 2001. – 208 с.
143. Кон И.С. Психология ранней юности. – М. : Просвещение, 1989. – 255 с.
144. Концепція освіти „рівний – рівному” щодо здорового способу життя серед молоді України / В.М. Оржеховська, О. І Пилипенко, Л.І. Андрущак – К., 2002. – 20 с.
145. Краткий словарь по социологии / [авт. – сост. П.Д.Павленок]. – М : ИНФРА – М, 2001. – С.113.
146. Крайг Г. Психология развития/ Пер. с англ. Н. Мальгиной и др. – СПб.: Питер, 2000. – 992 с.
147. Кремінь В.Г. Освітнянський простір і соціальна робота в Україні: концептуальні засади взаємовпливу // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2003. – №2. – С. 5 – 11.
148. Куликов Л.В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: учебное пособие. – СПб. : Питер, 2004. – 464 с.

149. Кульневич С.В. Педагогика личности от концепций до технологий : учеб. практ. пособие для учителей и классных руководителей, студентов, магистрантов и аспирантов пед. учеб. заведений, слушателей ИПК. – Ростов – н/Д : Творческий центр „Учитель”, 2001. – 160 с.
150. Культура життєвого самовизначення. Частина I. Початкова школа : метод. посіб. / За ред. І.Д. Зверєвої. – К. : СТ – Друк, 2003 – 288 с.
151. Культура життєвого самовизначення. Частина II. Середня школа : метод. посіб. / За ред. І.Д. Зверєвої – К. : СТ – Друк, 2003. – 536 с.
152. Культура життєвого самовизначення. Частина III. Старша школа : метод. посіб. / За ред. І.Д.Зверєвої. – К. : СТ – Друк, 2004. – 316 с.
153. Лазурский А.Ф. Избранные труды по общей психологии: Психология общая и экспериментальная. – С.Пб.: Алетейя, 2001. – 288 с.
154. Лактіонова Г.М. Участь дітей у процесі прийняття рішень: сучасні підходи та стратегії // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді : зб. наук. праць. – Київ – Житомир : Вид-во ЖДУ, 2004. – С. 324 – 329.
155. Лактионова Г.М. Теоретико-методологические основы социально – педагогической работы с женской молодежью в условиях крупного города : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.05 / Лактіонова Галина Михайловна. – К., 1999. – 419 с.
156. Лактіонова Г.М. Участь дітей у процесі прийняття рішень : сучасні підходи та стратегії // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді : зб. наук. праць. – Київ – Житомир : Вид – во ЖДУ, 2004. – С. 324 – 329.
157. Лактіонова Г.М. Неформальное образование как фактор развития творческого потенциала подростков : (На примере авт. модели Вечер. жен. Гимназии) // Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки : зб. наук. пр. – К.– Запоріжжя. – Вип. 15. – С. 105 – 109.
158. Лактіонова Г. Стаття і проблеми соціальної адаптації старшокласників //

- Соціальна педагогіка і адаптивність особистості : наук.-метод. вид. – Суми, 1994. – С. 358 – 366.
159. Лактіонова Г.М. Участь дітей у процесі прийняття рішень: сучасні підходи та стратегії // Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді : зб. наук. пр. – Київ – Житомир : Вид – во ЖДУ, 2004. – С. 324 – 329.
160. Лактіонова Г.М. Цінності світу та світ цінностей старшокласників // Позашкільна педагогіка: пошук і проблеми : матеріали всеукр. наук.-практ. конференції, 20 – 24 верес. 1994 р. / М-во освіти України. Ін-т систем, дослідж. – К., 1996. – С. 19 – 24.
161. Лапаєнко С.В. Формування ціннісних орієнтацій старших підлітків на здоровий спосіб життя : дис. ... канд. пед. наук : / Лапаєнко Світлана Володимирівна. – К., 2000. – 203 с.
162. Латышев Г.В. Смотри по жизни вперед / Латышев Г.В., Орлова М.В. и др. – Санкт-Петербург : "Издательский дом "Ars Longa", 2000. – с.112.
163. Лисицын Ю.П. Здоровье человека – социальная ценность / Лисицын Ю.П., Сахно А.В. – М. : Мысль, 1989. – 272 с.
164. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. – М. : Знание, 1982. С. 6.
165. Липский И.А. Социальная педагогика. Методологический анализ: учеб. пособие. – М. : ТЦ Сфера, 2004. – 320 с.
166. Липский И.А. Технологический потенциал социально – педагогической деятельности // Педагогика. – 2004. – № 9. – С.34 – 42.
167. Личко А.Е.. Психология отношений как теоретическая концепция в медицинской психологии и психотерапии // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова С.С. – 1977. – № 2 – С. 1883 – 1888.
168. Лищук В.А. Основы здоровья / Лищук В.А., Мосткова Е.В. – М. : Бином, 1994. – 134 с.
169. Легенький Г.И. Педагогический процесс как целостная динамическая система. –Х.: Вищ. шк. – 1979. –144 с.

170. Левківський М.В. Соціально-правова відповідальність особистості: проблема формування // Теоретико – методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді. – К., 2002. –Кн.1. – С.47– 51.
171. Лекции по технологии социальной работы. В 3-х частях: под ред. Е.И.Холостовой. – М. : Социально-технологический институт, 1998.
172. Леонтьев Д.А. Очерк психологии личности. – 2-е изд. – М.: Смысл, 1997, – 64 с.
173. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность / Алексей Николаевич Леонтьев. – 2-е изд., стер. – М.: Смысл; Издательский центр „Академия” , 2005 . – 352.
174. Лернер И.Я. Внимание: технологии обучения // Советская педагогика. – 1990. – № 3.
175. Ложкин Г. Психология здоровья человека / Г.В. Ложкин, О.В. Носкова, И.В. Толкунова : под ред. проф. В.И.Носова. – Севастополь: „Бебер”, 2003. – 257 с.
176. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Наука, 1994. – 444 с.
177. Лоранский Д.Н. Отношение человека к здоровью / Лоранский Д.Н., Водогреева Л.В. – М. : ЦНИИСП, 1984.
178. Луков В.А. Социальное проектирование : учеб. пособие. – 3-е изд. – М. : Флинта, 2003. – 240 с.
179. Лях Т.Л. Волонтерство як суспільний феномен // Проблеми педагогічних технологій : зб. наук. праць. Вип. 3-4. – Луцьк, 2004. – С. 139 – 144.
180. Лютий В.П. Технологія соціальної роботи. Конспект лекцій. – К. : Академія праці та соціальних відносин ФПУ, кафедра соціальної роботи та практичної психології, 2003. – 75 с.
181. Майкл Бопп. Сприяння покращенню здоров'я в громаді. – К. : ХДФ, 2005. – 45 с.
182. Макаренко А.С. Сочинения. В 7 т. – Т. 5. – М., 1958.

183. Маккорлі С. Управління діяльністю волонтерів: Як залучити громадськість до вирішення проблем суспільства / Маккорлі С., Лінч Р. : [пер. с англ.]. – К. : Гурт, 1998.– 286 с.
184. Макшанов С.И. Принципы психологического тренинга // Журнал практического психолога. – 1999. – № 3.
185. Маслоу А. Самоактуализирующие люди: исследование психологического здоровья. – СПб, 1999. — 347 с.
186. Маслоу А. Мотивация и личность : изд-е 3. – СПб. : Питер, 2003. – 352 с.
187. Матрос Л. Г. Социальные аспекты проблемы здоровья. - Новосибирск. 1992 – 214 с.
188. Матеріали міжнародного семінару по оцінці програм „Рівний навчає рівного” у країнах Центральної й Східної Європи, Співдружності Незалежних Держав і Балтійських країн за підтримкою UNICEF у співробітництві з UNAIDS, UNDP, UNFPA, WHO and ENPHS at WHO Еуропа. м. Юрмала, Латвія. 2000 р. – Юрмала, 2000. – 60 с.
189. Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактики болезней: учеб.пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М. : Издательский центр „Академия”, 2001. – 320 с.
190. Марков М. Технология и эффективность социального управления. – М. : Прогресс, 1982. – 267 с.
191. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика : учебник. – М. : Гардарики, 2003. – 269 с.
192. Мардахаев Л.В. Основы социально-педагогической технологии. Рязань. 1999.
193. Марасанов Г.И. Соціально-психологічний тренінг. – М., 2001, С.12 – 13.
194. Методика освіти „рівний – рівному”: / Зимівець Н.В., Лещук Н.О, Авельцева Т.П. та інші / Навч- метод. посібник. К.: Навчальна книга. – 2002. – 127 с.
195. Методология и методы социально-педагогических исследований:

- Науч., учебно-метод. пособие. Авт.-сост.: С.Я. Харченко, Н.С. Кратинев, Чиж А.Н, В.А.Кратинова. – Луганск: Альма-матер, 2001. – 216 с.
196. Методика и технологии работы социального педагога : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Б.Н.Алмазов, М.А. Беляева, Н.Н.Бессонова и др. : [под ред. М.А. Галагузовой, Л.В. Мардахаева]. – М. : Издательский центр “Академия”, 2002. – 192 с.
197. Міжгалузева комплексна програма „Здоров’я нації на 2002 – 2011 рр. ”. – К. : МОЗ, 2002. – 88 с.
198. Міжнародний семінар по оцінці програм „Рівний навчає рівного” у країнах Центральної й Східної Європи, Співдружності Незалежних Держав і Балтійських країнах. Робочі матеріали. – Юрмала, 1999. – с.60.
199. Моніторинг та оцінка діяльності з формування здорового способу життя / О.М.Балакірева, О.О.Яременко, Р.І. Левін та ін. – К. : Укр. Ін. соц. дослідж., 2005. – 152 с.
200. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты : [пер. с англ.]. – 5 изд. – СПб. : Питер, 2003. – 650 с.
201. Муздыбаев К. Психология ответственности. – Л. : Наука, 1983. – 240 с.
202. Мясищев В.Н. Психология отношений: под редакцией А.А. Бодалева [Вступительная статья А. А. Бодалева]. – М. : Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО „МОДЭК”, 2003. – 400 с.
203. Навички заради здоров’я. Навчання здоровому способу життя на засадах розвитку навичок: важливий компонент школи, дружньої до дитини, школи, що підтримує здоров’я. Навчальне видання. Інформаційна серія „Здоров’я в школі”. – К : ВКТФ Кобза, 2004. – 123 с.
204. Навчання здоровому способу життя на засадах розвитку навичок через систему шкільної освіти: оцінка ситуації / О.М. Балакірева (кер. авт. кол.), Л.С. Ващенко, О.Т. Сакович та ін. – К. : Державний ін-т проблем сім’ї та молоді, 2004. – 108 с.

205. Національна програма виховання дітей та учнівської молоді // Освіта України. 2004. – № 94. – С. 6 – 10.
206. Національна доктрина розвитку освіти України у ХХІ столітті, // Освіта України. – 2001. – № 29. – 18 лип. – С. 4– 6.
207. Никандров В.В. Антитренинг, или контуры нравственных и теоретических основ психотренинга : учеб. пособие. – СПб. : Речь, 2003. – 176 с.
208. Никитин В.А. Социальная работа: проблемы теории и подготовки специалистов. Учеб. пособие. – М. : Московский психолого-социальный институт, 2002. – 236 с.
209. Никитин В.А. Начала социальной педагоги: учебное пособие. – М. : Флинта, 1998. – 72 с.
210. Николаева И.В. Педагогические технологии формирования отношения к здоровью учащихся : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Николаева Ирина Валентиновна . – Самара, 2004. – 245 с.
211. Науменко Ю.В Проектирование здоровьесобудующего образования // Образование. – 2004. – № 1. – С. 43 – 52.
212. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования : учеб. пособие для студ. пед. вузов и системы повыш. квалиф. пед кадров / Е.С. Полат, М.Ю. Бухаркина, М.В. Моисеева, А.Е. Петров: под ред. Е.С. Полат. – М. : Издательский центр „Академия”, 2000. – 272 с.
213. Обучение сверстников сверстниками: Социальное образование в Украине (рабочие материалы семинаров). – К., 2000. – с .18 – 33.
214. Ожегов С.И. Словарь русского языка/ Под ред.Н.Ю.Шведовой. – 22 изд., стереотип. – М.: Рус.яз., 1987. – 921 с.
215. Оллпорт Г. Личность в психологии. – М., СПб, 1998.
216. Освітні технології : навч.-метод. посіб. / [О.М. Пехота, А.З. Кіктенко, О.М. Любарська та ін.]: за заг. ред. О.М. Пехоти. – К. : А.С.К, 2002. – 255 с.
217. Ответственность взрослых за ответственность детей : учеб. пособие / Новосибирский гос. ун-т и др. – Новосибирск, 2000. – 213 с.

218. Оржеховська В.М. Здоровий спосіб життя як пріоритетна цінність у вихованні підлітків / Цінності освіти і виховання : наук.-метод. зб. : [за заг. ред. О.В. Сухомлинської, ред. П.Р. Ігнатенка, Р.П. Скульського, упор. О.М.Павліченка]. – К., 1997. – С. 188 – 191.
219. Пахальян В.Э. Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст. – СПб. : Питер. 2006 – 240 с.
220. Педагогика: педагогические теории, системы, технологии: учеб. для студентов высш. и сред. учеб. заведений / С.А.Смирнов, И.Б.Котова, Е.Н.Шиянов и др. : под ред. С.А.Смирнова. – М. : Издательский центр „Академия”, 1999. – 512 с.
221. Петленко В.П. Этюды валеологии: здоровье как человеческая ценность / Петленко В.П., Давыденко Д.Н. – СПб, 1999.
222. Петрова Н.П.Тренинг для победителя. Самоменеджмент эпохи Интернет. – СПб.: Речь, 2002. – 216 с.
223. Петровская Л.А. Теоретические и методические вопросы социально-психологического тренинга. – М., 1982. – 208 с.
224. Пиаже Ж. Избранные психологические труды: Психология интеллекта. Генезис числа у ребенка. Логика и психология. – М. : межд. пед. акад., 1994. – 672 с.
225. Плахотный А.Ф. Свобода и ответственность. – Харьков, 1972. – 159 с.
226. Плышевский В.Г. Прогнозирование, проектирование и моделирование в социальной работе. – М. : Социально-технологический институт МГУС, 2001. – 95 с.
227. Подласый И.П. Педагогика: Новый курс: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений: В 2 кн. – М.: ВЛАДОС, 2002. – Кн. 1: Общие основы. Процесс обучения. – 576 с.
228. Поліщук Ю.Й. Соціально-педагогічна діяльність сучасних громадських молодіжних об'єднань в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук : спец. 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / Поліщук Ю.Й. – Луганськ, 2006. – 42 с.

229. Поліщук Ю.Й. Соціально-педагогічна діяльність сучасних громадських молодіжних об'єднань в Україні : [Монографія] / за ред. Н.Г. Ничкало. – Тернопіль : ТНПУ, 2005. – 432 с.
230. Положение детей в мире, 2006 г. Социально изолированные и невидимые. – Нью-Йорк. : ЮНИСЕФ, 2006. – 138 с.
231. Понтон Л. Сексуальная жизнь подростков. Открытие тайного мира взрослеющих мальчиков и девочек. : [пер. с англ. Е. Каримова]. – М. : Ин-т психотерапии, 2001. – 272 с.
232. Популяризація здорового способу життя: роздуми над деякими сучасними тенденціями. Ендрю Роджерс. К. : ХДФ, 2003. – 15 с.
233. Психологический тренинг с подростками / Л.Ф. Анн. – . СПб. : Питер, 2003. – 272 с.
234. Права дитини: сучасний досвід та інновації : зб. інформ. і метод. матеріалів / [за заг. ред. Г.М.Лактіонової]. – К. : Либідь, 2005. – 256 с.
235. Практикум по соціально-психологічному тренінгу.– 3-е изд., испр. и доп. : под ред. В.Д. Парыгина. – СПб. : Изд-во Михайлова В.А., 2000. – 352 с.
236. Превентивна робота з молоддю за методом „рівний–рівному” : навч. посіб. / [за ред. І. Д. Звереві]. – К. : навч. книга, 2002. – 256 с.
237. Принцип активизации в социальной работе / Под ред. Ф. Парслоу; Пер с англ. Под ред. Б.Ю.Шапиро. – М.:Аспект Пресс, 1997. – 223 с.
238. Проблеми педагогічних технологій : зб. наук. праць. – Випуск 1. –Луцьк., 2003. – 283 с.
239. Проблеми педагогічних технологій : зб. наук. праць. – Випуск 2. –Луцьк., 2002. – 285 с.
240. Проблеми педагогічних технологій : зб. наук. праць. – Випуск 3-4. – Луцьк., 2004. – 244 с.
241. Профессиональная кухня тренера: из опыта неформального образования в третьем секторе / [отв. ред. Е. Карпичевич, В. Величко]. – СПб. : ”Невский простор”, 2003. – 256 с.
242. Прутченков А.С. Соціально-психологічний тренінг в школі. – М., 2001. – 640 с.

243. Психология здоровья: / Учебник для вузов /Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с
244. Психология личности и образ жизни. М. : Издательство „Наука”, 1987. – 219 с.
245. Психологический словарь / [авт.-сост. В.Н. Копорулина, М.Н. Смирнова, Н.О. Гордеева, Л.М. Балабанова : под.общ.ред. Ю.Л. Неймера]. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. – 640 с.
246. Психология. Словарь / [под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского]. – 2 изд., испр. и доп. – М., 1990. – 494 с.
247. Психология подростка : учебник / [под ред. чл.-кор. РАО А.А. Реана]. – СПб. : Пройм-Евро – ЗНАК, 2003. – 480 с.
248. Reeducation – навчання ровесників ровесниками: уроки досвіду. Робочі матеріали семінару проекту Соціальна освіта в Україні(Міжнародна федерація соціальних працівників, Християнський Дитячий Фонд, Українська Асоціація соціальних педагогів і спеціалістів по соціальній роботі. – Тернопіль. 1999. – 18 с.
249. Рогов Е.И. Эмоция и воля. – М.: Владос, 1999. – 240 с.
250. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М., 1994. – 280 с.
251. Роджерс Е. Популяризація здорового способу життя: роздуми над деякими сучасними тенденціями / Міжнар. федер. соц. прац., Християнський дит. фонд, Укр. асоц. соц. педагогів та спеціалістів з соц. роботи. – К., 2003. – 10 с.
252. Розин В. М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Мир психологии, 2000, № 1(21). – С. 12 – 30.
253. Российская социологическая энциклопедия / [под общ.ред акад РАН Г.В. Осипова М.]. – Издательская группа НОУМА – ИПФР, 1998. – 297 с.
254. Российская социологическая энциклопедия. – М., 1988. – С. 386.
255. Российская педагогическая энциклопедия : В 2 т. / [гл. ред. В.В. Давыдов]. – М. : Большая Российская энциклопедия, 1993. – 608 с.
256. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб. : Питер, 2005. – 713 с.

257. Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: теория и практика. – М., 1993. – 368 с.
258. Савченко С.В. Науково-теоретичні засади соціалізації студентської молоді в позанавчальній діяльності в умовах регіонального освітнього простору : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук : спец. 13.00.05 „Соціальна педагогіка” / Савченко С.В. – Луганськ, 2004. – 41с.
259. Савченко С.В. Социализация студенческой молодежи в условиях регионального образовательного пространства : [Монография]. – Луганск : Альма Матер, 2003. – 406 с.
260. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности. Под редакцией В.А. Ядова. – Л.: Наука, 1979. – 264 с.
261. Сафин В.Ф. К проблеме самоопределения личности и ее активности /В.Ф.Сафин // Вопросы самоопределения личности и ее активности: Межвуз.сб.научн.трудов. – Уфа, 1985. – С.3 – 31.
262. Сафин В.Ф. Психология самоопределения личности: Учебное пособие к спецкурсу / В.Ф.Сафин. – Свердловск: СГПИ, 1986. – 142 с.
263. Свириденко С.О. Теоретико-методологічні засади формування позитивного ставлення до власного здоров'я вихованців закладів інтернатного типу // Теоретико – методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді. – К., 2004. – Вип.6. – С.160 – 165.
264. Сидоров В.Н. Профессиональная деятельность социального работника : ролевой подход. Винница: „Глобусс-пресс”, 2006. – 408 с.
265. Секач М.Ф. Психология здоровья: учебное пособие для высшей школы. – 2-е изд. – М. : Академический Проект : Гаудеамус, 2005. – 192 с
266. Слостенин В.А. Педагогика: инновационная деятельность / В.А.Слостенин, Л.С.Подымова. – М. : ИЧП „Издательство Магистр”, 1997. – 224с.
267. Словарь иностранных слов. – 14-е изд., испр. – М.: Рус. яз., 1987. – 607 с.
268. Словарь по социальной педагогике : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / [авт.-сост. Л.В.Мардахаев]. – М. : Академия, 2002. – 368 с.
269. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Юристъ, 1997. – 407 с.
270. Спиркин А.Г. Сознание и самосознание. – М., 1992.

271. Современный подросток: проблемы жизнедеятельности. – М. : НИИ семьи и воспитания, 1999. – 80 с.
272. Соковня-Семенова И., Семенова Ф. „Подросток уверен: жизнь вечна. Здоровье в системе представлений подростков и юношества”. Основы безопасности жизнедеятельности. – 1999. – №7. – С. 29 – 34.
273. Социальные технологии межсекторного взаимодействия в современной России. [Автономов А.С., Виноградова Т. И., Замятина М.Ф., Хананашвили Н.Л.] : учебник / Под общей редакцией проф. А.С.Автомова. – М. : Фонд „НАН”, – 2003. – С.31.
274. Соціальна робота в Україні : навч. посіб. / [І.Д. Зверева, О.В. Безпалько, С.Я.Харченко та ін.] : за заг. ред. І.Д. Зверєвої, Г.М. Лактіонової. – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 254 с.
275. Соціальна, педагогічна та психокорекцій на робота з засудженими до покарань, не пов'язаних із позбавленням волі : метод. посібник з питань соціальної реабілітації у громаді неповнолітніх засуджених: за ред. І.Д.Зверєвої. – К. : Науковий світ, 2006. – 277 с.
276. Соціальна робота: технологічний аспект Навчальний посібник. / За загальною редакцією проф. А.Й. Капської. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – 352 с.
277. Соціальна педагогіка: теорія і технології: підручник / за ред.І.Д.Зверєвої. – К : Центр навчальної літератури, 2006. – 316 с.
278. Социальное управление: словарь / [под.ред. В.И. Добренькова, И.М. Слепенкова]. – М. : Изд-во МГУ, 1994. – 208 с.
279. Социальные технологии : толковый словарь / [отв.ред. В.Н. Иванов]. – М. : Луч. ; Белгород : Центр социальных технологий, 1995. – 309 с.
280. Социальная педагогика : курс лекций / [под общ. ред. М.А. Галагузовой]. – М. : Гуманитарный издательский центр ”ВЛАДОС”, 2000. – 416 с.
281. Соціальна педагогіка: мала енциклопедія / За заг. ред. Проф. І.Д. Зверєвої. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 336 с.
282. Социальна педагогика : под ред. В.А. Никитина. – М., 2000. – С. 41.
283. Социальная философия. Учебн./Под.общ.ред.Андрущенко В.П., Горлача Н.И. – К. – Х.:Издат.центр. „Единогород”, 2002. – 736 с.

284. Сприяння покращенню здоров'я в громаді. Робочі матеріали семінару Міжнародна Асоціація соціальних працівників. Християнський Дитячий Фонд, Українська асоціація соціальних педагогів і спеціалістів з соціальної роботи. – К., ХДФ, 2005. – 53 с.
285. Стефанов Н. Общественные науки и социальная технология. – М. : Прогресс, 1976. – 251 с.
286. Степанов Е.Н. Педагогу о современных подходах и концепциях воспитания./ Степанов Е.Н., Лузина Л.М – М.: Сфера, 2002. – 160 с.
287. Стойко О. Сучасні технології формування здорового способу життя серед молоді. „Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я”. – 2001.– № 3 С.
288. Сучасні підходи у сфері охорони громадського здоров'я та його популяризації / [упоряд. Н.В. Зимівець, В.В. Крушельницький, Т.І. Мірошніченко : за заг. ред. І.Д. Звереві]. – К : Наук. світ, 2004. – 95 с.
289. Сурмин Ю.П. Теория социальных технологий: учеб. пособие. / Сурмин Ю.П., Туленков Н.В. – К. : МАУП, 2004. – 608 с.
290. Субоч М. //http:// . LifeIdea_org.mht
291. Сущенко Л.П. Здоровий спосіб життя людини. Довідкові матеріали. – Запоріжжя : ЗДУ, 1999. – 324 с.
292. Сухомлинський В.О. Вибрані твори в п'яти томах. Т. 4. – К. : Радянська школа. – 629 с.
293. Твоє життя – твій вибір: навч – метод. посібник / [Зимівець Н.В., Сивогракова З.А., Лещук Н.О. та ін.] – К. : Навчальна книга, 2002. – 190 с
294. Тернопільська В.І. Формування соціальної відповідальності старшокласників у позанавчальній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 „Теорія і методика виховання” / Тернопільська В.І. — К., 2003. — 20 с.
295. Технологии социальной работы с детьми и подростками : сборник статей : под ред. В.Н. Келасьева. – СПб. : Изд-во С.–Петербур. ун-та, 2001. – 264 с.
296. Технология социальной работы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений : под ред. И.Г. Зайнышева. – М. : Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2000. – 240 с.

297. Технологія проведення тренінгів з формування здорового способу життя молоді / Г.М Бевз, О.П. Главник – К. : Український ін.-т соціальних досліджень, 2004. – Кн.1. – 176 с.
298. Усвідомлене право – право на кожний день : посібник тренера-початківця, який працює в області правової просвіти / [Упоряд та загальн. ред. Т.П. Авельцева, Н.В. Зимівець]. – Дніпропетровськ : Січ, 2001. – 315 с.
299. Участь дітей та молоді в процесах прийняття рішень /А.Купцова, О. Сакович , Т. Кондрашевська, Л.Логгінова, С.Мірук – ТОВ"ІМГ" АртБат", 2ДП" Такі Справи"- К.:2002. – 112 с.
300. Участие детей и молодежи в процессах принятия решений. – К., 2002. – 33 с.
301. .Философский энциклопедический словарь.Гл.ред.:Л.Ф.Ильичев, П.Н.Федосеев,С.М.Ковалев,В.Г.Панов.— М. : Советская энциклопедия, 1983. – 840 с.
302. Фирсов М.В. Психология социальной работы: Содержание и методы психосоциальной практики: Учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений. / Фирсов М.В., Шапиро Б.Ю. – М.: Академия, 2002. – 192 с.
303. Формирование культуры здоровья обучающихся. Материалы межрегиональной конференции работников образования и здравоохранения, 7 декабря 2004 г. – Казань : РИЦ, „Школа”, 2005. – 140 с.
304. Формирование системного мышления в обучении: Учеб. пособие для вузов / Под ред. проф. З.А. Решетовой. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002.– 344 с.
305. Формування здорового способу життя молоді: Навч. посіб. для слухачів курсів підвищення кваліфікації державних службовців/ О.Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. – К.: Український ін-т соціальних досліджень, 2000. – 232 с.
306. Формування здорового способу життя молоді в Україні: національна модель „Молодь за здоров'я” / П.Шатц, О.Балакірева та ін. – К. : Укр. ін.-т соц. досліджень, 2005. – 130 с.
307. Формування здорового способу життя молоді: стратегія розвитку українського суспільства. Частина 1. / О.О. Яременко (кер. авт. кол.), О.В.

- Вакуленко, Ю.М. Галусян та ін. – К. : Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2004. – 164 с.
308. Формування здорового способу життя молоді: стратегія розвитку українського суспільства. Частина 2. / О.О. Яременко (кер. авт. кол.), О.В. Вакуленко, Н.М. Комарова та ін. – К. : Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2004. – 216 с.
309. Формування здорового способу життя молоді: активна участь молоді / Н.М. Комарова, А. Г. Зінченко, Д.М. Дикова-Фаворська та ін. – К. : Український ін-т соціальних досліджень, 2005. – 88 с.
310. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М. : Прогресс, – 1990.– 367 с.
311. Фромм Э. Человек для себя. – Минск : Коллегиум, 1992. – 253 с.
312. Фромм Э. Здоровое общество // Мужчина и женщина. – М., 1998
313. Харченко С.Я. Соціально-педагогічні технології: навч.-метод. посіб / Харченко С.Я., Краснова Н.П., Харченко Л.П. – Луганськ : Альма – матер, 2005. – 552 с.
314. Холостова Е.И. Становление теории социальной работы. – М., 1999. -54 с.
315. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. – СПб.: Питер; М. : Смысл, 2003. – 860 с.
316. Хеер А. Визначення соціальної роботи 21 століття // Практична психологія та соціальна робота. – 2005. – № 9. – С. 63 – 68.
317. Шапиро Б.Ю. Предметно-профессиональная подготовка социальных работников: задачи, содержание, организация // Социальная работа. – 1992. – Вып. 5. – С. 81 – 101.
318. Шкуркіна В.М. Формування соціального здоров'я особистості (соціально – педагогічний аспект) // Международный Конгресс “Единый мир – здоровый человек”. Сб. трудов. – Крым – Ялта, 2004. – С. 340– 344.
319. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды. – М., 1989. – 263 с.
320. Этюды валеологии [Ананьев В.А., Давиденко Д.Н., Петленко В.П. Хомутов Г.А.] : под общ. ред. Д.Н. Давиденко. – СПб. : СПб ГТУ, БПА. 2001. – 211 с.
321. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М. : Прогресс, 1996. – 316 с.

322. Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы психологии. – 1997. – № 2. – С. – 314.
- 323.
324. ЮНИСЕФ (2000), „Молодежь в меняющемся обществе”. Региональный мониторинговый доклад № 7. Флоренция. Исследовательский центр ЮНИСЕФ „Инноченти”–
325. Ядов В.А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение. Понимание социальной реальности / В. А. Ядов. – М. : Добросвет, 1998. – 596 с.
326. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М. 1999.
327. Ясвин В.А. Особенности личностного отношения к природе в подростковом и юношеском возрасте, Вопросы психологии. – 1995, № 4 с.19 – 21.
328. Ясвин В.А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию. – М. : Смысл, 2001. – 365 с.
329. Ясперс К. Духовная ситуация времени // Смысл и назначении истории. – М., 1994.
330. Яременко О.О. та ін. Оцінка ефективності програми „Здоров’я та розвиток молоді” 1997 – 2001 / О.О.Яременко, О.Т. Сакович, О.Р. Артюр, О.М. Балакірева та ін. – К. : ТОВ „ІМГ „АртБат”, ТОВ „Видавництво „ЛІТТОН” , 2002. – 96 с.
331. “Я хочу провести тренинг”. Пособие для начинающего тренера, работающего в области профилактики ВИЧ/СПИД, наркозависимости и инфекций, передающихся половым путем. – Новосибирск: Гуманитарный проект, ЮНИСЕФ, 2001. – 205 с.
332. Abelin T.The Position indicators in health promotion and protection\\ Wold Hith Stat.Rep. – 1986. – V.39 –N 4.P/353 – 364/
333. Allardt E (1976) Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. Acta Sociologica, 19, 227 – 24 C
334. Antonovsky A. Health, stress, and coping. San Francisko, 1979.
335. Hart. R. „Children’s Participation”: From Tokenism to Citizenship, UNICEF International Child Development Centre, 1992

336. How to create an effective peer education project". – L., 1999.
337. Health promotion. – L., 2001.
338. Health behavior and health education / [edited by] Karen Glanz, Frances Markus Lewis, Barbara K. Rimer. – 2nd ed. – 496 p.
339. Marks D., Murray M., Evans B., Willing C. Health Psychology : Theory Research and Practice. – L., 2000.
340. Report on a Stocktake in 12 Countries as Part of the joint UNISEF, UNFPA, WHO, UNFIDS/ Workplan for support to peer Education in CEE/CIS and Baltics – 2000/2001, P 60.
341. Rosemarie Smead. Campaign Skills and Techniques for Group Work with Children and Adolescents. 1995 by Research Press, Illinois
342. Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. Positive psychology : An introduction. American Psychologist, 2000. vol. 55;
343. Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. BO3/HPR/HEP/95.3. BO3, Женева, 1991 г.
344. Vertio H. Terveiden edistaminen. Tammi. Gummerus Kirjapaino oy Jyvaskyta, 2002.