

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НІЖИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИКОЛИ ГОГОЛЯ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах
рукопису

ПЕЙ ЯН

УДК 374:[613.955-021.414:316.62-053.5

**ДИСЕРТАЦІЯ
ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я
ВИХОВАНЦІВ ЗАКЛАДУ ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ**

Спеціальність 011 Освітні, педагогічні науки

Галузь знань 01 Освіта / Педагогіка

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії (PhD)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ / Пей Ян /

Науковий керівник

Хлеб'як Світлана Ростиславівна, кандидат педагогічних наук, доцент

Ніжин 2026

АНОТАЦІЯ

Пей Ян. Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 011 Освітні, педагогічні науки. – Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя, Ніжин, 2026.

У дисертаційній роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження особливостей формування ціннісного ставлення до здоров'я серед вихованців в умовах закладу позашкільної освіти. Актуальність дослідження проблеми формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти зумовлено нагальною потребою в удосконаленні національної освітньої політики у сфері збереження й зміцнення здоров'я підростаючого покоління. У сучасних соціокультурних умовах, позначених зростанням рівня хронічної захворюваності серед дітей і підлітків, поширенням гіподинамії, цифрової залежності та психоемоційного виснаження, питання формування свідомого ставлення до власного здоров'я набуває пріоритетного значення. Особливої актуальності проблема набуває у зв'язку з необхідністю подолання існуючих негативних тенденцій, таких як недостатня валеологічна поінформованість учнівської молоді, низька мотивація до здорового способу життя, порушення фізичного розвитку та емоційної рівноваги.

Заклади позашкільної освіти, на відміну від традиційних форм формальної освіти, створюють особливе виховне середовище, що поєднує добровільність участі, варіативність і гнучкість освітнього процесу, індивідуалізацію підходів, практичну спрямованість діяльності та високу емоційну залученість вихованців. Саме ці характеристики забезпечують унікальний потенціал для цілеспрямованого педагогічного впливу на

становлення ціннісних орієнтацій, пов'язаних зі здоров'ям. Попри наявні напрацювання вітчизняної й зарубіжної науки щодо формування здоров'язбережувальної компетентності та відповідального ставлення до здоров'я, питання специфіки такого процесу в контексті позашкільної освіти досі залишаються недостатньо опрацьованими. Наукова література здебільшого зосереджується на вивченні шкільного або вищого освітнього простору, тоді як позашкільна сфера потребує комплексного теоретико-методологічного осмислення і практичного моделювання педагогічних умов формування ціннісного ставлення до здоров'я. Ураховуючи зростаючу соціальну потребу в ефективних інструментах оздоровлення дітей, інтеграції валеологічних і гуманістичних підходів до виховання, формування відповідальної життєвої позиції щодо збереження здоров'я, дослідження, присвячене формуванню ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти, є надзвичайно актуальним і своєчасним.

Мета дисертаційного дослідження полягала в теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти.

Задля її досягнення здійснено комплексне вирішення низки взаємопов'язаних теоретичних і емпіричних завдань, що забезпечило цілісність і наукову обґрунтованість дослідження. Зокрема, здійснено ретроспективний аналіз становлення наукових ідей щодо ціннісного ставлення до здоров'я як основи розвитку особистості, виокремлено ключові тенденції її розвитку в різні історичні етапи, проаналізовано еволюцію підходів до збереження здоров'я в контексті освітньої діяльності. Уточнено зміст поняття «ціннісне ставлення до здоров'я» у психолого-педагогічному дискурсі, систематизовано наукові підходи до його визначення, конкретизовано структурні компоненти та функціональне наповнення цього феномена. Розкрито сучасні теоретичні засади формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти, охарактеризовано

специфіку реалізації означеного процесу в умовах неформальної освітньої взаємодії, обґрунтовано потенціал позашкільної освіти як середовища особистісного зростання та розвитку здоров'язбережувальної свідомості. Розроблено критерії та показники для визначення рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я, що дали змогу емпірично виміряти його розвиток у вихованців закладів позашкільної освіти. Проведено діагностичне дослідження, у ході якого з'ясовано вихідний рівень сформованості означеного ставлення, виявлено провідні труднощі та чинники, що зумовлюють недостатню мотивацію до здорового способу життя. Розроблено модель формування ціннісного ставлення до здоров'я, яку теоретично обґрунтовано та апробовано у процесі педагогічного експерименту, що підтвердив її ефективність. На основі отриманих результатів укладено науково-методичні рекомендації щодо впровадження зазначеної моделі в практику роботи закладів позашкільної освіти, з урахуванням їхньої варіативності, добровільності, профільної спрямованості та відкритості до взаємодії з соціокультурним середовищем.

У першому розділі дисертаційної роботи здійснено ґрунтовний теоретичний аналіз концептуальних засад формування ціннісного ставлення до здоров'я особистості як психолого-педагогічної проблеми. Проаналізовано динаміку розвитку уявлень про здоров'я в різні епохи розвитку людства, виявлено зміни у змісті та значенні ставлення до здоров'я під впливом соціокультурних трансформацій, економічних умов і домінуючих ідеологічних парадигм. Підтверджено, що феномен ціннісного ставлення до здоров'я формується в складній взаємодії індивідуального досвіду особистості та соціально-культурних особливостей життя суспільства, що визначає зміст освітньо-виховної роботи у сфері здоров'язбереження. Систематизовано наукові підходи до розуміння категорії «ціннісне ставлення до здоров'я особистості» в межах сучасного психолого-педагогічного дискурсу. Розкрито багатовимірність означеного поняття, виокремлено провідні наукові підходи до його вивчення – соціокультурний, феноменологічний, екзистенційний,

аксіологічний, когнітивно-поведінковий та психоаналітичний, – кожен з яких доповнює уявлення про механізми формування, змістові компоненти й функціональне навантаження ставлення до здоров'я як цінності. Уточнено понятійний апарат дослідження, впорядковано базові дефініції, введено робоче визначення ціннісного ставлення до здоров'я як складного особистісного утворення, що включає знання, уявлення, ставлення, поведінкові установки та практичні навички, необхідні для цілеспрямованого збереження і зміцнення здоров'я. Доведено, що саме така комплексна структура забезпечує довготривалу позитивну зміну поведінки та внутрішньої мотивації особистості щодо здорового способу життя. Теоретично обґрунтовано доцільність розгляду закладів позашкільної освіти як унікального освітнього середовища, здатного забезпечити ефективне формування ціннісного ставлення до здоров'я. Аргументовано, що варіативність освітніх програм, добровільність участі, профільна спрямованість гурткової роботи, елементи практико орієнтованої діяльності, неформальна атмосфера та активна взаємодія з громадою створюють сприятливі умови для формування стійких ціннісних орієнтацій щодо здоров'я. На основі здійсненого аналізу доведено, що соціально-педагогічний потенціал та освітньо-виховне середовище закладів позашкільної освіти як платформа для впровадження інноваційних підходів до виховання здоров'язберезувальної культури, робить їх невід'ємною складовою загальнонаціональної стратегії зміцнення здоров'я підростаючого покоління.

У другому розділі дисертаційного дослідження здійснено ґрунтовне експериментальне вивчення рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти, що дало змогу емпірично перевірити положення про значний потенціал таких закладів у формуванні відповідних ціннісних орієнтацій. Визначено, обґрунтовано та верифіковано систему критеріїв та показників для визначення рівня сформованості ціннісного ставлення особистості до здоров'я, адаптовану до специфіки позашкільної освітньої діяльності. Розроблено та реалізовано методику

констатувального етапу педагогічного експерименту, яка передбачала комплексну діагностику за чотирма критеріями: когнітивним, мотиваційним, емоційним і поведінковим. Здійснено добір та адаптацію валідного діагностичного інструментарію для визначення стану сформованості відповідних цінностей вихованців. У результаті констатувального етапу експерименту зафіксовано переважання середнього рівня сформованості когнітивного та мотиваційного критеріїв, що засвідчило наявність у дітей базових уявлень про важливість здоров'я, однак виявило потребу у цілеспрямованій роботі щодо поглиблення знань і посилення особистої зацікавленості у дотриманні здорового способу життя. Проаналізовано емоційні та поведінкові вияви ціннісного ставлення до здоров'я, за якими встановлено вищі показники: значна частина вихованців продемонструвала позитивне емоційне ставлення до здоров'я, активну участь у здоров'язберезувальній діяльності, самостійне дотримання гігієнічних норм і режиму дня, що підтверджено як експертними оцінками педагогів, так і батьків. Зафіксовано відсутність статистично значущих розбіжностей у рівнях сформованості ціннісного ставлення до здоров'я між контрольною та експериментальною групами, що засвідчило рівновагу в початкових умовах експерименту й обґрунтувало доцільність подальшого впровадження цілеспрямованих педагогічних впливів. На підставі узагальнення отриманих емпіричних даних зроблено висновок про те, що в системі позашкільної освіти вже наявні передумови для формування ціннісного ставлення до здоров'я, однак ефективність цього процесу потребує вдосконалення, зокрема через впровадження педагогічної моделі, орієнтованої на інтеграцію знаннєвого, мотиваційного, емоційного та поведінкового компонентів. Здобуті результати дозволили визначити подальші вектори наукового пошуку, пов'язані з реалізацією формувального етапу експериментального дослідження.

У третьому розділі дисертаційної роботи здійснено експериментальну перевірку ефективності розробленої моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти, що включала її

теоретичне обґрунтування, емпіричне випробування та практичне впровадження. На основі глибокого аналізу специфіки позашкільної освітньої діяльності сконструйовано модель, яка інтегрує три змістово-сміслові блоки – підготовчо-цільовий, організаційно-методичний та аналітико-результативний, кожен з яких забезпечує цілісне охоплення процесу формування ціннісного ставлення до здоров'я в його когнітивному, мотиваційному, емоційному та поведінковому вимірах. Модель було реалізовано через комплексну методику, яка знайшла втілення у програмі формувального впливу, адаптованій до умов позашкільного освітнього середовища. У рамках розділу розроблено й обґрунтовано зміст програми, дібрано методичний інструментарій, визначено критерії оцінювання динаміки змін у сформованості досліджуваного феномену.

Проведено формувальний етап експерименту, у ході якого здійснено порівняльний аналіз результатів контрольної та експериментальної груп, виявлено статистично значущі позитивні зміни в усіх структурних компонентах ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців, що брали участь у програмі. Зафіксовано зростання рівня обізнаності дітей щодо змісту категорії «здоров'я», його складників і чинників збереження, сформовано чітке уявлення про здоров'я як інтегральну життєву цінність. Емпірично підтверджено підвищення рівня внутрішньої мотивації до ведення здорового способу життя, зміцнення особистісної зацікавленості у питаннях збереження власного здоров'я, а також становлення емоційної залученості у процеси, пов'язані з усвідомленням значущості здоров'я. Діти навчились співвідносити тему здоров'я з позитивними емоційними символами, що засвідчує глибоку афективну інтеріоризацію відповідної цінності. У поведінковому аспекті спостерігалася якісна зміна: учасники експерименту виявляли більшу активність у практичних аспектах здоров'язбереження, демонстрували стійкі навички гігієнічної поведінки, проведення раціонального дозвілля та свідомого вибору корисних звичок.

Результати експерименту лягли в основу розроблення науково-

методичних рекомендацій, спрямованих на підтримку педагогів закладів позашкільної освіти у процесі формування ціннісного ставлення до здоров'я здобувачів освіти. У цих рекомендаціях систематизовано ефективні підходи, прийоми, організаційно-методичні та технологічні рішення, що довели свою результативність під час емпіричного випробування моделі.

Наукова новизна дисертаційного дослідження полягає у тому, що *вперше* розроблено та експериментально верифіковано модель формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти, що включає когнітивний, мотиваційний, емоційний та поведінковий компоненти; виявлено та систематизовано критерії та показники, охарактеризовано рівні сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти; обґрунтовано специфіку формування ціннісного ставлення до здоров'я в умовах позашкільної освіти, визначено її відмінності від загальноосвітнього процесу; розроблено авторський проєктивний тест «Малюнок здоров'я» як діагностичний інструмент для оцінки емоційного ставлення до власного здоров'я; *удосконалено* теоретичні засади формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти, зокрема уточнено зміст і структуру поняття «ціннісне ставлення до здоров'я»; адаптовано методику діагностики рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я шляхом інтеграції методик «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, «Профіль здорового способу життя» (HPLP-II) С. Уолкер та авторського малюнкового тесту; підходи до педагогічного супроводу процесу формування ціннісного ставлення до здоров'я у позашкільній освіті шляхом впровадження комплексної системи виховних впливів; *набули подальшого розвитку* концептуальні уявлення про вплив позашкільної освіти на формування ціннісного ставлення до здоров'я як багатовимірного процесу, що охоплює когнітивний, мотиваційний, емоційний та поведінковий компоненти; розуміння особливостей виховного впливу педагогів і батьків на формування ціннісного ставлення до здоров'я в дітей та підлітків у позашкільному середовищі; підходи до розроблення та реалізації

освітніх і виховних програм, спрямованих на формування здоров'язберезувальної поведінки у вихованців закладів позашкільної освіти; *уточнено* поняття «ціннісне ставлення до здоров'я» у контексті позашкільної освіти, визначено його структурні компоненти та взаємозв'язки; критерії та показники оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я, що дозволяють більш комплексно оцінювати стан цього процесу у вихованців закладів позашкільної освіти; особливості впливу освітнього середовища позашкільних закладів на формування ціннісного ставлення до здоров'я дітей та підлітків.

Практичне значення дисертаційного дослідження полягає в розробці науково обґрунтованої моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти, що сприяє оптимізації процесу виховання здорової особистості в умовах позашкільної освіти. Розроблена модель, що включає організаційно-педагогічні умови, забезпечує ефективне поетапне формування когнітивних, мотиваційних, емоційних та поведінкових компонентів ціннісного ставлення до здоров'я, що доведено в результаті експерименту. Розроблені науково-методичні рекомендації можуть бути використані педагогами для удосконалення роботи з вихованцями, а також для інтеграції зусиль педагогів, батьків і громадськості. Крім того, отримані результати відкривають перспективи для подальших досліджень, зокрема щодо впливу соціокультурних, етнопсихологічних, гендерних та вікових аспектів на формування в особистості ціннісного ставлення до здоров'я, а також для розширення емпіричної бази досліджень у різних регіонах України та інших країнах.

Ключові слова: особистість, здоров'я, ціннісне ставлення, здобувач освіти, заклад позашкільної освіти, здоров'язберезувальна поведінка, мотивація до здорового способу життя, когнітивна сфера, мотиваційна сфера, емоційно-вольова сфера, поведінка, системний підхід, діяльнісний підхід, педагогічний вплив, педагогічні умови.

ABSTRACT

Pei Yang Formation of a value-based attitude to the health of pupils of an out-of-school education institution. – Qualified scientific work as a manuscript.

Thesis for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 011 Educational, Pedagogical Sciences. – Nizhyn Mykola Gogol State University, Nizhyn, 2026.

The dissertation work has carried out a comprehensive theoretical and empirical study of the features of the formation of a value attitude towards health among students in an out-of-school education institution. The relevance of the study of the problem of the formation of a value attitude towards health among students of out-of-school education institutions is due to the urgent need to improve the national educational policy in the field of preserving and strengthening the health of the younger generation. In modern socio-cultural conditions, marked by an increase in the level of chronic morbidity among children and adolescents, the spread of hypodynamia, digital addiction and psycho-emotional exhaustion, the issue of forming a conscious attitude towards one's own health is gaining priority. The problem is particularly relevant in connection with the need to overcome existing negative trends, such as insufficient valeological awareness of schoolchildren, low motivation for a healthy lifestyle, impaired physical development and emotional balance.

Out-of-school education institutions, unlike traditional forms of formal education, create a special educational environment that combines voluntary participation, variability and flexibility of the educational process, individualization of approaches, practical orientation of activities and high emotional involvement of students. It is these characteristics that provide a unique potential for targeted pedagogical influence on the formation of value orientations related to health. Despite the existing developments of domestic and foreign science on the formation of health-preserving competence and a responsible attitude to health, the issues of

the specificity of such a process in the context of out-of-school education still remain insufficiently studied. Scientific literature mainly focuses on the study of the school or higher educational space, while the out-of-school sphere requires a comprehensive theoretical and methodological understanding and practical modeling of the pedagogical conditions for the formation of a value attitude to health.

Given the growing social need for effective tools for improving children's health, integrating valeological and humanistic approaches to education, and forming a responsible life position regarding health preservation, the study devoted to the formation of a value-based attitude to health in students of out-of-school education institutions is extremely relevant and timely.

The purpose of the dissertation research was to theoretically substantiate and experimentally verify the effectiveness of a model for developing a value-based attitude toward health in students of extracurricular education institutions. To achieve this, a comprehensive solution to a number of interrelated theoretical and empirical tasks was carried out, which ensured the integrity and scientific validity of the study.. In particular, a retrospective analysis of the formation of scientific ideas regarding a value-based attitude to health as the basis for personal development was carried out, key trends in its development at different historical stages were identified, and the evolution of approaches to health preservation in the context of educational activities was analyzed.

The content of the concept of «value-based attitude to health» in psychological and pedagogical discourse has been clarified, scientific approaches to its definition have been systematized, the structural components and functional content of this phenomenon have been specified. The modern theoretical principles of the formation of a value-based attitude to health in students of out-of-school education institutions have been revealed, the specifics of the implementation of the specified process in the conditions of informal educational interaction have been characterized, the potential of out-of-school education as an environment for personal growth and the development of health-preserving consciousness has been

substantiated. The criteria, levels and indicators of the formation of a value-based attitude to health have been developed, which made it possible to empirically measure its development in students of out-of-school education institutions. A diagnostic study has been conducted, during which the initial level of formation of the specified attitude has been clarified, the leading difficulties and factors that cause insufficient motivation for a healthy lifestyle have been identified. A model of the formation of a value attitude towards health has been developed, which has been theoretically substantiated and tested in the process of a pedagogical experiment, which confirmed its effectiveness. Based on the results obtained, scientific and methodological recommendations have been made for the implementation of the specified model in the practice of extracurricular education institutions, taking into account their variability, voluntariness, profile orientation and openness to interaction with the socio-cultural environment.

In the first section of the dissertation work, a thorough theoretical analysis of the conceptual principles of the formation of a value attitude towards the health of an individual as a psychological and pedagogical problem has been carried out. The cultural and historical dynamics of ideas about health in different eras of human development have been analyzed, changes in the content and meaning of the attitude towards health under the influence of socio-cultural transformations, economic conditions and dominant ideological paradigms have been identified.

It is confirmed that the phenomenon of a value-based attitude toward health is formed through the complex interaction of an individual's personal experience and the socio-cultural characteristics of society, which defines the content of educational and upbringing work in the field of health preservation.

Scientific approaches to understanding the category of «value attitude to the health of the individual» within the framework of modern psychological and pedagogical discourse are systematized. The multidimensionality of the defined concept is revealed, the leading scientific approaches to its study are identified – socio-cultural, phenomenological, existential, axiological, cognitive-behavioral and psychoanalytic – each of which complements the understanding of the mechanisms

of formation, content components and functional load of the attitude to health as a value. The conceptual apparatus of the study is clarified, the basic definitions are arranged, and a working definition of the value attitude to health as a complex personal formation is introduced, which includes knowledge, ideas, attitudes, behavioral attitudes and practical skills necessary for the purposeful preservation and strengthening of health. It is proven that it is such a complex structure that provides a long-term positive change in behavior and internal motivation of the individual towards a healthy lifestyle. The feasibility of considering extracurricular educational institutions as a unique educational environment capable of ensuring the effective formation of a value-based attitude towards health is theoretically substantiated. It is argued that the variability of educational programs, voluntary participation, the profile orientation of group work, elements of practice-oriented activities, an informal atmosphere and active interaction with the community create favorable conditions for the formation of stable value orientations towards health. Based on the analysis conducted, it is proven that the socio-pedagogical potential and the educational environment of out-of-school education institutions, acting as a platform for implementing innovative approaches to fostering a health-preserving culture, make them an integral component of the national strategy for strengthening the health of the younger generation

In the second section of the dissertation research, a thorough experimental study of the level of formation of value attitudes towards health among students of out-of-school educational institutions was carried out, which made it possible to empirically verify the position on the significant potential of such institutions in the formation of relevant value orientations. A methodology for the ascertaining stage of the pedagogical experiment was developed and implemented, which provided for a comprehensive diagnosis according to four criteria: cognitive, motivational, emotional and behavioral. A system of criteria, levels and indicators of value attitudes towards health, adapted to the specifics of out-of-school educational activities, was determined, substantiated and verified. A valid diagnostic tool was selected and adapted to determine the state of formation of relevant values among

students.

As a result of the ascertaining stage of the experiment, the prevalence of the average level of formation of cognitive and motivational criteria was recorded, which indicated the presence of basic ideas about the importance of health in children, but revealed the need for targeted work to deepen knowledge and increase personal interest in maintaining a healthy lifestyle. Emotional and behavioral manifestations of a value attitude to health were analyzed, according to which higher indicators were established: a significant part of the pupils demonstrated a positive emotional attitude to health, active participation in health-preserving activities, independent adherence to hygiene standards and daily routine, which was confirmed by both expert assessments of teachers and parents.

The absence of statistically significant differences in the levels of formation of a value attitude to health between the control and experimental groups was recorded, which indicated balance in the initial conditions of the experiment and justified the feasibility of further implementation of targeted pedagogical influences. Based on the generalization of the empirical data obtained, it was concluded that the out-of-school education system already has the prerequisites for the formation of a value attitude towards health, but the effectiveness of this process needs to be improved, in particular through the implementation of a pedagogical model focused on the integration of cognitive, motivational, emotional and behavioral components. The results obtained allowed us to determine further vectors of scientific research related to the implementation of the formative stage of the experimental study.

In the third section of the dissertation, an experimental verification of the effectiveness of the developed model of the formation of a value attitude towards health in students of out-of-school education institutions was carried out, which included its theoretical justification, empirical testing and practical implementation. Based on a deep analysis of the specifics of extracurricular educational activities, a model was constructed that integrates three content-semantic blocks – preparatory-targeted, organizational-methodical and analytical-resultative, each of which provides a holistic coverage of the process of forming a value attitude towards health

in its cognitive, motivational, emotional and behavioral dimensions. The model was implemented through a comprehensive methodology, which was embodied in the program of influence, adapted to the conditions of the out-of-school educational environment. Within the framework of the section, the content of the program was developed and substantiated, methodological tools were selected, and criteria for assessing the dynamics of changes in the formation of the phenomenon under study were determined.

The formative stage of the experiment was carried out, during which a comparative analysis of the results of the control and experimental groups was carried out, statistically significant positive changes were revealed in all structural components of the value attitude towards health in pupils who participated in the program. An increase in the level of children's awareness of the category of «health», its components and factors of preservation was recorded, a clear idea of health as an integral life value was formed. An increase in the level of internal motivation to lead a healthy lifestyle, strengthening personal interest in issues of preserving one's own health, as well as the formation of emotional involvement in processes related to the awareness of the significance of health were empirically confirmed. Children learned to correlate the topic of health with positive emotional symbols, which indicates a deep affective interiorization of the corresponding value. In the behavioral aspect, a qualitative change was observed: the participants of the experiment showed greater activity in health-preserving practices, demonstrated stable skills of hygienic behavior, rational organization of leisure time and conscious choice of useful habits.

The results of the experiment formed the basis for the development of scientific and methodological recommendations aimed at supporting teachers of out-of-school education institutions in the process of forming a value attitude towards health of students. These recommendations systematize effective approaches, techniques and organizational and methodological solutions that have proven their effectiveness during the empirical testing of the model.

The scientific novelty of the dissertation research lies in the fact that for the

first time a model of the formation of a value attitude towards health in students of an out-of-school education institution has been developed and experimentally verified; identified and systematized the criteria, levels and indicators of the formation of value attitudes towards health in students of out-of-school education institutions; substantiated the specifics of the formation of value attitudes towards health in out-of-school education, determined its differences from the general educational process; developed the author's projective test «Picture of Health» as a diagnostic tool for assessing the emotional attitude towards one's own health. The theoretical principles of the formation of value attitudes towards health in students of out-of-school education institutions were improved, in particular, the content and structure of the concept of «value attitudes towards health» were clarified; adapted the methodology for diagnosing the level of formation of value attitudes towards health by integrating the methods «Value Orientations» by M. Rokeach, «Profile of a Healthy Lifestyle» (HPLP-II) by S. Walker and the author's picture test; approaches to pedagogical support of the process of forming value attitudes towards health in out-of-school education by implementing a comprehensive system of educational influences. The conceptual ideas about the influence of extracurricular education on the formation of a value attitude towards health as a multidimensional process that includes cognitive, motivational, emotional and behavioral components were further developed; understanding of the features of the educational influence of teachers and parents on the formation of a value attitude towards health in children and adolescents in an extracurricular environment; approaches to the development and implementation of educational and educational programs aimed at the formation of health-preserving behavior in students of extracurricular institutions. The concept of «value attitude towards health» in the context of extracurricular education was clarified, its structural components and relationships were determined; criteria and indicators for assessing the level of formation of a value attitude towards health, which allow a more comprehensive assessment of the state of this process in students of extracurricular education institutions; features of the influence of the educational environment of extracurricular institutions on the formation of a value attitude

towards health in children and adolescents.

The practical significance of the dissertation research lies in the development of a scientifically based model of the formation of a value attitude towards health in pupils of out-of-school education institutions, which contributes to the optimization of the process of raising a healthy personality in out-of-school education. The developed model, which includes organizational and pedagogical conditions, provides an effective phased formation of cognitive, motivational, emotional and behavioral components of a value attitude towards health, which was proven as a result of the experiment. The developed scientific and methodological recommendations can be used by teachers to improve work with pupils, as well as to integrate the efforts of teachers, parents and the public. In addition, the results obtained open up prospects for further research, in particular, on the influence of socio-cultural, ethno-psychological, gender and age aspects on the formation of a value attitude for health, as well as to expand the empirical base of research in different regions of Ukraine and other countries.

Keywords: personality, health, value attitude, education seeker, extracurricular education institution, health-preserving behavior, motivation for a healthy lifestyle, cognitive sphere, motivational sphere, emotional-volitional sphere, behavior, systemic approach, activity approach, pedagogical influence, pedagogical conditions.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Наукові статті у фахових виданнях України

1. Пей Ян. Соціально-педагогічні умови формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2025. № 1. С. 137–143.

DOI: <https://doi.org/10.12958/3083-6514-2025-1-137-143>

2. Пей Ян. Теоретико-методологічні засади формування ціннісного

ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти. *Наукові записки. Психолого-педагогічні науки*. 2024. № 4. С. 131–136.

DOI: <https://doi.org/10.31654/2663-4902-2024-PP-4-131-136>

3. Пей Ян. Обґрунтування діагностичного інструментарію дослідження ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського*. 2025. № 1 (150). С. 124–131.

DOI: <https://doi.org/10.24195/2617-6688-2025-1-18>

Розділ у колективній монографії

4. Пей Ян. Критерії, рівні та показники розвитку ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти. *Aktualne problemy społeczne Ukrainy i Polski. Nowoczesne tendencje w pracy socjalnej i praktyce pedagogicznej: monografia*. Red. nauk.: H. Bejger, O. Lisovets, S. Borysiuk. Chełm: Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie; Chełmskie Towarzystwo Naukowe, 2025. 292 s. С. 165–179. URL: <https://panschelm.edu.pl/wp-content/uploads/2025/07/AktualneProblemySpolUaiPol.pdf>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

5. Пей Ян. Розвиток освітньо-виховного потенціалу закладу позашкільної освіти в умовах інтеграції в європейський освітній простір. *Молодь і сучасні тренди наукової думки* : зб. тез доп. Всеукр. мультидисц. наук.-практ. інтернет-конф., м. Ніжин, 01 бер. 2024 р. / упоряд. Н. О. Івахно. Ніжин, 2024. С. 235–240.

6. Пей Ян. Теоретичні аспекти формування ціннісного ставлення до власного здоров'я дітей молодшого шкільного віку. *Науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення* : зб. матеріалів VIII Міжн. наук.-практ. конф. (21 травня 2024 р., м. Ніжин) / за ред. О. В. Лісовця, С. О. Борисюк. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2024. 187 с. С. 47–49.

7. Пей Ян. Партнерство – запорука успішного розвитку здоров'язбережувального середовища закладу позашкільної освіти. *Партнерська взаємодія у системі інститутів соціальної сфери* : зб.

матеріалів V Міжн. наук.-практ. конф. (26 лист. 2024 р., м. Ніжин) / За заг. ред. О. В. Лісовця. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2024. С. 190–193.

8. Пей Ян. Формування ціннісного ставлення особистості до здоров'я в умовах закладу освіти: теоретичний аспект. *Вісник студентського наукового товариства*: зб. наук. пр. студентів, магістрантів і аспірантів / за заг. ред. О. В. Мельничука. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2024. Вип. 30. С. 213–217.

9. Пей Ян. Культурно-історична ретроспектива проблеми формування ціннісного ставлення особистості до власного здоров'я. *Молодь і сучасні тренди наукової думки* : зб. тез доп. Всеукр. мультидисц. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Ніжин, 15 квіт. 2025 р.) / упоряд. Н. М. Демченко. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2025. С. 70–74.

10. Пей Ян. Вплив ідей просвітництва на розвиток сучасної теорії і практики формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти. *Актуальні проблеми в системі освіти: загальноосвітній заклад середньої освіти – доуніверситетська підготовка – заклад вищої освіти*. Київ, 2025. № 1(5). С. 479–484.

DOI: <https://doi.org/10.18372/2786-5487.1.20302>

ЗМІСТ

ВСТУП.....	22
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ЯК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА.....	32
1.1. Ретроспектива становлення наукових ідей щодо ціннісного ставлення до здоров'я як основи розвитку особистості.....	32
1.2. Наукові підходи до визначення поняття «ціннісне ставлення до здоров'я особистості» у психолого-педагогічній літературі.....	46
1.3. Сучасні теоретичні засади формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти	71
Висновки до першого розділу.....	90
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СФОРМОВАНOSTІ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ВИХОВАНЦІВ ЗАКЛАДУ ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ.....	92
2.1. Обґрунтування критеріально-діагностичного апарату експериментального дослідження рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти	92
2.2. Організація і методика проведення констатувального етапу педагогічного експерименту	117
2.3. Діагностика сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти	134
Висновки до другого розділу	170
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ВИХОВАНЦІВ ЗАКЛАДУ ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ.....	173
3.1. Обґрунтування та впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти	173

3.2. Порівняльний аналіз емпіричних результатів констатувального та формувального етапів дослідження	196
3.3. Науково-методичні рекомендації щодо впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців позашкільних закладів та установ	214
Висновки до третього розділу	222
ВИСНОВКИ	225
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	228
ДОДАТКИ	257

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Формування ціннісного ставлення до здоров'я у підростаючого покоління є одним із ключових завдань сучасної освіти, адже здоров'я людини визначає її життєздатність, соціальну активність, професійну продуктивність і загальне благополуччя. В умовах сьогодення, коли суспільство стикається з численними викликами, такими як зростання рівня хронічних захворювань, поширення малорухливого способу життя, вплив інформаційних технологій на психічне та фізичне здоров'я дітей, питання збереження здоров'я набуває особливої актуальності. Важливим фактором є також соціально-економічні аспекти, що визначають доступність якісної медичної допомоги, рівень екологічної безпеки, культурні традиції, пов'язані зі здоровим способом життя.

У цьому контексті заклади позашкільної освіти відіграють важливу роль у вихованні здорової нації. Позашкільна освіта має значний потенціал у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я, оскільки забезпечує гнучкість і варіативність навчального процесу, дозволяє застосовувати інтерактивні форми роботи з дітьми, використовувати індивідуальний підхід і залучати учнів до активної участі в оздоровчих, спортивних, культурних і просвітницьких заходах. На відміну від формальної шкільної освіти, заклади позашкільної освіти мають змогу створювати сприятливі умови для формування в дітей позитивної мотивації до збереження власного здоров'я, усвідомлення його значущості для реалізації життєвих планів і особистісного розвитку.

Актуальність дослідження даної проблематики зумовлена необхідністю подолання існуючих негативних тенденцій у сфері здоров'я дітей та підлітків. Можна констатувати зростання кількості дітей із порушеннями фізичного розвитку, надлишковою масою тіла, порушеннями постави, серцево-судинними захворюваннями, а також підвищений рівень тривожності та стресу, що негативно впливає на їхнє загальне самопочуття. Водночас

більшість учнів недостатньо усвідомлює значення здорового способу життя, що зумовлено як недостатнім рівнем валеологічної грамотності, так і низькою мотивацією до відповідної поведінки. Позашкільна освіта має унікальні можливості для формування свідомого ставлення дітей до здоров'я, оскільки ґрунтується на добровільності та зацікавленості вихованців, що сприяє більшій їхній активній залученості до освітнього процесу.

У сучасній науковій літературі приділяється значна увага проблемі формування ціннісного ставлення до здоров'я особистості як ключового аспекту розбудови здорового способу життя. Актуальність цього питання підтверджують і зарубіжні розвідки. Зокрема у працях науковців проаналізовано екологічні аспекти здоров'я (Е. Голдсміт), поведінкові чинники, що впливають на стан здоров'я підлітків (А. Мусавян, П. Хаджихасаноглу), а також економічні детермінанти здоров'я і довголіття (К. Мерфі, Р. Топель). Огляд цих праць підкреслює комплексний характер проблеми й актуалізує необхідність подальшого вивчення механізмів становлення ціннісних орієнтацій щодо здоров'я в різних освітніх середовищах.

Представники вітчизняної науки активно досліджують цю проблему в педагогічному, психологічному та соціальному аспектах. Зокрема, увагу науковців зосереджено на формуванні ціннісного ставлення до здоров'я представників різних вікових груп: дітей дошкільного віку (Т. Андрющенко, Т. Бабюк, Л. Печка), учнівської молоді (О. Єжова, З. Крупник, Я. Сивохоп, І. Сундукова), студентів закладів вищої освіти (Г. Асланов, Ю. Бойко, О. Соколенко, К. Федченко). Крім того, вивчаються особливості цього процесу в осіб, та навіть осіб, які здобувають професійну освіту в медичних і педагогічних закладах.

Проблема формування ціннісного ставлення до здоров'я корелює з питанням відповідальності особистості за власне здоров'я, що є висвітлено у працях О. Богучарової, Л. Бутузової, Т. Галенко, Г. Ситник. У наукових розвідках обґрунтовано структурні компоненти означеного феномену,

розкрито механізми його становлення та визначено умови ефективного педагогічного впливу.

Вагоме місце у дослідженні цієї проблеми посідає діагностика рівнів сформованості ціннісного ставлення до здоров'я (О. Єжова), що слугує підґрунтям для розроблення ефективних методичних рекомендацій щодо утвердження здорового способу життя.

Особливий інтерес викликають дослідження впливу освітнього середовища на формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців освітніх установ різного типу. Вчені наголошують на важливості інтеграції фізичної культури, психолого-педагогічного супроводу, морально-етичного виховання у процес становлення відповідального ставлення до власного здоров'я (І. Сундукова, О. Соколенко). Крім того, вивчаються фактори, що впливають на формування відповідального ставлення до здоров'я в умовах освітньо-виховного простору закладу загальної середньої освіти, а також питання наступності у вихованні здорового способу життя в закладах дошкільної освіти і початкової школи (Л. Пєчка). Водночас питання специфіки цього процесу в закладах позашкільної освіти, висвітлені фрагментарно, що зумовлює необхідність подальших досліджень у зазначеному напрямі.

Варто наголосити, що формування ціннісного ставлення до здоров'я є складним багатокомпонентним процесом, що включає когнітивний, емоційно-мотиваційний і поведінковий складники. У педагогічній та психологічній науках виховання здоров'язберезувальної компетентності аналізується через призму валеологічної освіти, формування мотивації до здорового способу життя, застосуванні інтерактивних методів навчання та впровадження здоров'язберезувальних технологій. Водночас бракує праць, які б комплексно висвітлювали проблему формування ціннісного ставлення до здоров'я саме в умовах закладів позашкільної освіти, що підтверджує актуальність нашого дослідження.

Таким чином, проблема формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти є актуальною як у теоретичному, так

і в практичному аспектах. Вона потребує подальших досліджень, спрямованих на обґрунтування інноваційних технологій виховання здоров'язбережувальної компетентності, розроблення моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти та її змістовно-методичного забезпечення в умовах позашкілля.

Зв'язок дослідження з науковими програмами, темами, планами.

Дисертаційне дослідження виконано в межах тем науково-дослідної роботи кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя «Професійна підготовка фахівців соціальної сфери в умовах партнерства соціальних інститутів» (2019-2023 рр., державний реєстраційний номер 0119U100698) та «Оптимізація системи підготовки фахівців соціальної сфери в умовах європейської освітньої інтеграції» (2024-2028 рр., державний реєстраційний номер 0124U001492).

Тему затверджено на засіданні Вченої ради Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя протокол №5 від 16 листопада 2023 року.

Об'єкт дослідження – процес формування ціннісного ставлення особистості до здоров'я.

Предмет дослідження – змістовно-методичне забезпечення процесу формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти.

Гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що процес формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти виявиться ефективним за умови:

розробки і впровадження спеціальної моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я, яка ґрунтується на системному підході і враховує вікові особливості вихованців;

технологічного забезпечення цього процесу через використання

комплексу методів активної взаємодії та інноваційних форм сучасних здоров'язбережувальних технологій;

реалізації розробленої моделі в умовах здоров'язбережувального освітньо-виховного середовища закладу позашкільної освіти, яке сприяє формуванню у вихованців усвідомлення цінності здоров'я і формування відповідних життєвих навичок.

Мета та гіпотеза дослідження зумовили необхідність вирішення наступних **завдань**:

1. Розкрити сутність і науково обґрунтувати теоретичні засади формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти.
2. Визначити критерії, показники та виявити рівні сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти.
3. Експериментально перевірити ефективність моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти.
4. Розробити змістовно-методичне забезпечення впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти в освітню практику.

Методологічна та теоретична основа дослідження. Теоретико-методологічну основу дисертаційного дослідження складають концептуальні уявлення про природу та місце цінностей у структурі особистості (Е. Шпрангер, Г. Олпорт); теорія особистісних цінностей та їх класифікація М. Рокіча та Ш. Шварца; існуючі визначення категорії ціннісного ставлення та його структури (О. Єжова, Ю. Козловський, Г. Корж, Н. Мукан, Г. Ситник, А. Трутень, К. Федченко); наявні підходи до тлумачення поняття ціннісного ставлення до здоров'я (Т. Андрющенко, Г. Асланов, О. Єжова, І. Сундукова, О. Соколенко); соціально-культурний, феноменологічний, екзистенційний, аксіологічний, когнітивно-поведінковий, психоаналітичний підходи до наукового дослідження проблеми ціннісного ставлення до здоров'я; концептуальні уявлення про, складові, рівні, критерії та показники ціннісного

ставлення до здоров'я (Л. Бутузова, М. Гасюк, К. Федченко, І. Щудрик); уявлення про шляхи формування ціннісного ставлення до здоров'я (Т. Галенко); уявлення про місію та особливості функціонування закладів позашкільної освіти (Т. Андрющенко, Я. Сивохоп, Н. Хольченкова, Л. Яременко); обґрунтування ролі позашкільної освіти у формуванні важливих особистісних компетентностей, у тому числі відповідального ставлення до власного здоров'я (І. Авдеєнко, Т. Кречотіна, О. Литовченко, Г. Німич, Н. Перепелиця, Я. Сивохоп, Н. Сидоренко, Н. Хольченкова, О. Язловецька, Л. Яременко); принципи формування ціннісного ставлення вихованців закладів позашкільної освіти до власного здоров'я (Н. Хольченкова, О. Язловецька); уявлення про найбільше ефективне методичне забезпечення (форми, методи) та соціально-педагогічні умови формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти (О. Литовченко, О. Язловецька).

Методи дослідження. Мета й завдання дисертаційної роботи зумовили використання комплексу наукових методів, а саме:

теоретичні методи (опис, класифікація, порівняння, систематизація) – застосовувалися під час аналізу та узагальнення наукових даних, пов'язаних із проблемою формування ціннісного ставлення до здоров'я особистості (розділи 1–3). Системний та порівняльний аналіз використовувався для встановлення структурних зв'язків між елементами досліджуваної проблеми у процесі емпіричного дослідження (підрозділи 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2). Метод моделювання для розробки моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти (підрозділ 3.1);

емпіричні методи: стандартизовані методики психологічної діагностики – для оцінки когнітивного критерію сформованості ціннісного ставлення до здоров'я використовувалася методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, а для оцінки когнітивного та мотиваційного критеріїв – методика «Профіль здорового способу життя» (HPLP-II) С. Уолкер (розділ 2); проєктивна психодіагностична методика – для діагностики емоційного ставлення до

власного здоров'я застосовувався авторський малюнковий тест «Малюнок здоров'я» (розділ 2); експертне спостереження – проводилося за допомогою протоколів експертного спостереження, заповнених батьками та педагогами, що дозволило оцінити поведінковий критерій ставлення вихованців до здоров'я (розділ 2); метод експерименту – педагогічний експеримент передбачав констатувальний і формувальний етапи, під час яких проводився порівняльний аналіз рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців до і після застосування розробленої методики (розділ 3).

База дослідження. Експериментально-дослідна робота проводилася на базі п'яти закладів, що представляють різні регіони України: Комунальний заклад «Центр позашкільної роботи Путивльської міської ради» (Сумська область), Хмельницька школа мистецтв «Райдуга» (Хмельницька область), Ніжинський Будинок дітей та юнацтва Ніжинської міської ради (Чернігівська область), Сквирський районний центр дитячої та юнацької творчості (Київська область), Лебединський центр позашкільної освіти Лебединської міської ради (Сумська область).

До експериментальної роботи було залучено три групи учасників: діти віком 12–14 років (378 дітей), які навчаються у позашкільних установах, їхні батьки (155 осіб) та педагоги освітніх установ (42 особи). Констатувальний етап педагогічного експерименту тривав з вересня 2022 р. по січень 2023 р. Формувальний етап педагогічного експерименту було реалізовано протягом лютого 2023 р. – липня 2025 р.

Наукова новизна дисертаційного дослідження полягає у тому, що:

уперше: розроблено та експериментально верифіковано модель формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти, що включає когнітивний, мотиваційний, емоційний та поведінковий компоненти; виявлено та систематизовано рівні, критерії та показники сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти; обґрунтовано специфіку формування ціннісного ставлення до здоров'я в умовах позашкільної освіти, визначено її відмінності

від загальноосвітнього процесу; розроблено авторський проєктивний тест «Малюнок здоров'я» як діагностичний інструмент для оцінки емоційного ставлення до власного здоров'я;

удосконалено: теоретичні засади формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти, зокрема уточнено зміст і структуру поняття «ціннісне ставлення до здоров'я»; адаптовано методику діагностики рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я шляхом інтеграції методик «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, «Профіль здорового способу життя» (HPLP-II) С. Уолкер та авторського малюнкового тесту; технологічне забезпечення процесу формування здорового способу життя вихованців закладу позашкільної освіти на засадах ціннісного ставлення до здоров'я;

надули подальшого розвитку: концептуальні уявлення про вплив позашкільної освіти на формування ціннісного ставлення до здоров'я як багатовимірного процесу, що охоплює когнітивний, мотиваційний, емоційний та поведінковий компоненти; розуміння особливостей виховного впливу педагогів і батьків на формування ціннісного ставлення до здоров'я в дітей та підлітків у позашкільному середовищі; підходи до розроблення та реалізації освітніх і виховних програм, спрямованих на формування здоров'язбережувальної поведінки у вихованців позашкільних закладів;

уточнено: зміст поняття «ціннісне ставлення до здоров'я» у контексті позашкільної освіти, визначено його структурні компоненти та взаємозв'язки; критерії та показники оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я, що дозволяють більш комплексно оцінювати стан цього процесу у вихованців закладів позашкільної освіти; особливості впливу освітнього середовища позашкільних закладів на формування ціннісного ставлення до здоров'я дітей та підлітків.

Практичне значення. Практичне значення полягає у розробці та апробації моделі «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти», розробці критеріїв та показників для визначення

рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я, можливості використання матеріалів дослідження для підвищення кваліфікації педагогічних працівників позашкілля та у лекційних курсах педагогічних університетів.

Основні результати дослідження впроваджено в практику роботи Сквирського Центру дитячої та юнацької творчості Сквирської міської ради Київської області (довідка № 64 від 04.09.2025 р.), Лебединського міського Центру позашкільної освіти Лебединської міської ради Сумської області (Лебединський ЦПО) (довідка № 01-21/36 від 01.09.2025 р.), Ніжинського будинку дітей та юнацтва (довідка № 33 від 04.09.2025 р.), Школи мистецтв «Райдуга» (довідка № 33 від 04.09.2025 р.), Комунального закладу Центр позашкільної роботи Путивльської міської ради (ЦПР) (довідка № 41 від 17.02.2025 р.).

Апробація результатів дослідження. Основні положення й результати дослідження обговорювалися й отримали позитивну оцінку на засіданнях кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя (2023–2025 рр.).

Основні положення й результати дослідження представлено в доповідях і повідомленнях на науково-практичних конференціях різних рівнів:

міжнародних – «Науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення» (м. Ніжин, 2024 р., 2025 р.), «Партнерська взаємодія у системі інститутів соціальної сфери» (м. Ніжин, 26 листопада 2024 р.), «Актуальні проблеми в системі освіти: заклад загальної середньої освіти – доуніверситетська підготовка – заклад вищої освіти» (м. Київ, 20 лютого 2025 р.);

всукраїнських – «Молодь і сучасні тренди наукової думки» (м. Ніжин 2024 р., 2025 р.);

університетських – «Молодь у науці» (м. Ніжин, 2023 р., 2024 р.).

Публікації. Основний зміст дисертаційного дослідження викладено у 10 одноосібних публікаціях, зокрема 3 – у наукових фахових виданнях України,

1 – розділ у зарубіжній монографії, 1 – у зарубіжному фаховому періодичному виданні, 6 публікацій в наукових журналах та збірниках матеріалів міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференцій.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (281 найменування, з них 60 іноземною мовою), 28 додатків. Робота містить 23 рисунки, 29 таблиць. Основний зміст дисертації викладено на 227 сторінках, повний обсяг – 396 сторінок.

РОЗДІЛ 1

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ ЯК ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

1.1. Ретроспектива становлення наукових ідей щодо ціннісного ставлення до здоров'я як основи розвитку особистості

Обґрунтування концептуальних основ формування ціннісного ставлення до здоров'я особистості з позицій психолого-педагогічної науки потребує ретроспективного аналізу становлення наукових ідей у межах відповідної проблематики. Доцільність такого екскурсу зумовлена тим, що здоров'я людини, а також ставлення до нього є складними системними феноменами, яким притаманна полідетермінованість та характер ментальної надбудови.

Аналіз генезису наукових ідей зазначеної проблематики дає змогу врахувати різноманітні чинники, що зумовлюють формування ціннісних орієнтирів і поведінкових стратегій сучасної людини щодо власного здоров'я. У цьому контексті варто розкрити розуміння того як історичні умови різних епох та пов'язані з ними соціальні зміни впливають на ставлення до здоров'я, адже не секрет, що у різні історичні періоди уявлення про здоров'я та хвороби значно відрізнялися [19].

Ретроспектива становлення наукових ідей щодо ціннісного ставлення до здоров'я як основи розвитку особистості охоплює різні етапи: від давніх філософських уявлень про гармонію тіла і духу до сучасних наукових концепцій, які розглядають здоров'я як комплексну біопсихосоціальну категорію, а його цінність – як важливий фактор самореалізації та щастя особистості. Опрацювання джерельної бази дає змогу переконатись, що проблема здоров'я на всіх етапах розвитку людства перебувала в полі зору науковців, а відтак ґрунтовно досліджена [11; 192; 196; 198].

Закономірно, що можна розпочати зі значення здоров'я в контексті античної епохи, яка започаткувала наукове пізнання світу. Антична культура, яка територіально охоплювала цивілізації Стародавньої Греції та Риму, характеризується фундаментальним внеском у розвиток уявлень про здоров'я та формування ціннісного ставлення до нього. Попередньо необхідно зауважити, що на даному історичному етапі проблему формування ціннісного ставлення до здоров'я саме у такому вигляді ще не було сформульовано. Античних філософів (Сократ, Аристотель, Платон, Піфагор, Гален, Гіппократ та ін.) цікавили переважно питання змісту фізичного здоров'я людини та шляхів його збереження. Однак, навіть за такого підходу до окресленої проблематики, очевидним є те, що людське здоров'я визнавали однією із найвищих цінностей ще з античних часів.

Античні мислителі переконливо аргументували ідею необхідності поєднання інтелектуального розвитку людини з вихованням культури тіла. Зокрема, Платон вважав, що гармонії в розвитку особистості можна досягти завдяки поєднанню двох полярних освітніх систем – спартанської і афінської. Тому в його працях наголошено на гармонійності розвитку тіла й умінні підпорядкувати його думкам і ідеям [153]. Отже, можемо говорити, що вже у добу античності було закладено основи формування цілісної особистості, для якої фізичне й духовне нерозривно пов'язані.

Такі філософи античності як Сократ, Платон та Аристотель, також розглядали здоров'я як невід'ємну складову гармонійного життя. Так, наприклад, Сократу, який вважав найвищим благом розум та розумність, належить відомий вислів про те, що здоров'я – це не все, але без здоров'я все інше – ніщо [203].

Еллінський мислитель Платон у своїх діалогах акцентував увагу на тому, що душа та тіло мають знаходитися в гармонії, і це може бути досягнуто лише шляхом дотримання моральних та етичних принципів. Платон вважав, що здорове тіло сприяє розвитку здорового розуму, а здоровий розум, у свою чергу, сприяє підтримці здорового тіла [153].

Аристотель, видатний давньогрецький філософ, розглядав здоров'я як одну з найвищих людських цінностей, яка безпосередньо впливає на можливість досягнення вершин добробуту та щастя. У своїх роботах, особливо у «Нікомаховій етиці», він наголошував на важливості поміркованості та гармонії у житті, що є основою для фізичного та психічного здоров'я [13]. Аристотель вважав, що здоров'я є необхідною умовою для реалізації доброчесного життя, адже лише здорова людина здатна повноцінно розвивати свої чесноти та здібності.

У контексті філософії Аристотеля, здоров'я є фундаментальною цінністю, яка забезпечує можливість досягнення гармонії та добробуту в житті. Він вбачав у здоров'ї не тільки фізичну, але й моральну основу для реалізації потенціалу людини, наголошуючи на необхідності підтримання гармонії у всіх аспектах життя. Таким чином, здоров'я для Аристотеля було не просто відсутністю хвороб, а комплексним станом, що включає фізичне, психічне та моральне благополуччя [12; 13].

Римська культура перейняла багато аспектів грецької медичної та філософської думки. Римські лікарі, зокрема відомий давньоримський хірург та філософ Гален, вважав здоров'я однією з найважливіших людських цінностей, яка є основою для успішного та щасливого життя [228; 233; 255].

Гален наголошував на важливості превентивних заходів для збереження здоров'я, включаючи правильне харчування, фізичні вправи, достатній сон та гігієну. Він вважав, що здоровий спосіб життя є невід'ємною частиною профілактики захворювань та підтримки гармонійного стану тіла.

У своїх працях Гален також розглядав питання зв'язку між фізичним та психічним здоров'ям, підкреслюючи, що душевний стан людини може впливати на її фізичний стан. Він вважав, що емоційний дисбаланс, стрес та негативні переживання можуть сприяти розвитку фізичних захворювань, тому важливо підтримувати психічне здоров'я для забезпечення загального добробуту [233; 255].

Не викликає сумнівів, що революційні на той час філософські та медичні

концепції Аристотеля, Гіппократа та Галена заклали фундаментальні підвалини сучасного розуміння здоров'я та ціннісного ставлення до нього. Їх погляди знайшли відображення у численних філософських, медичних та соціальних практиках, що сприяли розвитку гуманістичних та здоров'язберігаючих тенденцій у подальшій історії людства. На цьому етапі викладу можна підсумувати, що антична культура розглядала здоров'я як комплексну категорію, що включає фізичний, психічний та соціальний аспекти.

Досить цікавим та важливим у контексті нашого дослідження є той факт, що за часів античності у суспільному контексті здоров'я вважалося важливим не лише для індивідуального благополуччя, але й для загального блага громади. Як зазначає українська дослідниця К. Федченко, яка проаналізувала думки давньогрецьких мислителів, соціальна важливість здоров'я зародилася в античний період: з'явилися традиції ведення здорового способу життя, про здоров'я нації почало дбати суспільство, що забезпечувало інтелектуальний розвиток молодого покоління [199, с. 24]. З цією настановою пов'язані тогочасні методи збереження та відповідального ставлення до власного здоров'я: давні греки та римляни організовували громадські лазні, стадіони та гімназії, що сприяли підтримці фізичної форми та гігієни. Громадські заходи та ритуали, такі як спортивні змагання та релігійні свята, також виступали важливими методами зміцнення фізичного та психічного здоров'я громадян [199].

В епоху Середньовіччя погляди на збереження здоров'я та формування ціннісного ставлення до здоров'я зазнавали потужного впливу релігійних, філософських та соціокультурних установок того часу. Здоров'я розглядалося як божественний дар, а його збереження вважалося моральним обов'язком перед Богом. Медичні знання того часу базувалися на давніх текстах Греції та Риму, а також на їх арабських інтерпретаціях [95; 173; 274].

Формування ціннісного ставлення до здоров'я відбувалося в умовах суворого аскетичного життя монастирів та монастирських шкіл, де

відбувалася освіта та підтримка фізичного здоров'я через розуміння його важливості для духовного розвитку. Засновники монастирів підкреслювали значення здорового харчування, фізичних вправ і зміцнення духу як засобів досягнення гармонії з Богом. Культурний контекст також вплинув на уявлення про здоров'я: хвороби часто сприймалися як покарання за гріхи або демонічні втручання, що вимагали молитов і покаяння. При цьому медичні практики поступово розвивалися, засновані на спостереженнях та емпіричних методах, але залишалися сильною впливом релігійних переконань та суспільних норм [165; 264].

Релігія мала надзвичайно сильний вплив на формування ставлення до здоров'я в епоху Середньовіччя. Церква як головний центр духовного життя та соціальної організації того часу, впливала на медичні погляди і здоров'язберігаючі практики не тільки шляхом розповсюдження релігійних ідей християнських конфесій, але і шляхом безпосереднього морального, етичного та культурного диктату [202; 241; 264; 274].

Аскетичне життя, особливо у монастирях, підкріплювалося ідеєю про здорове тіло як важливу передумову для духовного розвитку і зближення з Богом. Монахи практикували регулярні фізичні вправи, дотримувалися строгих режимів харчування і сну, що сприяло зміцненню тіла і підтримувало його в хорошому стані. Крім того, аскетичні практики сприяли зміцненню волі та самодисципліни, що вважалося важливими як для фізичного, так і для духовного здоров'я. Духовні практики, такі як молитва, пост і покаяння, також мали велике значення для здоров'я. Вони сприяли покращенню психічного стану і зниженню стресу, що було важливим для загального благополуччя організму. Психосоматичний підхід до здоров'я, який враховував взаємозв'язок між фізичним і психічним станом людини, був широко поширений у середньовічній медицині [95; 165].

У контексті ціннісного ставлення до здоров'я аскетизм впливав на формування переконань про важливість самообмеження і відмови від матеріальних задоволень на користь духовних цілей. Це сприяло утвердженню

ідеалу здорового життя як шляху до духовної гармонії і благополуччя. Ці цінності відбилися в культурі та соціальних нормах того часу, спонукаючи індивідів до турботи про своє здоров'я як про частину духовного і морального самовдосконалення.

Основний внесок у розвиток уявлень про шляхи збереження здоров'я та здоровий спосіб життя зробили такі науковці епохи Середньовіччя як Ібн Сіна (Авіценна) та Ібн Рушда (Аверроес). Концепція здоров'я та ціннісного ставлення до здоров'я середньовічного науковця Ібн Сіна (Авіценна) є однією з найбільш вагомих та впливових у історії медицини та філософії. Ібн Сіна, відомий нам як Авіценна, жив у X-XI століттях і був багатогранним вченим, який зробив значний внесок у розвиток медицини, філософії, астрономії та багатьох інших наук. Його головна праця «Канон лікарської науки» протягом багатьох століть була основним підручником з медицини в Європі та ісламському світі [243].

Концепція здоров'я у Авіценни ґрунтується на гармонії та балансі. Він розглядав здоров'я як стан рівноваги між різними елементами, які утворюють людське тіло та душу. Ціннісне ставлення до здоров'я в концепції Ібн Сіни включає етичні та моральні аспекти. Він вважав, що турбота про здоров'я є не лише медичним, але й моральним обов'язком людини. Догляд за тілом і духом, дотримання здорового способу життя, правильне харчування, фізичні вправи та психічна рівновага є важливими компонентами загальної концепції здоров'я [258; 263].

Філософські аспекти концепції здоров'я Ібн Сіни включають його уявлення про душу та її вплив на фізичний стан людини. Він розглядав душу як невід'ємну частину людського існування, що має безпосередній вплив на здоров'я тіла. Психологічні чинники, такі як емоції, стрес і моральний стан, можуть сприяти виникненню або лікуванню фізичних хвороб. Таким чином, підтримка психологічної гармонії та емоційної стабільності є ключовими для загального здоров'я людини. Ми цілком погоджуємось з думкою Д. Гутас, що концепція здоров'я та ціннісного ставлення до здоров'я Авіценни, об'єднуючи

медичні, філософські та етичні аспекти, є комплексною і багатогранною. Вона підкреслює важливість гармонії та балансу, як у фізичному, так і в психічному стані людини, а також значення моральної відповідальності за своє здоров'я та здоров'я інших [243].

Ібн Рушд, відомий на Заході як Аверроес, жив у XII столітті і був видатним арабським філософом, медиком та дослідником творів Аристотеля. Його погляди на здоров'я були тісно пов'язані з його загальною філософією та розумінням природи людини і всесвіту. Аверроес розглядав здоров'я як стан гармонії та рівноваги між різними елементами людського тіла і душі. Він підкреслював, що турбота про своє здоров'я є не лише особистою справою, але й соціальною відповідальністю, адже здорове суспільство складається зі здорових індивідів [275].

Епоха Відродження тривала в Європі орієнтовно з XIV по XVII ст. Здоров'я у цей період розглядалось не лише як фізичний стан людини, але й її психічне й духовне благополуччя. Гуманісти епохи Ренесансу (Ф. Бекон, А. Везалій, Р. Декарт, Л. да Вінчі, М. Монтень) вірили в потенціал людини до саморозвитку і самовдосконалення, підкреслюючи важливість гармонії між тілом і розумом. Вони сприймали здоров'я як основу для досягнення вищих цілей і творчості [67]. Тогочасні науковці закликали дбати про своє фізичне і психічне благополуччя, вважаючи це ключовим аспектом щасливого життя. Гуманісти вважали, що кожна людина має право на здоров'я і повинна працювати над його підтримкою і зміцненням [42].

Серед висловлювань філософів епохи Відродження можна зустріти багато різних думок, що стосувались ставлення до здоров'я. Р. Декарт порівнював людський організм з найдосконалішою машиною, відводив йому найвище місце в ієрархії біологічних істот, пояснював матеріалістичними закономірностями фізіологічні процеси життєдіяльності людини [60].

Французький філософ М. Монтень ідентифікував здоров'я як базову цінність, заради якої людина не повинна шкодувати ні часу, ні сили. На думку філософа, людина повинна заради здоров'я жертвувати частиною свого життя,

оскільки людське життя, позбавлене здоров'я, є болісним і принизливим [67; 76; 204].

Закладені давніми греками основи взаємозв'язку й взаєморозвитку духовного й фізичного в людині знайшли продовження в працях Я.-А. Коменського. Видатний чеський педагог та гуманіст епохи Відродження Я.-А. Коменський провідною метою педагогіки визначав усебічний гармонійний розвиток особистості, її волі та розуму в поєднанні з релігійним, моральним, трудовим і фізичним вихованням [119]. Його ґрунтовні напрацювання в галузі теорії і практики навчання та виховання уможливили розгляд питання збереження здоров'я з позицій профілактичної спрямованості, створивши передумови появи і визначення поняття «здоровий спосіб життя». Я.-А. Коменський неодноразово наголошував на важливості фізичного розвитку дитини для ефективної реалізації навчальних цілей [92; 93].

Ідеї ціннісного ставлення до фізичної культури та гігієни також набули значної популярності у період Відродження. Гуманісти вважали фізичну активність і гігієнічні процедури необхідними для підтримання здоров'я та психічного благополуччя. Медичні досягнення епохи Відродження і підходи до фізичної культури та гігієни відобразили глибоке переконання в необхідності наукового підходу до здоров'я та активного способу життя, що мало важливий вплив на подальший розвиток науки здоров'язбереження та культурної практики у Європі [67].

Епоха Просвітництва (XVII-XVIII ст.), науковим центром якої стала Європа, характеризується стрімким розвитком раціонального підходу до здоров'я. Філософи епохи Просвітництва протиставили ціннісно-практичне розуміння теоретичному та вивели його за межі ґносеології. Центральною проблемою філософії вони визначили ставлення людини до себе та власних потреб, де особистість розглядається як розумна соціально-тілесна істота (І. Кант, Й. Фіхте, Г. Мюнстерберг та ін.).

Філософи та науковці висвітлювали принципи гігієни, підкреслюючи важливість здорового способу життя для запобігання захворюванням [76]. Цей

період в історії людства відзначався значними соціальними та науковими змінами, що вплинули на спосіб розуміння та управління медичними послугами. Одним із важливих досягнень епохи було підкреслення громадського інтересу до здоров'я як загальнодоступного блага [11; 79; 107; 132; 254].

Формування ціннісного ставлення до здоров'я у просвітницькій літературі являло собою важливий аспект соціокультурного розвитку у 17–18 століттях. Філософи та письменники епохи Просвітництва (Вольтер, В. Гарвей, Е. Дженнер, Дж. Локк, Ж.-Ж. Руссо, Ш. М. Монтеск'є, Й. Г. Песталоцці, Г. Сковорода) активно висвітлювали питання здоров'я як основи індивідуального щастя та загального благополуччя суспільства. Зокрема, французький філософ і письменник Вольтер у своїх творах, зокрема у трактаті «Філософські листи», обговорював соціальні проблеми, включаючи медичні та гігієнічні питання [11]. Швейцарський філософ і письменник Ж.-Ж. Руссо, у своїй відомій педагогічній праці «Емілю, або про виховання» розглядає важливість фізичного виховання та здорового способу життя [132]. Французький філософ і політичний діяч Ш. М. Монтеск'є у своїх творах, зокрема «Дух законів», розглядав здоров'я як один із ключових аспектів щасливого та благополучного суспільства [132]. У системі педагогічних поглядів швейцарського педагога та реформатора освіти Й. Г. Песталоцці особливе місце було відведено формуванню навичок збереження здоров'я. Науковець був переконаний, що за допомогою зміцнення фізичного здоров'я молодих людей можна успішно готувати до різних професій і форм співпраці [44].

У контексті досліджуваної проблематики необхідно відзначити важливість для тогочасної науки обґрунтування дидактичного принципу свідомості, у відповідності до якого фізичний розвиток пов'язаний із духовним, розумовим, етичним і естетичним. Досягнути фізичної й духовної досконалості, а отже, бути духовно, морально й фізично здоровим можливо, лише дотримуючись загальновизнаної істини – «пізнай самого себе», на якій

особливий акцент робив видатний вітчизняний філософ Г. Сковорода [172]. У процесі самопізнання, критичної оцінки власних світоглядних позицій, усвідомлення характеристик своєї зовнішності, особистість буде прагнути вдосконалити себе, у тому числі й фізично, адже це є проявом сили волі й духу. Розвиток особистості, як зазначає філософ, має бути різнобічним та взаємопов'язаним: інтелектуальний має відбуватися водночас із фізичним, а фізичний розвиток нерозривно пов'язаний із моральним та духовним [94]. Отже, можемо зробити висновок про популяризацію філософом ідей формування діяльного, активного ставлення до власного здоров'я.

У рамках нашого дослідження важливо врахувати представлені Дж. Локком у трактаті «Думки про виховання» зміст та методи інтелектуального та етичного розвитку молоді, а також умови зміцнення та підтримки здоров'я – загартовування, харчування, одяг, сон, режим дня [270]. Не втрачає своєї значущості і твердження педагога, що здоров'я необхідне для успішної реалізації справ людини та для її благополуччя. Педагог також підкреслював особливу значущість фізичних вправ у формуванні особистості дитини [86; 111].

У літературі того часу відбувалася активна дискусія щодо ролі здоров'я в житті людини. Автори висловлювали переконання у важливості здорового способу життя, регулярної фізичної активності та гігієнічних звичок для запобігання захворюванням. Просвітницька література сприяла формуванню ідеї про громадську відповідальність за збереження здоров'я [79; 107].

З багатьох філософських напрямів початку XIX та кінця XX ст. можна виокремити «Філософію життя». Характерними особливостями цього напрямку є турбота про людину, передумови вивчення її як цілісного організму, не відокремлюючи природні та духовні сили (А. Бергсон, В. Дільтей, Л. Клагес, Ф. Ніцше, Е. Шпрангер та ін.) [173; 199].

Привертають увагу дослідження провідних вітчизняних педагогів цього періоду. Так, В. Сухомлинський, як видатний педагог XX ст., значну увагу приділяв питанням фізичного виховання особистості, наголошуючи, що

розумова та фізична праця мають виняткову роль у формуванні особистості. Педагогічна система В. Сухомлинського створює максимум умов і можливостей, що стосуються зміцнення здоров'я. Особливу увагу видатний науковець приділяв тісному зв'язку фізичного і духовного здоров'я людини. Педагог розглядав здоров'я як цілісну систему й відзначав, що анатомо-фізіологічні процеси школярів настільки тісно пов'язані з духовним життям і формуванням свідомості, що суттєво відображаються на майбутньому людини. Тому фізична культура не може обмежуватися культурою тіла та здоров'я [178]. Можна стверджувати, що В. Сухомлинським було всебічно обґрунтовано єдність духовного, психічного і фізичного здоров'я особистості, формування якого залежить від суспільства і особливо від родини [179].

70-80-ті рр. XX ст. відзначаються активним розвитком наукових досліджень по проблемі формування здорового способу життя дітей та молоді. Започаткування цієї діяльності пов'язане з публікацією звіту міністра охорони здоров'я і добробуту Канади М. Лалонда під назвою «Нова перспектива щодо здоров'я канадців» (1974). Цей документ докорінно змінив уявлення суспільства про підходи до формування власного здоров'я [152, с. 205–212]. Оприлюднення звіту дістало позитивний відгук ВООЗ і зумовило проведення низки наукових досліджень зазначеної проблеми в різних країнах світу. Залучення України до діяльності світової спільноти під егідою Всесвітньої організації охорони здоров'я сприяло формуванню у теорії і практиці вітчизняної науки нових підходів щодо пошуку шляхів покращення здоров'я людини.

Сучасна концепція здоров'я, закріплена у Статуті ВООЗ (1948), визначає його як стан цілісного фізичного, психічного та соціального благополуччя, що виходить за межі суто відсутності захворювань або анатомічних дефектів [176].

Це положення є фундаментальним для ключових міжнародних актів, зокрема Алма-Атинської декларації, Оттавської та Бангкокської хартій, а також Глобальної стратегії «Здоров'я для всіх». Прийняті документи

визначають зміцнення здоров'я як універсальну цінність і фокусуються на створенні сприятливого середовища, солідарній відповідальності громад та індивідів, принципах соціальної справедливості, превенції та сталого розвитку.

Алма-Атинська декларація про здоров'я, прийнята у 1978 році на Міжнародній конференції з першочергових заходів у галузі охорони здоров'я у м. Алма-Ати стала поворотним моментом у світовій практиці охорони здоров'я. У декларації ще раз підтверджено, що здоров'я є станом повного фізичного, духовного й соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб чи фізичних дефектів, і становить одне з фундаментальних прав людини (ст. 1), а також наголошено на пріоритеті медико-санітарної допомоги (ПМСД) та проголошено концепцію досягнення здоров'я як глобальний рух [235].

Міжнародна Оттавська Хартія 1986 року, українською мовою відома як «Оттавська хартія з промоції здоров'я», є фундаментальним документом ВООЗ, що окреслив нові підходи до промоції здоров'я (Promotion of Health), зосереджуючись на створенні сприятливого середовища, розвитку особистісних навичок, зміцненні громадської дії та переорієнтації служб охорони здоров'я, аби досягти здоров'я для всіх до 2000 року. Цей програмний документ, прийнятий на першій конференції з Формування Здорового Способу Життя (ФСЖ) в м. Оттава, Канада. В ньому визначено здоров'я як право людини, а його зміцнення - як процес розширення можливостей людей впливати на своє здоров'я і покращувати його завдяки спеціально створеним умовам, що сприяють розвитку особистих навичок, зміцнення служб охорони здоров'я, посилення світової політики у сфері охорони здоров'я. Особливістю Хартії було визначення основних напрямів для формування здорового способу життя. Поряд з такими важливими напрямами, як створення сприятливих природних і соціальних середовищ, активності громад і організацій, у документі наголошено на необхідності розвитку персональних навичок здорового способу життя людини, а освіти - визначено однією з головних

передумов забезпечення її здоров'я [71].

Оттавська Хартія стала ключовим документом, який перетворив підхід до охорони здоров'я від лікування хвороб до їх профілактики та створення умов для здорового життя, поставивши акцент на соціальні детермінанти здоров'я. Тези, положення та принципи Оттавської хартії і до нашого часу слугують орієнтирами для країн-членів ВООЗ щодо покращення здоров'я і формування здорового способу життя населення.

Розвиток концепцій «Здорової політики» та «Сприятливого середовища» було продовжено у деклараціях Аделаїди (1988) та Сундсвалля (1991). Важливим етапом стала Сьома загальна Програма роботи ВООЗ (1984–1989), яка актуалізувала потребу в посиленні інформаційно-просвітницької роботи для популяризації здорового способу життя (ЗСЖ). Особливу увагу в документі було приділено формуванню оздоровчих навичок у дітей та підлітків. Це стало імпульсом для наукової спільноти у розробці інноваційних програм фізичного виховання як для закладів загальної середньої освіти, так і для позашкільного навчання [70].

Важливе значення для розвитку ціннісного ставлення до здоров'я і формування здорового способу життя мала Міжнародна нарада з питань шкільного фізичного виховання, що відбулася в Женеві у 1986 році. У доповіді ВООЗ, присвяченій питанням допомоги дітям у засвоєнні навичок здорового способу життя, здоров'я людини проголошувалося основною цінністю життя. Було запропоновано програми формування навичок здорового способу життя будувати із двох частин – теоретичної і практичної, враховуючи особливості дітей шкільного віку.

Джакартська декларація 1997 року – це підсумковий документ Всесвітньої організації охорони здоров'я прийнятий Четвертою міжнародною конференцією зі зміцнення здоров'я. У ньому визначено низку пріоритетів у галузі охорони здоров'я у XXI столітті, включаючи соціальну відповідальність, збільшення обсягу інвестицій, забезпечення стабільної інфраструктури й розширення можливостей кожного відстоювати свої права й

інтереси [63].

VI Міжнародну Конференцію сприяння розвитку здоров'ю, яка відбулася у Бангкоку (Таїланд, серпень 2005 р.) затвердила «Бангкокську Хартію сприяння здоров'ю в глобалізованому світі». Документ побудовано на цінностях і стратегіях дії, проголошених Оттавською Хартією із урахуванням рекомендацій усіх інших міжнародних конференцій сприяння здоров'ю як основи якості життя людини, від якого залежить її психічний і духовний добробут. Цей документ фактично ознаменував фінальний етап розробки, обговорення і затвердження стратегій розвитку і формування зобов'язань країн щодо впливу на детермінанти здоров'я у глобалізованому світі та сприяння здоров'я людини. Дана Хартія підтверджує, що політика і співпраця з посилення громад та поліпшення стану здоров'я та його доступності повинна знаходитися в центрі міжнародного та національного розвитку.

Ці документи формують основу для наукових досліджень та формування національних програм охорони здоров'я, перетворюючи здоров'я на ключову цінність сталого розвитку.

Отже, ретроспективний аналіз проблеми формування ціннісного ставлення особистості до власного здоров'я показує, що цей процес є відображенням складної взаємодії культурних, історичних, економічних та соціальних чинників. Культурні норми і цінності глибоко впливають на сприйняття здоров'я, визначаючи, яким чином особистість оцінює важливість здоров'я в своєму житті. Історичні зміни у сприйнятті здоров'я показують, що у різних епохах і культурах уявлення про здоров'я можуть радикально змінюватися в залежності від умов і соціальних потреб.

Конкретні наукові і політичні надбання різних історичних епох значно вплинули на сучасне розуміння цінності здоров'я через складну еволюцію культурних, соціальних і наукових уявлень. Таким чином, історичні етапи не лише відображають зміни у сприйнятті здоров'я, а й формують основу для сучасного комплексного підходу до його збереження та покращення як життєво важливого аспекту людського існування.

1.2. Наукові підходи до визначення поняття «ціннісне ставлення до здоров'я особистості» у психолого-педагогічній літературі

Переходячи до аналізу сучасних психолого-педагогічних наукових підходів до дефініції категорії ціннісного ставлення до здоров'я особистості, необхідно звернути увагу на високу активність українських науковців у питанні дослідження та розробки концептуальних положень, що описують та пояснюють дане явище.

Дослідження цієї теми значно активізувалося у другому десятилітті ХХІ ст. Актуальність питання підтверджується стабільно високою кількістю публікацій останніх років, де аналізується феноменологія здоров'я та механізми формування здоров'язбережувальних цінностей у різних категоріях дітей та молоді. Воєнні події в Україні вивели питання фізичного і психічного здоров'я, а також формування відповідального ставлення до нього у пріоритетну сферу досліджень українських учених.

Водночас, проведений огляд дефініцій ціннісного ставлення до здоров'я засвідчує недостатнє осмислення цієї категорії із загальнонаукових позицій, що потребує її абстрагованого аналізу у парадигмальних контекстах провідних філософських та психолого-педагогічних концепцій.

З метою усунення цього пробілу нами було здійснено спробу виділити та охарактеризувати наукові підходи до визначення ціннісного ставлення до здоров'я, які б базувались на різних концептуальних та методологічних засадах. Враховуючи це, можна виділити шість основних підходів до визначення поняття ціннісного ставлення до здоров'я: соціально-культурний, феноменологічний, екзистенційний, аксіологічний, когнітивно-поведінковий та психоаналітичний підходи. Необхідно зауважити, що перші чотири підходи розроблялись у руслі філософського знання, а останні два підходи – це результат психолого-педагогічного осмислення проблематики ціннісного ставлення до здоров'я.

Соціально-культурний підхід до розуміння «ціннісного ставлення до

здоров'я» (Р. Вілкінсон, А. Клейнман, М. Мармот, К. Пікетт, М. Фуко) трактує це явище як результат взаємодії між індивідом та його соціокультурним середовищем.

У рамках цього підходу ціннісне ставлення до здоров'я визначається через призму соціальних норм, культурних традицій, історичних контекстів та колективних уявлень, які формують індивідуальне сприйняття та оцінку здоров'я. Важливим аспектом соціально-культурного підходу є те, що здоров'я розглядається не лише як біологічний чи фізичний стан, але й як соціально сконструйоване поняття, що має різне значення у різних культурних контекстах [260]. Згідно із соціально-культурним підходом, ціннісне ставлення до здоров'я формується під впливом таких соціальних інститутів, як сім'я, школа, медіа та система охорони здоров'я, які є ретрансляторами культурних норм і цінностей. Ці інститути відіграють ключову роль у формуванні уявлень про те, що таке здоров'я, які практики є прийнятними для його збереження, та якого роду поведінка є бажаною чи небажаною [246]. Взаємодія індивіда з цими соціальними структурами визначає його ставлення до власного здоров'я та здоров'я інших, формуючи таким чином певний ціннісний підхід до здоров'я.

Культурні традиції та релігійні вірування також суттєво впливають на формування ціннісного ставлення до здоров'я. У різних культурах існують свої уявлення про причини хвороб, способи їх лікування та методи підтримки здоров'я. Наприклад, у деяких культурах значна увага приділяється традиційній медицині та природним методам лікування, тоді як у інших культурах переважає науковий підхід до медицини [257]. Це означає, що ставлення до здоров'я може значно відрізнятися в залежності від культурного контексту, в якому живе індивід.

Соціально-культурний підхід також підкреслює значення соціальної нерівності та доступу до ресурсів у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я. Соціальні групи, які мають менший доступ до медичних послуг, освіти та економічних ресурсів, можуть мати інше ставлення до здоров'я, ніж

ті, хто має кращі можливості [280]. Це відображає складну взаємодію між соціальними структурами та індивідуальними цінностями, яка визначає ставлення до здоров'я у конкретному суспільстві.

У відповідності до феноменологічного підходу до категорії ціннісного ставлення до здоров'я (Е. Гуссерль, М. Ларкін, М. Ван Манен, Д. Сміт, П. Флауерс) розглядає це явище як суб'єктивне значення і сприйняття здоров'я, засноване на особистих переживаннях, емоційних реакціях та індивідуальних оцінках. Основою феноменологічного аналізу є розуміння того, як індивіди сприймають і інтерпретують своє здоров'я у контексті власного життєвого досвіду. Феноменологія, як філософсько-методологічний підхід, зосереджується на дескрипції та осмисленні свідомого досвіду особистості, прагнучи дистанціюватися від попередніх теоретичних припущень і фокусуючись на безпосередніх переживаннях суб'єктом [253].

Застосовуючи феноменологічний підхід до вивчення ціннісного ставлення до здоров'я, дослідники прагнуть виявити, як люди надають сенс своєму здоров'ю через особистий досвід, як вони відчують і оцінюють його в своєму повсякденному житті. Здоров'я у цьому контексті не розглядається лише як медичний чи біологічний стан, але як комплексне, багатовимірне явище, що включає емоційні, соціальні та культурні аспекти [276]. Ціннісне ставлення до здоров'я формується через індивідуальний досвід та рефлексію, що дозволяє людині усвідомлювати власні потреби та пріоритети щодо здоров'я і здорового способу життя.

Феноменологічний підхід акцентує увагу на значущості індивідуального досвіду, який є ключовим для розуміння того, як люди сприймають своє здоров'я. Це дозволяє виявити унікальні та суб'єктивні аспекти ставлення до здоров'я, які можуть бути втрачені при використанні інших підходів [272]. Феноменологічне дослідження ціннісного ставлення до здоров'я сприяє глибшому розумінню того, як особисті переживання і соціально-культурні контексти впливають на індивідуальні оцінки і поведінкові стратегії щодо підтримки і збереження здоров'я. Відповідно феноменологічний підхід до

ціннісного ставлення до здоров'я підкреслює важливість суб'єктивного досвіду і індивідуального сприйняття, що дозволяє розкрити глибші смисли і значення, які люди надають своєму здоров'ю в контексті їхнього життя і життєвих обставин.

Екзистенційний підхід (Л. Бінсвангер, Р. Мей, В. Франкл, І. Ялом) зосереджує увагу на фундаментальних аспектах людського буття, що виходять за рамки суто фізичних чи соціальних вимірів здоров'я. З точки зору екзистенціалізму, здоров'я розглядається як невід'ємна частина особистого існування, яка впливає на сенс життя, самоідентифікацію та екзистенційні переживання індивіда [239].

Екзистенційний підхід підкреслює, що здоров'я не може бути повністю зрозуміле без урахування суб'єктивних переживань і особистих рефлексій індивіда щодо свого існування, свободи вибору, відповідальності та автентичності. Ціннісне ставлення до здоров'я в екзистенційному контексті визначається тим, як людина інтегрує своє розуміння здоров'я в ширшу картину свого життя, уявлень про сенс і мету існування. Здоров'я розглядається як умова, яка дозволяє індивіду активно взаємодіяти з навколишнім світом, реалізувати свої життєві цілі та проекти [274].

У екзистенційному підході ціннісне ставлення до здоров'я є дуже індивідуалізованим і може варіюватися в залежності від життєвих обставин, досвіду та особистих рефлексій. У цій парадигмальній осі координат здоров'я також розглядається у контексті свободи і відповідальності. Людина має свободу вибору щодо свого способу життя, поведінкових практик і ставлення до власного здоров'я, але водночас несе відповідальність за ці вибори і їхні наслідки. Це включає відповідальність за збереження та покращення свого здоров'я, прийняття обґрунтованих рішень щодо медичних втручань та ведення здорового способу життя [230].

Згідно з аксіологічним підходом (Е. Дінер, Б. Зінгер, К. Рифф, М. Розенберг, С. Шварц), ціннісне ставлення до здоров'я є відображенням загальної системи цінностей, яку індивід формує протягом життя. Це

ставлення визначається не лише фізичними або медичними аспектами здоров'я, але й особистими, культурними та соціальними переконаннями, які надають значення здоров'ю. Цінності, що асоціюються із здоров'ям, можуть включати ідеї про благополуччя, якість життя, довголіття, активність, а також етичні та моральні норми, що регулюють поведінку людини щодо власного здоров'я та здоров'я інших [236; 270].

В рамках аксіологічного підходу здоров'я оцінюється через призму його значення для особистого щастя та реалізації життєвих цілей. Людина, яка вважає здоров'я високою цінністю, ймовірно, буде прагнути підтримувати його через здоровий спосіб життя, регулярні медичні огляди та активну участь у превентивних заходах. У той же час, здоров'я може бути оцінюване і в контексті соціальних норм та культурних стандартів, що формують уявлення про те, як здоров'я має бути підтримане і яке значення йому надається в суспільстві [270].

Аксіологічний підхід також акцентує увагу на тому, як цінності можуть змінюватися в залежності від життєвих обставин і особистого досвіду. Наприклад, для особи, яка пережила серйозну хворобу або втрату здоров'я, цінність здоров'я може стати більш очевидною і суттєвою, що призводить до зміни пріоритетів і поведінкових стратегій. У цьому контексті, аксіологічний підхід дозволяє краще зрозуміти, як різні життєві етапи і обставини впливають на формування і трансформацію ціннісного ставлення до здоров'я [266].

У межах когнітивно-поведінкового підходу (А. Бек, А. Бандура, А. Еліс) дослідники виходять з позиції, що ціннісне ставлення до здоров'я формується через процеси когнітивної оцінки і змінюється в залежності від того, як індивід сприймає інформацію про здоров'я та свою здатність контролювати власний стан. Це охоплює такі когнітивні структури, як уявлення про етіологію захворювань, очікування від медичних втручань та особисті переконання щодо ефективності стратегій зміцнення здоров'я. Переконання можуть включати віру у власні можливості впливати на своє здоров'я, оцінку ризиків і зисків від здорових звичок, а також уявлення про здоров'я як про важливий

аспект загального благополуччя [226].

Когнітивно-поведінковий підхід також підкреслює роль поведінкових стратегій у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я. Це може включати конкретні практики, такі як регулярні фізичні вправи, збалансоване харчування, уникання шкідливих звичок і дотримання рекомендацій медичних фахівців. Через повторення і закріплення таких поведінкових стратегій індивід не лише покращує своє фізичне здоров'я, але й зміцнює своє ставлення до здоров'я як до важливої цінності [226; 227].

Важливим аспектом когнітивно-поведінкового підходу є те, що він передбачає можливість змінювати ціннісне ставлення до здоров'я через модифікацію когнітивних та поведінкових компонентів. Це може бути досягнуто через когнітивну реорганізацію, де індивід переглядає свої вірування і переконання про здоров'я, або через навчання новим поведінковим навичкам, що підтримують здоров'я [227; 237].

Згідно з психоаналітичною теорією (З. Фрейд, А. Фрейд, М. Клейн тощо) ціннісне ставлення до здоров'я є не лише результатом свідомих думок і переконань, але й відображенням глибинних несвідомих мотивацій, страхів та бажань. З позиції психоаналізу здоров'я часто розглядається як символічний ресурс, пов'язаний з уявленнями про життєву силу, контроль та самоцінність. Стан здоров'я може відображати внутрішні конфлікти і невирішені емоційні питання, які формуються на ранніх стадіях розвитку особистості. Різні аспекти здоров'я можуть служити проекцією несвідомих страхів або бажань. Психоаналітики вважають, що захворювання або проблеми зі здоров'ям можуть бути виразом глибинних внутрішніх конфліктів або емоційного стресу, які не були повністю усвідомлені або інтегровані в свідомість [97].

На думку А. Фрейда ставлення до здоров'я може бути результатом проєкцій і захисних механізмів. Наприклад, люди можуть проєкціювати свої страхи щодо хвороб на інших або використовувати захисні механізми, такі як заперечення чи раціоналізація, щоб уникнути неприємних реалій про своє здоров'я. Такі процеси можуть формувати і підтримувати певне ціннісне

ставлення до здоров'я, яке може бути непрямим вираженням внутрішніх емоційних і психічних станів [240].

Крім того, у контексті психоаналітичного підходу досить детально висвітлено питання про те, як ідеї про здоров'я та хворобу формуються в контексті особистої історії і стосунків. Індивідуальні переживання і батьківські установки можуть впливати на те, як людина сприймає своє здоров'я і які цінності вона йому надає. Зокрема, досвід травматичних подій або емоційних втрат може змінити ставлення до здоров'я, формуючи негативні асоціації або надмірний страх перед захворюваннями [256].

У табл. 1.1 представлено можливі формулювання визначень ціннісного ставлення до здоров'я у рамках кожного з перерахованих підходів.

Таблиця 1.1

Розуміння дефініції «ціннісне ставлення до здоров'я» у контексті різних наукових підходів

Науковий підхід	Визначення поняття ціннісного ставлення до здоров'я
Соціально-культурний	Оцінка значення здоров'я, сформоване під впливом соціальних норм, культурних традицій і суспільних очікувань.
Феноменологічний	Суб'єктивне значення і сприйняття здоров'я, засноване на особистих переживаннях, емоційних реакціях і індивідуальних оцінках
Екзистенційний	Емоційно-ціннісне переживання власного здоров'я, що стимулюється фундаментальними питаннями сенсу життя, особистісної ідентичності та екзистенційних вражень від життя
Аксіологічний	Відображення системи цінностей, що визначає пріоритетність і значущість здоров'я у життєвих орієнтаціях і рішеннях людини

Продовження табл. 1.1

Когнітивно-поведінковий	Сукупність переконань, установок і знань про здоров'я, які визначають відповідні поведінкові стратегії і рішення
Психоаналітичний	Позиція по відношенню до власного здоров'я, що формується на основі підсвідомих мотивів, внутрішніх конфліктів та стихійних психічних процесів, що можуть впливати на сприйняття здоров'я

Джерело: розроблено автором

Логіка аналізу наукових підходів до визначення поняття «ціннісне ставлення до здоров'я особистості» передбачає послідовний розгляд поняття особистісних цінностей та ціннісного ставлення, огляд феномену здоров'я (як фізичного, так і психічного) з наступним розкриттям таких психолого-педагогічних феноменів як внутрішня картина здоров'я, відношення до власного здоров'я та наукових підходів до визначення ціннісного ставлення до нього.

Хоча цінності є об'єктом вивчення багатьох гуманітарних наук, саме психологія досягла значних успіхів у їх дослідженні, розглядаючи їх, передусім, як динамічні внутрішньоособистісні структури. Спробу універсалізації ролі цінностей у структурі особистості здійснив Е. Шпрангер, який розглядав їх як основу людської сутності. На думку науковця, ціннісні преференції індивіда є наслідком загальної ціннісної орієнтації людства. Це виключно духовний аспект, який визначає особистісне сприйняття світу й є невід'ємною частиною людської душі. Е. Шпрангер виділив шість основних типів індивідуальності, які формуються на основі ціннісних орієнтирів особистості: теоретичний тип (інтерес до знань, пошук істини), економічний (орієнтація на матеріальні вигоди, користь, практичність), естетичний (прагнення до краси й гармонії), соціальний (громадська активність, гуманність, альтруїзм, допомога потребуючим), політичний (прагнення до влади, слави, популярності, домінування), релігійний (інтерес до світової цілісності, сенсу життя). Одній людині можуть бути притаманні різні типи

ціннісної спрямованості, проте з певним домінуванням однієї з них (у різних пропорціях), що визначає життєву філософію особистості [215].

Видатний психолог і засновник теорії рис Г. Олпорт зробив значний внесок у розуміння внутрішньої природи особистісних цінностей. У своїй теорії рис він намагався розділити особистісні цінності на основні елементи, які можна досліджувати емпіричним шляхом. Методика дослідження цінностей Г. Олпорта спиралася на типологію ціннісних систем Е. Шпрангера. На його думку, цінності можна розглядати як риси характеру, але більш глибокого і всеосяжного рівня. Г. Олпорт був одним із перших, хто стверджував, що цінності є однією з найважливіших складових особистості, і підкреслював, що етичні, моральні та соціальні цінності є засобами і умовами для досягнення внутрішніх цілей особистості [223].

Ідею Г. Олпорта про змінність особистісних цінностей наслідували сучасні американські психологи К. Вілсон, Е. Сендос, Д. Кітченз та М. Робертс. Вони досліджують цінності з точки зору поведінкового підходу та трактують їх дуже просто: цінності – це все те, що має значення та є важливим для людини у загальному контексті її життя. Згадані науковці слушно зазначають, що цінності, маючи універсальний характер, все ж залишаються динамічними внутрішньоособистісними утвореннями – вони не є постійними і можуть трансформуватися та змінюватися з набуттям життєвого досвіду [273].

Наприкінці 1970-х років М. Рокіч розробив одну з найуспішніших концепцій дослідження цінностей. Його теорія викликала значний інтерес серед психологів завдяки чіткому визначенню поняття «цінності» та створенню зручного інструментарію для їх дослідження. Згідно з М. Рокічем, цінності є певним видом переконань, які мають ключове значення в житті людини і служать основними принципами її поведінки. Концепція цінностей, запропонована М. Рокічем, включає такі положення: 1) загальна кількість цінностей невелика; 2) хоча всі люди мають однакові цінності, їх важливість відрізняється для різних осіб; 3) цінності формують системи; 4) витоки

цінностей можна простежити в культурі, соціумі, суспільних інститутах та самій людині; 5) вплив цінностей помітний майже в усіх соціальних явищах. Підхід М. Рокіча до цінностей та ціннісних орієнтацій допоміг сформувати уявлення про культурні та особисті цінності, розділивши їх на термінальні та інструментальні. Це розмежування створило основу для подальшого розвитку та уточнення концепцій цінностей як джерел людської активності [87; 267].

М. Рокіч вказав, що цінності слід розглядати як стійке переконання в тому, що певний стиль поведінки або спосіб існування є індивідуально чи соціально більш бажаним або кращим порівняно з іншими варіантами в аналогічних умовах. Він розрізняє термінальні та інструментальні цінності на основі їх функціонального призначення: цінності-цілі (кінцеві цілі) та цінності-засоби (засоби досягнення цілей) [87]. Це одна з найвідоміших концепцій ціннісних орієнтацій особистості, оскільки дослідник розділяв переконання і цінності. У цьому контексті саме цінності виступають стандартом або критерієм, що регулюють дії, порівняння, оцінки, тобто легітимізують саму особистість та її середовище [267].

Виходячи з ієрархічної концепції М. Рокіча, Ш. Шварц розробив власну теорію, відому як теорія основних людських цінностей (або теорія базових цінностей). Ш. Шварц розглядає ціннісну систему особистості як мотиваційне утворення, яке знаходиться під впливом середовища, культурних особливостей та менталітету певного суспільства [270]. Основні положення теорії цінностей Ш. Шварца полягають у наступному: цінності ієрархізовані за їхньою важливістю для індивіда; цінності виступають стандартами, що визначають особливості поведінки, оцінку та інтерпретацію вчинків і подій; цінності спрямовують дії на досягнення бажаних цілей; цінності є трансцендентними, тобто не залежать від обставин; цінності є переконаннями, що суттєво впливають на емоційну сферу особистості [270].

Сукупність організованих цінностей створює систему пріоритетів. Єдине, що розрізняє одну цінність від іншої, – це її мотиваційний фундамент. Ш. Шварц виділяє десять категорій цінностей, залежно від мотиваційної

природи, на якій вони базуються: безпека, влада, насолода, доброта, досягнення, конформізм, незалежність, збудження, традиція, універсалізм. Перераховані цінності формуються у колову структуру, що іменується мотиваційним континуумом, і демонструють взаємозв'язки між собою: конфліктні цінності розташовані на протилежних кінцях відносно центру кола, а гармонійні цінності розміщені поруч одна з одною [270; 271].

Різні дослідники підкреслюють, що особистісні цінності включають когнітивний і емоційний аспекти, і саме емоційне забарвлення певних установок або переконань вказує на їхнє суб'єктивне значення [115; 166]. Комплекс особистісних цінностей формує ієрархічну структуру, тобто систему ціннісних орієнтирів. Ціннісні орієнтири особистості виконують ключові функції, такі як гармонізація суб'єктивного сприйняття світу, регулювання поведінки людини, напрямки її дій та вчинків; загалом, вони визначають індивідуальну унікальність особи та її орієнтацію. Високий рівень розвитку ціннісних орієнтирів є наслідком постійних зусиль у особистісному зростанні, він визначає ступінь особистісної зрілості та соціалізації індивіда.

Суперечливість ціннісних орієнтирів забезпечує такі якості особистості, як цілісність, надійність, відданість певним принципам і ідеалам, активність життєвої позиції та здатність до вольових зусиль для реалізації своїх цінностей. Незрілість і недостатність ціннісних орієнтирів є ознакою недорозвиненості, недостатнього розвитку рефлексії, переважання зовнішніх впливів на поведінку особи, а також відсутності чітких принципів та ідеалів, що призводить до пасивності, етичного нігілізму та неясності у виборі шляхів досягнення мети [115; 166].

Активний інтерес наукової спільноти до ціннісно-сміслової сфери особистості вказує на перехід до постнекласичного типу наукової раціональності. Т. Антоненко відзначає, що ціннісно-сміслова сфера особистості об'єднує два взаємопов'язані концепти, які можна ідентифікувати як цінності та смисли [9, с. 61]. Особистісні цінності в національній традиції розглядаються через призму смислових утворень і являють собою

усвідомлення важливості певних матеріальних або ідеальних об'єктів. Загалом, слід, як зазначає В. Дудченко, підкреслити, що цінності трактуються як матеріальні та ідеальні об'єкти, які мають значення для індивіда та суспільства з точки зору задоволення їх потреб і інтересів, і які сприймаються як необхідні та важливі для їх життєдіяльності та самореалізації. Це дає змогу відокремити матеріальні цінності (які задовольняють матеріальні потреби) та духовні цінності (які визначають духовний розвиток особистості) [66].

Н. Бастун вважає цінності системоутворюючим ядром організації внутрішнього світу особи, які «виступають як основна орієнтація на реалізацію особистих ідеалів у конкретні життєві цілі і є психологічною основою сприйняття людиною сенсу свого життя та його головної мети». Значення ціннісних орієнтацій у формуванні психічного відображення визначає їхню стабільність, а зміни в ієрархії особистих цінностей зазвичай свідчать про особистісну кризу, яка болісно переживається і проявляється у втраті сенсу попереднього способу життя та раптовій зміні суб'єктивного уявлення про світ. [20, с. 40].

Л. Коберник трактує цінності як комплексну систему, що охоплює когнітивні структури, аспекти соціального життя та культурний світогляд особистості. Якщо цінності формують курс життя, то ціннісні орієнтації вказують на методи їх втілення [88].

Л. Романюк також розмежовує поняття цінностей і ціннісних орієнтацій. Ціннісні орієнтації інтерпретуються як психологічний механізм вибору значущих об'єктів оточуючої реальності відповідно до рівня розвитку загальнолюдських цінностей. Дослідниця вважає, що ціннісні орієнтації впливають на розв'язання постійних конфліктів у сфері мотивації, направляють поведінку та виконують системоутворюючу функцію в структурі особистості, представляючи собою основну орієнтацію на життєві цілі та ідеали [166; 167].

Серед українських дослідників, які розробляли питання ціннісного ставлення до здоров'я та його формування, можна відзначити таких науковців

як Г. Асланов [14; 15], Т. Бабюк [19], О. Богучарова [29; 30; 31], Ю. Бойко [33], Л. Бутузова [39], О. Габелкова [50], П. Гусак, Н. Зимівець, В. Петрович [57], С. Демчук, В. Романова [62], О. Єжова [68–70], І. Кенсицька [83; 84], Г. Корж [97], Ю. Козловський, Н. Мукач [96], З. Крупник [104], О. Лисенко [106], Р. Маслов [120], О. Міхеєнко [125], Н. Міцкевич [126], Л. Печка [149; 150; 151], Я. Сивохоп [168], О. Соколенко [174], Н. Трощій [184], К. Федченко [194–199].

Варто зазначити, що вітчизняні науковці, досліджуючи феномен ціннісного ставлення до здоров'я, охопили широке коло різних категорій населення, висвітливши специфіку його прояву в конкретних соціальних групах. Зокрема, Т. Бабюк було здійснено комплексну характеристику компонентів ціннісного ставлення до здоров'я як інтегрального показника сформованості здорового способу життя дітей старшого дошкільного віку [19]. О. Габелкова та Г. Веретельник дослідили взаємозв'язок особистісних особливостей і специфіки освіти осіб молодого віку та їх ставлення до свого здоров'я [50]. С. Демчук, В. Романова, О. Соколенко піднімали питання сформованості ціннісних орієнтацій студентів на здоровий спосіб життя та розглядали шляхи формування ціннісного ставлення у цієї категорії респондентів [62; 174].

Із загальнотеоретичних позицій феномен ціннісного ставлення до здоров'я було розглянуто О. Лисенко. Дослідниця кваліфікує ціннісне ставлення до здоров'я як системотворчу складову ціннісних орієнтацій особистості [106]. Н. Трощій було розкрито теоретичні засади формування ціннісного ставлення до здорового способу життя на прикладі фахової підготовки майбутніх педагогів [184].

Найбільш наближеною до проблематики нашого дисертаційного дослідження є сфера наукових інтересів Я. Сивохоп. Зокрема, дослідниця розглядала особливості ціннісного ставлення до здоров'я та здорового способу життя учнів 6–9-х класів в умовах закладів позашкільної освіти [168].

Значна кількість робіт присвячена питанням особливостей та чинників

становлення свідомого та відповідального ставлення до свого здоров'я, що тісно пов'язані з проблематикою нашого дослідження (М. Боришевський, Л. Бутузова, П. Гусак, Н. Зимівець, В. Петрович, З. Крупник, Р. Маслов, О. Міхеєнко) [38; 57; 104; 120; 125]. Необхідно зауважити, що вказані науковці також здійснювали свої дослідження на емпіричному матеріалі різних категорій осіб.

Про ступінь ґрунтовності досліджень ціннісного ставлення до здоров'я українськими науковцями свідчить досить велика кількість дисертаційних робіт, присвячених цій проблематиці. Зокрема, можна відмітити дисертаційні дослідження Г. Асланова, О. Богучарової, Ю. Бойко, О. Єжової, І. Кенсицької, Г. Корж, К. Федченко. У докторській дисертації О. Богучарової висвітлюються психологічні аспекти ставлення до здоров'я (парадигми, моделі, чинники розвитку тощо) [31]. Ю. Бойко у рамках виконання свого дисертаційного дослідження вивчала формування аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів закладів вищої освіти [33]. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних закладів освіти стало предметом досліджень О. Єжової [70]. І. Кенсицька свою дисертаційну роботу присвятила розкриттю проблематики формування цінностей здорового способу життя студентів у процесі фізичного виховання [84]. Питання розвитку ціннісного ставлення до здоров'я у майбутніх фахівців з цивільної безпеки піднімається у дисертаційному дослідженні Г. Корж, за матеріалами якого дослідницею разом з іншими співавторами було підготовлено монографію [97]. К. Федченко відзначилась цілком низкою робіт (у тому числі і дисертаційне дослідження) щодо формування ціннісного ставлення до здоров'я у студентів університетів наук про життя та навколишнє середовище [194–199].

Категорія здоров'я є провідною у термінологічному апараті даного дослідження. Загальне поняття здоров'я визначено Всесвітньою організацією охорони здоров'я, і це визначення широко прийняте науковою спільнотою: здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а

не лише відсутність хвороб або фізичних недоліків [238]. Виходячи з цього визначення, Н. Павлик виділила основні характеристики загального здоров'я людини: 1) збереження функціональних особливостей організму; 2) висока здатність пристосовуватися до змін у природному та соціальному середовищі; 3) підтримка емоційного та соціального благополуччя людини [136, с. 35].

Поняття здоров'я можна розглядати як оптимальний стан функціонування різних систем життєдіяльності індивіда, що проявляється на різних рівнях: біологічному, психічному та психологічному. На біологічному рівні здоров'я описується як динамічна гармонія функцій усіх внутрішніх органів і їхня адекватна реакція на зовнішні впливи. Біологічне здоров'я передбачає наявність гомеостатичної рівноваги, яка дає можливість людині належним чином реагувати на різні впливи зовнішнього середовища [56; 137]. Психічне здоров'я розглядається як стан психічного благополуччя, що характеризується відсутністю патологічних психічних явищ і забезпечує адекватну регуляцію поведінки та діяльності людини, завдяки правильному й повному психічному сприйняттю реальності.

Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні від 27.12.2017 р. пропонує визначення психічного здоров'я, згідно з яким воно є станом повного внутрішнього добробуту, що створює умови для реалізації свого потенціалу, подолання стресових факторів, ефективної праці та внеску в життя своєї громади [158]. Щодо змісту визначення психічного здоров'я, яке уточнює структурні складові цього комплексного явища, то в енциклопедичних джерелах враховуються не лише медичні та психологічні критерії, але й соціальні норми, які повно відображають життєвий шлях людини [161].

На думку Д. Шпак стан психологічного здоров'я безпосередньо залежить від внутрішнього наповнення змістовних елементів психіки, до яких належать установки, переконання, цінності, смисли. Ці чинники визначають спрямованість і ставлення особи до різних аспектів навколишньої реальності, формують індивідуальне сприйняття світу, визначають світовідчуття та

формують світогляд як узгоджену систему ціннісних орієнтирів до різних сторін життя. Також вони визначають їх особистісну значущість для індивіда. Психологічне здоров'я може бути асоційоване не стільки з адекватністю психічного відображення оточуючої реальності, скільки з адекватністю і конструктивністю ціннісно-сислової сфери індивіда [215].

Проблему ціннісного ставлення до здоров'я доцільно висвітлювати через розгляд ширшої категорії – «внутрішня картина здоров'я». Вона, разом із багатьма іншими складниками суб'єктивних уявлень про стан організму, охоплює і такий важливий елемент, як ставлення до власного здоров'я.

У сучасній науковій літературі внутрішня картина здоров'я тлумачиться як особливе ставлення особистості до свого здоров'я, що характеризується рівнем усвідомлення його цінності і прагнення до покращення та вдосконалення.

Деякі дослідники зазначають, що поняття «ставлення до здоров'я» та «внутрішня картина здоров'я» досить близькі за значенням. Внутрішня картина здоров'я формується в ході виховання і соціалізації, починаючи з ранніх етапів життя [189]. Отже, можна стверджувати, що ставлення до здоров'я існує на двох взаємопов'язаних і взаємозумовлених рівнях: індивідуальному та суспільному. Ціннісний компонент є однією з ключових характеристик, що забезпечують адаптацію, особистісну ідентифікацію та самоактуалізацію.

Ставлення до здоров'я має наступну структуру:

- 1) когнітивний компонент – ідеї, думки, переконання;
- 2) емоційний компонент – почуття, цінності;
- 3) поведінковий компонент – дії, діяльність;
- 4) адаптивно-ресурсний компонент – функціональний стан, функціональний резерв [53; 54].

Внутрішня картина здоров'я – це динамічне уявлення особистості про своє здоров'я, яке у своїй структурі відображає її вікові особливості і певне ставлення до нього. Розвиток внутрішньої картини здоров'я дитини

здійснюється поетапно і в міру її дорослішання переміщується всередину особистості, проявляючись в її поведінці [64; 181]. Тому внутрішня картина здоров'я у дітей має вирішальне значення у формуванні здорових, корисних звичок, здорового способу життя. Внутрішня картина здоров'я, як динамічне представлення і ставлення до свого здоров'я, узагальнює наші уявлення про здоров'я, ставлення до нього, самосвідомість і самопізнання себе в умовах здоров'я. Ставлення до здоров'я показує ступінь оцінки особистістю свого психологічного і фізіологічного стану. Воно дає уявлення про сформований людиною життєвий простір, що може слугувати основою для зміцнення здоров'я та особистого добробуту або ж навпаки - перешкоджати їм.

Як зазначають науковці, саме ставлення до здоров'я визначає рівень благополуччя особистості. Психологами та педагогами розробляються різні психопрофілактичні програми для формування відповідального ставлення до свого здоров'я різних категорій населення, але, вочевидь, що позитивного результату можна досягнути лише за умови формування відповідної світоглядної позиції особистості по відношенню до свого здоров'я, розумного ставлення до свого фізичного і психічного стану [53].

Критеріями рівня адекватності / неадекватності ставлення особистості до свого здоров'я можуть бути:

когнітивний рівень – ступінь обізнаності або компетентності людини в галузі охорони здоров'я, знання основних чинників ризику та чинників збереження здоров'я, розуміння ролі здоров'я в забезпеченні ефективності життєдіяльності та довголіття;

емоційний рівень – оптимальний рівень тривожності по відношенню до здоров'я, вміння насолоджуватися станом здоров'я і радіти йому;

мотиваційно-поведінковий рівень – значна цінність здоров'я в індивідуальній ієрархії ціннісних орієнтацій особистості, ступінь сформованості установки на піклування про своє здоров'я, ступінь узгодженості дій та вчинків людини з вимогам здорового способу життя; адекватність самооцінки людини актуальному соціальному, психічному та

фізичному стану свого здоров'я [33].

Численні експериментальні дослідження доводять, що ставлення сучасної людини до свого здоров'я має суперечливий характер: спостерігається яскраво виражена невідповідність між потребою людини в гарному здоров'ї та її зусиллями, спрямованими на збереження і зміцнення свого фізичного і психологічного благополуччя. Скоріше за все витoki невідповідності криються в тому, що формуванню адекватного, реалістичного ставлення людини до власного здоров'я перешкоджає цілий ряд причин [64].

Досить часто характер ставлення до свого здоров'я пов'язаний з дією механізмів психологічного захисту, метою яких є виправдання поведінки, що негативним чином позначається на стані здоров'я. У царині здоров'я найбільш поширеними є такі види психологічного захисту як раціоналізація та заперечення. Так, внутрішній механізм роботи психологічного захисту заперечення полягає у фільтрації негативної інформації на самому початку її сприймання або в установці на уникнення нової інформації, що може мати травматичний вплив на психіку індивіда. Прикладом першого випадку може служити автоматична думка «Цього не може бути», що виникає в людини у відповідь на травматичну інформацію. Другий випадок можна проілюструвати відмовою людини від медичного огляду, яка намагаючись уникнути поганих новин про своє здоров'я, просто переконує себе у тому, що з її самопочуттям все гаразд, тому медичний огляд не потрібен. Раціоналізація як правило використовується для виправдання вчинків, за якими криється неадекватне, неконструктивне ставлення до власного здоров'я [53; 181].

Пасивне ставлення до здоров'я, як виявляється у переконанні про неминучість хвороби та неможливість її уникнути власними зусиллями (наприклад: «якщо судилося захворіти, то це станеться попри все»), зумовлює поведінку, неадекватну актуальному стану організму. Це рано чи пізно призводить до погіршення здоров'я. Ключовою причиною подібного ставлення до власного здоров'я є нестача необхідних знань про здоров'я, про шлях його плекання, зміцнення та збереження [57; 181].

Вплив ефекту затриманого зворотного зв'язку виступає однією з головних причин несаноженної поведінки індивіда, нехтування ним правилами здорового способу життя. В процесі розгляду проблеми формування мотивації, спрямованої на підтримку і зміцнення здоров'я, цей ефект знаходить своє вираження у тому, що люди воліють не перейматися піклуванням про власне здоров'я, оскільки результат від здійснених зусиль не є очевидним та відразу помітним. Здоров'язберігаючі заходи на кшталт загартовування, заняття ранковою зарядкою або певним видом оздоровчих систем, приносять позитивний результат лише через місяці або навіть роки. Не спостерігаючи швидкого позитивного ефекту від таких корисних вправлянь, людина часто перестає їх виконувати та вже ніколи до них не повертається. В той же час проблема корекції нездорової поведінки також обтяжується дією описаного механізму. Як відомо, нездорова поведінка має можливість приносити миттєве, ситуативне задоволення, а довготривалі негативні наслідки таких вчинків здаються досить примарними, малоімовірними та далекими. Крім того, нерідко людина не може усвідомити, з якою високою та досить ймовірною небезпекою пов'язана певна нездорова звичка – будь то недотримання особистої гігієни, або дисфункція харчової поведінки, порушення режиму праці та відпочинку чи можливо нехтування побутовою культурою [53; 54].

Переходячи до аналізу категорії ціннісного ставлення вважаємо за потрібне зауважити, що шляхом ґрунтовного контент-аналізу широкої джерельної бази О. Єжовою було запропоновано власне визначення категорії ставлення. На думку дослідниці ставлення являє собою комплекс індивідуальних, вибіркових і усвідомлених зв'язків людини з реальністю, які відображають взаємозв'язок потреб особистості з предметами, об'єктами та явищами зовнішнього світу і формуються на основі життєвого досвіду з урахуванням перспективи [70, с. 59].

Ціннісні відносини сприяють найбільш адекватному вираженню людиною моральних почуттів, стимулюють моральну рефлексію,

забезпечують психологічний комфорт у взаємодії з оточуючими, викликають відповідну доброзичливість і чемність [169; 199]. На думку Г. Ситник формування ціннісного ставлення виступає двостороннім, реципрокним процесом, на основі якого проявляється істинне ставлення особи до світу матеріальних та нематеріальних об'єктів її життєдіяльності, речей та людей, які її оточують [169, с. 95].

Спираючись на аналіз досліджень Г. Ситник, К. Федченко зазначає, що ціннісне ставлення нерозривно пов'язане з об'єктивними суспільними цінностями. Воно виявляється через їх усвідомлення та перетворення на внутрішню потребу, що і визначає поточну поведінку й окреслює майбутнє особистості. К. Федченко під поняттям «ціннісне ставлення» розуміє вибірковий, усвідомлений, емоційно-позитивний зв'язок людини з важливими для неї об'єктами чи явищами навколишньої дійсності [199, с. 54].

До основних характерних рис ціннісного ставлення К. Федченко відносить: потреби, мотиви, емоційні відносини (любов, ненависть, атракція, антипатія), інтереси, оцінки, переконання; детермінанти суспільно-корисної діяльності; емоційно-позитивне ставлення; систему ціннісних орієнтацій особистості; систему зв'язків особистості; усвідомлення важливості певних явищ або об'єктів навколишньої дійсності; регуляцію соціальної взаємодії [199, с. 54].

Ми погоджуємось з думкою Г. Корж, Ю. Козловського та Н. Мукан які вважають, що феномен ціннісного ставлення можна трактувати як інтегральне утворення, що відображає знання, переконання та ідеали індивіда. Воно слугує мірилом для оцінювання навколишнього світу, розуміння своєї ролі й місця в ньому, а також власної та чужої діяльності [96]. Спираючись на таке розуміння, можна стверджувати, що ціннісне ставлення є елементом переконань особистості та виступає важливою складовою її потребово-мотиваційної сфери. Особливості переконань визначаються шляхом аналізу специфіки їх складових частин: інтелектуальних, емоційно-почуттєвих і практично-дійових, а також характеру їх поєднання.

Категорія ціннісного ставлення до здоров'я активно розробляється вітчизняними науковцями та майже не представлена у зарубіжній педагогічній науці, де частіше використовуються категорії здорового способу життя, відповідального ставлення до власного здоров'я, сприяння здоров'ю, формування здорового способу життя (health promotion) [70; 256].

Представлені в узагальненому вигляді позиції науковців щодо визначення поняття «ставлення до здоров'я» дають нам змогу порівняти змістовне наповнення термінів «ціннісне ставлення до здоров'я» і «відповідальне ставлення до здоров'я», які широко використовуються в дослідженнях українських науковців і мають як відмінності, так і певною мірою доповнюють один одного.

У контексті ставлення до здоров'я у соціально-педагогічних дослідженнях відповідальність характеризується як позиція особистості відносно здоров'язбереження і дотримання здорового способу життя (Н. Зимівець, В. Щтифурак та ін.). В контексті розробки і впровадження технологій формування відповідального ставлення до здоров'я дітей та молоді питання розглядаються в дослідженнях Т. Алексеєнко, І. Зверєвої, А. Капської, Г. Лактіонової, Т. Лях, С. Омельченко, Ю. Поліщук, О. Стойко. Як проблема профілактики і запобігання вживання неповнолітніми психоактивних речовин представлена в дослідженнях С. Архіпової, І. Зверєвої, Н. Зимівець та ін.

В дослідженнях Г. Гусака, Н. Зимівець, В. Петровича відповідальне ставлення до здоров'я визначається як позиція особистості. Вона обумовлює регуляцію реакцій і вольове здійснення певних видів діяльності стосовно факторів здоров'я. Метою цієї діяльності є оптимальне поєднання особистих можливостей і можливостей середовища задля досягнення благополуччя [57]. На їх думку, це системне особистісне утворення, яке відображає особисті і соціально-значущі потреби особистості. Вони домінують в мотиваційній сфері людини і виявляються в готовності та здатності особистості діяти відповідно до внутрішньої потреби, тобто, відповідальності, свідомості постановки перед

собою соціально-спрямованого завдання. На вольовому рівні, ці потреби реалізуються у певних видах активності щодо його вирішення і реалізуються через здійснення цілеспрямованих дій для досягнення благополуччя як на особистому рівні, так і на рівні громадського благополуччя [57]. У визначені структурних компонентів відповідального ставлення особистості до здоров'я науковці наголошують на цілісності і нероздільності когнітивно-пізнавального, потребнісно-ціннісного, мотиваційно-вольового, практично-діяльнісного і рефлексивно-результативного компонентів [57]. У даному контексті відповідальність виступає як найважливіша особистісна властивість, як мотив поведінки, як почуття, властиве особистості, що характеризує її соціальну типовість.

У процесі теоретичного осмислення проблеми 3. Крупник було уточнено визначення поняття «формування відповідального ставлення до здоров'я у вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації» як комплекс заходів соціально-педагогічного, психологічного, правового впливу, спрямованих на розуміння ними сутності і змісту здоров'я у суспільному житті, оволодіння уміннями оздоровчої діяльності, що сприяють позитивній соціалізації та мотивації на здоровий спосіб життя, мінімізації негативного впливу соціуму, забезпеченню соціально-психологічної реабілітації та здійсненню соціального захисту, позитивного сприйняття життя [104].

У психолого-педагогічній науці ціннісне ставлення трактується як ціннісна спрямованість, що визначає орієнтацію людини на конкретні цінності. Це поняття охоплює систему взаємопов'язаних компонентів, а саме: 1) особистісний сенс як визнання об'єктивності цінності того чи іншого явища у людському житті; 2) необхідність певних дій суб'єкта, що виражається в потребі і стані незадоволеності; 3) цінність як елемент людської діяльності, що протистоїть ідеалу і поточній дійсності; 4) аналіз як завершальний етап ціннісних відносин [9]. А. Трутень підкреслює, що ціннісне ставлення – це сприйняття людиною різних об'єктів і явищ навколишнього світу як цінностей, що викликають емоційно-позитивні відчуття [186, с. 212].

Сучасна вітчизняна джерельна база пропонує широкий спектр визначень ціннісного ставлення до здоров'я. Спільним для цих підходів є розгляд явища як багатокомпонентного конструкту, проте кожен автор виокремлює специфічні домінанти в його структурі.

Т. Андрющенко визначає ціннісне ставлення до власного здоров'я як складне новоутворення, яке включає необхідні знання про основи здоров'я, мотивацію щодо його збереження, усвідомлення значущості здоров'я, а також навички здорового способу життя [7].

Г. Асланов трактує ціннісне ставлення до здоров'я як складну багатогранну системну особистісну структуру, що являє собою єдність знань про здоров'я, умінь і навичок організовувати процес його збереження та зміцнення в умовах природного і соціального середовища, а також здійснювати контроль за його станом [14].

Ми погоджуємось з позицією О. Єжової, яка визначає ціннісне ставлення до здоров'я як системне та динамічне психічне утворення особистості, що базується на ціннісно-мотиваційній сфері та сукупності знань про здоров'я, яке проявляється і реалізується у свідомо обраному способі життя [70, с. 63].

І. Сундукова зазначає, що ціннісне ставлення до здоров'я являє собою складне утворення, що виступає складним комплексом зв'язків особистості зі світом та знаходить своє вираження у таких явищах як самопочуття індивіда, самооцінка, цінність інших та прояви соціально-нормативної поведінки. Цінності здоров'я є однією з компонентів свідомості та самосприйняття людини і відображають якість її взаємодії з оточуючим середовищем та з собою [177].

О. Соколенко розглядає ціннісне ставлення до власного здоров'я як складне особистісне утворення, що характеризується сформованістю знань і уявлень про здоров'я як цінність, позитивним налаштуванням щодо ведення здорового способу життя, усвідомленим підходом до здоров'я, а також сформованими вміннями та навичками для зміцнення і збереження здоров'я, що сприяє позитивній зміні поведінки на тривалий період [174, с. 10].

На думку Т. Галенко, формування ціннісного ставлення до власного здоров'я включає розкриття суттєвих зв'язків і взаємозалежностей між станом здоров'я людини та її способом життя, рівнем знань про здоров'я, емоційним станом, а також стосунками з іншими людьми [51].

Нам імпонує масштабна дослідницька робота К. Федченко, яка уточнила сутність поняття «ціннісне ставлення до здоров'я», а також визначила критерії та індикатори його сформованості. Ціннісне ставлення до здоров'я тлумачиться дослідницею як індивідуальні, вибіркові, усвідомлені взаємозв'язки особистості з реальністю, які відображають взаємозалежність потреб особистості з предметами, об'єктами та явищами навколишнього світу, сприяючи формуванню та збереженню здоров'я. Дослідниця виділила когнітивний, мотиваційний, емоційний та поведінковий критерії сформованості ціннісного ставлення до здоров'я. Когнітивний критерій включає такі показники: знання про здоров'я та його складові, усвідомлення важливості здоров'я. Мотиваційний критерій характеризується показниками: мотивація до здорового способу життя, інтерес до теми здоров'я. До емоційного критерію відносяться показники: вміння керувати емоціями, відчуття задоволення від дотримання принципів здорового способу життя. Показники поведінкового критерію включають: готовність до самовдосконалення, дотримання здорового способу життя [199, с. 163].

Отже, категорія ціннісного ставлення до здоров'я охоплює ряд фундаментальних психолого-педагогічних категорій: ставлення, особистісні цінності, здоров'я, ціннісне ставлення. Ставлення являє собою комплекс індивідуальних, вибіркових і усвідомлених зв'язків людини з реальністю, які відображають взаємозв'язок потреб особистості з предметами, об'єктами та явищами зовнішнього світу і формуються на основі життєвого досвіду з урахуванням перспективи (О. Єжова). У якості робочої дефініції ціннісного ставлення було використано визначення К. Федченко: ціннісне ставлення – вибірковий, усвідомлений, емоційно-позитивний зв'язок людини з важливими для неї об'єктами або явищами навколишньої дійсності. Поняття ставлення до

здоров'я відображає комплекс особистісних, вибіркових зв'язків людини з різними аспектами навколишнього світу, які сприяють або перешкоджають формуванню здоров'я. На цій підставі було обрано робоче визначення поняття «ціннісне ставлення до здоров'я»: складне особистісне утворення, що характеризується сформованістю знань і уявлень про здоров'я як цінність, позитивним налаштуванням щодо ведення здорового способу життя, усвідомленим підходом до здоров'я, а також сформованими вміннями та навичками для зміцнення і збереження здоров'я, що сприяє позитивній зміні поведінки на тривалий період (О. Соколенко).

Проведений аналіз досліджень дозволяє зробити висновок про те, що відповідальне і ціннісне ставлення до здоров'я це два взаємопов'язаних аспекти проблеми турботи особистості про себе і власне здоров'я, між якими істотні відмінності у мотивації і глибині сприйняття. Відповідальність передбачає свідоме ставлення до виконання певних обов'язків, норм і правил передбачених суспільством щодо збереження особистістю власного здоров'я. Мотивацією такого підходу є необхідність виконання норм ставлення до здоров'я або уникнення негативних наслідків щодо їх порушення. Дотримання загальноприйнятих правил і приписів (дотримання режиму, здорове харчування, відмова від шкідливих звичок або ризикованих практик поведінки) носить більш зовнішній, дисциплінарний характер і в негативному варіанті розвитку подій може бути продиктований скоріше соціальними очікуваннями або страхом за їх невиконання.

Ціннісне ставлення визначається іншими характеристиками. Внутрішнє бажання, потреба зберегти і покращити своє здоров'я сприймається людиною як найвища життєва і особиста цінність серед інших життєвих пріоритетів. Саме тому, що здоров'я має особистий сенс, особистість вважає його наявність необхідною умовою для здійснення життєвих планів і досягнення мрій. Такий підхід включає активний ресурс щодо пошуку шляхів для самореалізації і повноцінного життя, використовуючи здоров'я як ресурс. Ідеальним вважається поєднання відповідальності і ціннісного ставлення до здоров'я,

тому що для людини є природним є позиція відповідальності за своє здоров'я, тому що вважає його цінністю і усвідомлює наслідки своїх необдуманих дій.

На основі огляду позицій науковців щодо дефініції відповідального і ціннісного ставлення, ми можемо запропонувати власне розуміння цього складного феномену: *ціннісне ставлення* – це суб'єктивне відношення людини до об'єктів, явищ, або інших людей, що базується на її цінностях і переконаннях. В основі їх формування лежить психологічний процес, через який індивід оцінює і інтерпретує об'єкти, явища чи ситуації відповідно до власних цінностей і переконань. В результаті формується ставлення індивіда до світу на основі його внутрішніх оцінок і ідеалів, що формуються внаслідок соціалізації, культурного досвіду та особистих уподобань. Ціннісне ставлення впливає на поведінку і рішення людини, визначаючи її реакцію на різні аспекти життя і соціального середовища.

Як інтегративна характеристика особистості, ціннісне ставлення до здоров'я визначає її свідомий зв'язок з цією соціальною цінністю і проявляється у визнанні здоров'я як пріоритетного блага, усвідомлення його значущості для самореалізації і готовності до його збереження і зміцнення.

Отже, ціннісне ставлення до здоров'я є багатовимірним феноменом, що досліджується різними науковими підходами: соціально-культурним, феноменологічним, екзистенційним, аксіологічним, когнітивно-поведінковим та психоаналітичним. Кожен із цих підходів надає унікальну перспективу для розуміння, як цінності впливають на поведінкові патерни, що визначають загальний рівень здоров'я людини.

1.3. Сучасні теоретичні засади формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти

Організація освітньо-виховного процесу в діяльності у закладів позашкільної освіти набуває сьогодні ключового значення. Посилення соціально-педагогічного змісту цієї діяльності дає можливість педагогізувати

дозвілля вихованців, залучаючи їх до різноманітних форм активності. Таким чином формується особливий соціальний простір для саморозвитку та соціального становлення дитини. Для визначення соціально-освітньої місії позашкільної освіти засадниче значення мають її характеристики як відкритої системи. На переконання провідних дослідників галузі (Т. Крекотіної, Г. Пустовіта, Н. Перепелиці), саме ці особливості є підґрунтям для розроблення інноваційних моделей освітньо-виховної діяльності в умовах дозвілля [154, с. 142].

Соціально-педагогічні основи освітньо-виховного процесу закладів освіти як чинника соціального становлення і розвитку зростаючої особистості відображено в ряді досліджень вітчизняних науковців С. Алексєєвої, Р. Вайноли, Н. Лавриненко, О. Пошетун, Т. Сущенко, Г. Пустовіта та ін.

Так, провідний дослідник позашкільної освіти Г. Пустовіт зазначає, що у запровадженні в практику роботи закладів позашкільної освіти парадигми педагогічного супроводу організації дозвіллевої діяльності вихованців закладу позашкільної освіти надзвичайно великого значення набуває ідея відмови у від вузького погляду на їхній розвиток. Традиційно – сутність розвитку особистості вихованця в умовах закладу позашкільної освіти розглядається в контексті розвитку інтелекту дитини, її творчих здібностей, формування досвіду креативної самореалізації. В той же час, процеси соціального і морального становлення вихованця як складової освітньо-виховного процесу освітньої установи залишаються все ще не до кінця вирішеними і потребують подальшого розвитку в науково-теоретичних дослідженнях і роботі педагогів-практиків [162, с. 15–17].

Формування ціннісного ставлення до здоров'я у позашкільній освіті є важливим елементом всебічного розвитку особистості, що відіграє ключову роль у забезпеченні фізичного, психічного та соціального благополуччя вихованців позашкільних освітніх установ. Наукові дослідження вітчизняних науковців (Т. Крекотіна, О. Литовченко, Г. Німич, Н. Перепелиця, Я. Сивохоп, Н. Сидоренко, Н. Хольченкова, О. Язловецька, Л. Яременко

тощо) підтверджують, що позашкільна освіта має значний вплив на виховання відповідального ставлення до власного здоров'я [102; 108; 109; 168; 207; 210; 218; 220]. Вона дозволяє учням глибше усвідомити значення здоров'я як цінності, допомагає формувати здорові звички та сприяє розвитку позитивних соціальних навичок, таких як комунікація та співпраця, що є важливими для підтримки здорового способу життя.

У межах аналізу теоретичних засад формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти мають бути розглянуті призначення системи позашкільної освіти, особливості функціонування закладів позашкільної освіти, особливості формування високої мотивації до здоров'язбережувальної поведінки у закладах позашкільної освіти, а також принципи формування ціннісного ставлення до здоров'я в умовах закладу позашкільної освіти, методи та умови, за допомогою яких може бути досягнуто мету формування ціннісного ставлення до здоров'я дітей та підлітків, які відвідують заклади позашкільної освіти.

1. Призначення системи позашкільної освіти. Позашкільна освіта є невід'ємною частиною загальної освітньої системи, діяльність якої регламентується Законами України «Про освіту» [156] і «Про позашкільну освіту» [157]. Відповідно до Закону України «Про позашкільну освіту», позашкільне навчання є частиною системи безперервної освіти та орієнтоване на розвиток здібностей і талантів вихованців, учнів та слухачів, на задоволення їхніх інтересів, духовних потреб і запитів у професійному самовизначенні. Позашкільне навчання здобувається громадянами у позаурочний і позанавчальний час у позашкільних освітніх установах та інших навчальних закладах як центрах позашкільної освіти, незалежно від підпорядкування, типів і форм власності [157]. О. Язловецька вважає, що у сучасних умовах цей тип освітніх установ відіграє неповторну роль у системі освіти. Вони виконують функцію забезпечення необхідних умов для особистісного розвитку, професійного самовизначення та творчої діяльності дітей віком від 6 до 18 років, формують загальну культуру та надають

можливість організувати змістовне дозвілля [218, с. 262]. Ключовою метою позашкільної освіти є формування свідомих громадян України [108]. Однак в сучасних воєнних умовах на перший план виходить забезпечення здорового способу життя, культури гігієни, формування навичок збереження життя та здоров'я. Тому найбільш актуальним завданням у цьому напрямку в умовах сучасної війни є навчання вихованців (учнів, слухачів) правилам збереження власного здоров'я та життя, а також безпеки оточуючих людей [218].

Саме у закладах позашкільної освіти можна подолати традиційний конфлікт між вимогами навчальних програм загальноосвітньої підготовки та потребами й інтересами особистості. Позбавлена формальної мети щодо забезпечення всебічного гармонійного розвитку особистості дитини, система позашкільної освіти володіє значним потенціалом щодо вибору засобів, методів, прийомів і застосування інноваційних технологій для формування здоров'язбереження дітей та молоді [210].

Особливого позитивного значення у позашкільній діяльності набуває перетворення учня з об'єкта виховання на суб'єкта. Адже в умовах відсутності або мінімальної значущості нормативів та державних стандартів, які зазвичай перенасичують шкільну освіту, вихованці в системі позашкільного навчання отримують значно більше простору для власної активності, а педагоги – для її стимулювання [217, с. 55]. При цьому вибір навчальних цілей, методів, форм і прийомів роботи відбувається спільно між педагогом та вихованцями, виходячи з інтересів дитини, а не з державних стандартів, причому учень виступає повноправним учасником педагогічного процесу, де наголос робиться на його активності та ініціативі [210].

2. Особливості функціонування закладів позашкільної освіти.

О. Литовченко зазначає, що позашкільна освіта, яка є важливою частиною освітньої системи України, має суттєві переваги завдяки своїй специфіці, такій як мобільність, варіативність, соціально-педагогічний орієнтир, добровільність, доступність і можливість реалізації у різних формах (гуртки, студії, клуби або інші творчі об'єднання); орієнтація на інклюзивність та

безбар'єрність [108].

Н. Хольченкова, посилаючись на таких дослідників педагогічних особливостей позашкільної освіти як Т. Андрющенко [6] та Л. Яременко [220], звертає увагу на те, що цей різновид освітньої діяльності вирізняється свободою вибору напрямків, видів занять та можливістю змінювати сферу діяльності; характеризується добровільністю, ініціативністю та активністю всіх учасників, відсутністю суворої регламентації та чітко визначених результатів, забезпечуючи вільний темп розвитку та творчий поступ дитини. Спрямована на розвиток творчих здібностей учнів, стимулює пізнавальний інтерес і надає можливість учням комбінувати різні напрямки й форми занять; має неофіційний і комфортний характер для всіх її учасників [210].

У якості продовження цієї тези можна більш детально зупинитись на виділених Я. Сивохопом специфічних особливостях функціонування закладів позашкільної освіти, що роблять їх оптимальним середовищем для формування ціннісного ставлення до здоров'я:

1) гнучкість та адаптивність – вихованці займаються у різних гуртках не з обов'язку, а з бажання (переважає внутрішня, а не зовнішня мотивація), при цьому навчальний процес підпорядковується не логіці конкретних предметів, а логіці діяльності, яку освоюють учні. На думку Я. Сивохопа, саме це створює виховний та розвиваючий педагогічний простір, який дозволяє учасникам гуртків у самостійному та автономному режимі отримувати і використовувати знання і навички, а також здійснювати творчий пошук;

2) гнучкі та гуманні вимоги до регламенту часу – формування ціннісного ставлення до здоров'я являє собою складний процес, що потребує значних часових витрат. У позашкільних навчальних закладах на першому місці стоїть вимога надати дитині достатню кількість часу для засвоєння інформації, що має особливе значення у формуванні ціннісного ставлення до здорового способу життя і здоров'я загалом;

3) відсутність жорстких вимог щодо форм і методів виховання – в умовах відсутності дефіциту часу педагог має можливість гнучко та доцільно

використовувати весь арсенал методів і форм роботи з вихованцями [168, с. 171–172].

Визначна роль позашкільної освіти у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я виглядає досить очевидною. Одним з ключових аспектів позашкільної освіти є її інтегративний характер, що дозволяє поєднувати навчальну діяльність з практичною реалізацією отриманих знань у реальних життєвих ситуаціях, що забезпечує глибше усвідомлення учнями значення здоров'я як основної життєвої цінності. Тому позашкільна освіта відіграє важливу роль у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я, забезпечуючи умови для розвитку комплексних знань, навичок і мотиваційних установок, які сприяють здоровому способу життя [108; 210].

Система позашкільної освіти на відміну від інших різновидів освіти пропонує широкі можливості для виховання відповідального ставлення до здоров'я через залучення дітей до різних видів діяльності: спортивні секції, клуби за інтересами, творчі майстерні, екологічні проекти тощо. Ці форми роботи сприяють розвитку фізичних здібностей, формуванню навичок самоконтролю, витривалості та організованості, що є основою здорового способу життя. Крім того, у методичному арсеналі сучасної позашкільної освіти перебуває багатий спектр інноваційних методів навчання, які постійно розширюються та вдосконалюються: тренінги, інтерактивні ігри, квести, що сприяють не лише засвоєнню інформації, але й емоційно-позитивному сприйняттю ідеалів фізичного та психічного здоров'я [220].

Як зазначає І. Авдеєнко, ціннісно-орієнтоване ставлення до здорового способу життя прийнято розглядати через три складові: емоційну, пізнавальну та мотиваційно-поведінкову. Для формування у вихованців позашкільних закладів освіти ціннісно-орієнтованого ставлення до здорового способу життя їх необхідно зацікавити у створенні, зміні та вивченні свого здоров'я, залучати до діяльності з його збереження та вдосконалення [2]. З цими завданнями цілком успішно справляється система позашкільної освіти. Крім того, позашкільна освіта сприяє формуванню соціальних навичок, які необхідні для

підтримки здорового способу життя. У процесі спільної діяльності діти навчаються співпрацювати, підтримувати один одного, вирішувати конфлікти, що підвищує їхню здатність до адаптації в суспільстві та знижує ризик виникнення психоемоційних проблем. Такий підхід сприяє формуванню позитивної соціальної поведінки, яка є необхідною для підтримання здоров'я.

У той же час, ставлення до здоров'я має виражену вікову характеристику. Тому, нагальною педагогічною проблемою є формування ціннісного ставлення до здоров'я підлітків-вихованців закладів позашкільної, що обумовлено як віковими особливостями дітей цього віку, так і соціокультурною ситуацією в Україні. Визначаючи складнощі перехідного віку в цілому, Т. Алексеєнко виділяє ті особливості підлітків, які мають серйозний вплив на формування і ризики деформації у їх ставленні до здоров'я. Активний процес самопізнання і самопрезентації, характерний для дітей вікової групи стимулює їх бажання перевірити можливості власного організму в різних формах і практиках ризикованої поведінки. Інтенсивний пошук свого «Я», його ідентифікація в середовищі однолітків, прагнення виділитися, відчувати себе «лідером», набути поваги серед рівних, відчувати себе «героєм» стимулює підлітка до прояву моделей небезпечної, викличної чи ризикованої поведінки [4, с. 6].

Без знання особливостей власного організму, при наявності обмеженого власного досвіду, за відсутності кваліфікованого консультування при непереборному бажанні «бути як всі» або, навпаки, «не бути таким, як всі», підліток може спричинити непоправну шкоду своєму організму, що підтверджується фактами розвитку анорексії у дітей підліткового віку, серцевих проблемах, отримання травм і ушкоджень підчас ризикованих практик.

На необхідності впровадження програм профілактики ризикованої поведінки підлітків наголошують у своєму дослідженні проблем підліткового віку та їх соціальної профілактики Т. Лях, А. Спірін, В. Жуков, які підкреслюють, що ці програми забезпечують позитивний вплив на поведінку

через підвищення мотивації до здорового способу життя, формування ціннісного ставлення до здоров'я через отримання необхідних знань та практичних навичок безпечної поведінки [114].

У соціально-педагогічному просторі закладу позашкільної освіти створюються унікальні можливості для набуття підлітком соціальних компетентностей, створені умови для соціальної взаємодії, набуття навичок безпечної поведінки і відповідної мотивації до ведення здорового способу життя. Виховання здорового способу життя спрямоване на формування відповідальної і безпечної поведінки, як правило, має три основні цілі: достовірне, адекватне інформування стосовно здорового способу життя; створення мотивації до збереження здоров'я і безпечної поведінки; формування поведінкових навичок тощо.

Важливим аспектом роботи позашкільної освіти є активне планування майбутнього, розробка шляхів залучення як місцевих дітей, так і вимушених переселенців до участі у різних напрямках позашкільної діяльності [108].

Головними завданнями позашкільної освіти в умовах воєнного стану є забезпечення психологічної підтримки та адаптації учнів до змін, розвиток у них гнучких навичок (критичне мислення, конструктивне управління емоціями, оцінка ризиків і прийняття рішень тощо), надання актуальної інформації щодо безпеки в надзвичайних ситуаціях, неформальне спілкування, соціалізація дітей, а також відволікання дітей від важких реалій, що допомагає зберегти їх психічне, моральне, інтелектуальне та фізичне здоров'я. У воєнний час педагоги позашкільної освіти продовжують реалізовувати освітні, просвітницькі та громадські ініціативи, забезпечуючи психологічну підтримку та організовуючи цікаве дозвілля для дітей, які були вимушені покинути свої домівки, організовуючи навчальні заняття, онлайн майстер-класи, фестивалі, ігрові програми, літературні читання, творчі конкурси, спортивні змагання та інші заходи [108].

3. Принципи формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти. О. Язловецька зазначає, що формування

культури здоров'я в закладах позашкільної освіти здійснюється через здоров'язбережувальну освіту як безперервний процес навчання, виховання та розвитку учнів, спрямований на розвиток системи науково обґрунтованих знань і практичних навичок, поведінки та діяльності, що забезпечують ціннісне ставлення до здоров'я і реалізацію здорового способу життя. Це є змістом роботи педагогічних працівників закладів позашкільної освіти, які володіють здоров'язбережувальною компетентністю. У формуванні культури здоров'я значну роль відіграють заняття фізичною культурою та спортом, що орієнтовані на розвиток фізичних, естетичних і духовно-моральних якостей особистості, організацію суспільно корисної діяльності, здорового дозвілля, профілактику захворювань, рекреацію та реабілітацію за допомогою фізичної активності [218, с. 262].

У межах нашого дослідження дуже важливо враховувати базові принципи формування ціннісного ставлення вихованців закладів позашкільної освіти до здоров'я, що були систематизовані та ретельно згруповані Н. Хольченковою [210]:

Принцип активності та усвідомленості – проявляється у свідомому ставленні учня до здоров'я та розумінні його важливості у власному житті, найкраще формується в умовах позашкільної освіти. Діти починають піклуватися про своє здоров'я, коли чітко розуміють його значущість, що дозволяє сформувати установку на здоров'я і здоровий спосіб життя.

Принцип безперервності та наступності – передбачає постійне формування у дітей та молоді навичок здорового способу життя, поступовість у реалізації напрямків та етапів цієї роботи, а також здійснення навчально-виховного процесу на всіх його етапах.

Принцип врахування вікових та індивідуальних особливостей – виразно виявляється в особистісно орієнтованому підході, який притаманний системі позашкільної освіти.

Принцип гуманізації – є наскрізним для системи позашкільної освіти і виявляється в турботливому, уважному ставленні педагога до кожної дитини,

виявленні шанобливості й поваги до її психоемоційного стану, її індивідуальності та характеру, а також, що не менш важливо – її світогляду.

Принцип задоволення потреби вихованця у здоров'ї – визначення здоров'я як цілісного, гармонійного стану, що характеризується високим рівнем самореалізації, відповідає основній меті позашкільної освіти, що полягає у формуванні всебічно розвиненої особистості, яка створює надійний фундамент для формування самобутньої суспільно значущої індивідуальності кожної дитини.

Принцип культуровідповідності – виховання культури здоров'я з урахуванням національних традицій, естетичних і культурних цінностей свого народу та історичної спадщини інших країн.

Принцип самовиховання – сприяє формуванню у вихованців позашкільних закладів ціннісного ставлення до власного здоров'я через розвиток відповідальності, усвідомленості та особистої мотивації до здорового способу життя.

Принцип самореалізації – принцип самореалізації допомагає вихованцям позашкільних закладів розвивати ціннісне ставлення до власного здоров'я, стимулюючи їх досягати особистих цілей і втілювати потенціал у здоровому способі життя.

Принцип уникнення шкоди своєму здоров'ю – навчально-виховне завдання, побудоване на підвалинах особистого інтересу та захоплення певним видом діяльності дозволяє педагогу транслювати ідею про заборону нанесення шкоди власному здоров'ю.

Принцип упередження – виявляється у всебічних заходах попередження таких дій дітей, що можуть негативно вплинути на їх здоров'я (участь у суспільно-культурній діяльності, забезпечення активних фізичних та психологічних навантажень, занурення у захоплюючу творчу атмосферу) [210, с. 317].

4. Форми роботи з вихованцями закладу позашкільної освіти, що можна використовувати для цілеспрямованого формування у них ціннісного

ставлення до здоров'я. О. Литовченко було досить чітко визначено основні форми діяльності у системі позашкільної освіти: ігрові конкурси, літературні майстер-класи, навчальні заняття, онлайн-програми, спортивні змагання, творчі фестивалі, літературні читання тощо [108].

Досягнення мети формування ціннісного ставлення до здоров'я в закладах позашкільної освіти досягається шляхом реалізації таких конкретних завдань: аналіз досвіду розробки та впровадження освітніх програм з формування культури здоров'я в закладах позашкільної освіти; залучення батьків вихованців до співпраці; розробка диференційованих програм із чіткою спрямованістю на формування у вихованців (учнів) орієнтації на здоровий спосіб життя та їх інтеграція в освітній процес закладу позашкільної освіти (відповідне науково-методичне забезпечення); розробка механізму підготовки педагогічних працівників закладів позашкільної освіти до діяльності з охорони здоров'я [218].

Позашкільна освіта надає оптимальні можливості для застосування теоретичних знань на практиці через участь у змаганнях, концертах, фестивалях, виставках, конкурсах та інших форматах організації спортивних і творчих заходів, тим самим сприяючи самореалізації та самовихованню дитини [210, с. 316].

5. *Методи формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти.* На противагу монологам, поясненням, дидактичним засобам і репродуктивному підходу, що превалюють у шкільному середовищі, у позашкільній освіті перевагу надають діалоговим і інтерактивним формам взаємодії, рольовим іграм, індивідуальним завданням, творчим роботам, які сприяють активізації креативного мислення, розвитку уяви й фантазії, ініціативності та самостійності дитини. Значну роль у формуванні здоров'язбереження дітей та молоді в системі позашкільної освіти відіграє компетентнісний підхід, який передбачає акцент на практичну спрямованість навчання і характеризується особистісним і діяльнісним аспектами. Цей підхід вимагає зміщення акценту з засвоєння дітьми

нормативно визначених знань, умінь і навичок на розвиток здатності самостійно діяти та адекватно застосовувати знання й індивідуальний досвід у різноманітних життєвих ситуаціях [6].

6. Особливості формування високої мотивації до здоров'язбережувальної поведінки у вихованців закладів позашкільної освіти. Важливо відзначити, що основним індикатором ціннісного ставлення до здоров'я, що має в своїй основі діючу установку на його збереження, виступає реальна здоров'язбережувальна поведінка.

Позашкільна освіта володіє значним потенціалом для ефективного впровадження ключових ідей і цілей здоров'язбереження, серед яких основну роль відіграє формування позитивної мотивації до здорового способу життя. Мотивація є важливим елементом навчально-виховного процесу та рушійною силою особистісного розвитку [108; 109]. Під мотивом розуміють внутрішню позицію людини; те, що спонукає дитину до навчання, те, заради чого вона навчається [123]. Основним чинником успішного формування позитивної мотивації в системі позашкільної освіти є свобода вибору видів діяльності відповідно до захоплень та інтересів дитини, її природних нахилів і здібностей, а також можливість обирати педагога, колектив і режим занять. Ключовим фактором для розвитку мотивації є те, що діяльність відбувається в колі однодумців, об'єднаних спільними інтересами та цілями навчально-виховного процесу, що створює невимушену дружню атмосферу спілкування при виконанні поставлених завдань [207; 209].

Потужним стимулом у системі позашкільної освіти є відсутність традиційної оцінки, яка часто викликає у підлітка страх перед критикою. На відміну від шкільної системи, де оцінка виступає зовнішнім мотиватором і змушує уникати невдач, позашкільня створює умови для внутрішньої мотивації [209]. Використання особливої системи оцінювання в позашкільній освіті, що здебільшого полягає в порівнянні результатів діяльності на різних етапах навчання, надає дитині можливість отримати задоволення від шансів «проявити себе», реалізувати свій індивідуальний потенціал і спонукає до

прикладання зусиль для досягнення нових, кращих результатів. Це, у свою чергу, виступає внутрішнім мотиватором, орієнтованим на успіх, і стимулом для подальшого розвитку та самовдосконалення дитини.

Ключовим складником позашкільної освіти постає формування культури здоров'язбереження, що ґрунтується на системі цінностей та індивідуальних життєвих орієнтирах вихованців [102]. У процесі позашкільної діяльності успішно розвивається навичка здорового способу життя, зокрема, корисне використання вільного часу, дотримання режиму дня, збалансоване харчування, формування негативного ставлення до шкідливих звичок, таких як куріння, вживання алкоголю та наркотиків. Займаючись улюбленими справами, діти зміцнюються не лише фізично, а й морально та духовно [210].

Високий рівень внутрішньої мотивації стимулює ініціативність та активність вихованця, забезпечуючи його свідому й систематичну участь в освітньому процесі без зовнішнього примусу

7. *Соціально-педагогічні умови формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти.* На думку О. Язловецької комплексний підхід до формування культури здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти реалізується через гуртки фізкультурно-спортивного та оздоровчого напрямків позашкільної освіти. До фізкультурно-спортивного напрямку відносяться гуртки та секції за видами спорту – олімпійськими, неолімпійськими та адаптивними (для дітей та молоді з особливими потребами). Оздоровчий напрямок позашкільної освіти охоплює гуртки та творчі об'єднання, спрямовані на формування здоров'язбережувальної поведінки [218].

У якості основного результату здійсненого аналізу призначення системи позашкільної освіти, особливостей її функціонування, особливостей формування високої мотивації до здоров'язбережувальної поведінки у закладах позашкільної освіти, а також принципів формування ціннісного ставлення до здоров'я в умовах освітньої установи, методів, за допомогою яких може бути досягнуто мету формування ціннісного ставлення до здоров'я

таких дітей було визначено специфічні соціально-педагогічні умови, що мають бути створенні у закладах позашкільної освіти з метою забезпечення найбільшого здоров'язбережувального ефекту (рис. 1.1):

1. Створення сприятливого психологічного клімату – забезпечення позитивної атмосфери, підтримки та розуміння з боку педагогів, що сприяє формуванню довіри і мотивації до здоров'язбережувальної поведінки.

2. Впровадження індивідуалізованого підходу – адаптація освітніх програм і здоров'язбережувальних технологій відповідно до вікових, індивідуальних та психологічних особливостей дітей.

3. Забезпечення активної участі вихованців у плануванні та реалізації здоров'язбережувальних заходів – надання можливості дітям брати участь у плануванні та проведенні заходів, спрямованих на збереження здоров'я, що підвищує їхню відповідальність та зацікавленість.

4. Залучення сім'ї та громади до здоров'язбережувальної діяльності – співпраця з батьками, громадськими організаціями та іншими соціальними інститутами для створення єдиного освітнього простору, який сприяє підтримці здорового способу життя.

5. Розвиток компетентностей педагогів у сфері здоров'язбережувальної освіти – підвищення кваліфікації педагогів, надання їм знань і навичок щодо ефективних методів формування ціннісного ставлення до здоров'я у дітей.

6. Інтеграція здоров'язбережувальних технологій у освітній процес – використання інтерактивних методів, технологій та інноваційних підходів, які стимулюють дітей до активного навчання та застосування знань про здоровий спосіб життя на практиці.

7. Регулярний моніторинг та оцінка стану здоров'я дітей – систематичне відстеження змін у здоров'ї дітей, що дозволяє коригувати освітній процес та здоров'язбережувальні заходи відповідно до актуальних потреб [102; 108; 109; 168; 207; 210; 218; 220].



Рис. 1.1. Соціально-педагогічні умови формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти

Джерело: розроблено автором на основі аналізу джерельної бази [102; 108; 109; 167; 207; 210; 218; 220]

Зокрема, можна стверджувати, що створення таких умов сприяє формуванню стійких мотиваційних установок на здоровий спосіб життя, підвищенню рівня обізнаності дітей щодо основ здоров'я, а також розвитку навичок, необхідних для підтримання фізичного і психічного здоров'я. Впровадження інноваційних підходів, адаптованих до вікових та індивідуальних особливостей учнів, дозволяє ефективно інтегрувати здоров'язбережувальні технології і освітньо-виховний процес закладу позашкільної освіти.

Здоров'язберігаючі технології включають комплексний підхід до організації освітнього процесу. Обов'язковою умовою їх функціонування є врахування вікових, індивідуальних особливостей учнів, створення сприятливого психологічного клімату, застосування емоційних розвантажень, чергування різних видів діяльності.

У позашкільній освіті використовуються ті ж основні моделі здоров'язберігаючих технологій, що і в загальній освіті. Проте, мають деякі специфічні особливості щодо застосування. Це пов'язано з особливим акцентом на активну участь дітей та врахування специфіки роботи гуртків та секцій.

Так, технології навчання здоров'ю: передбачають формування в учнів знань та навичок здорового способу життя. У позашкільлі це часто реалізується через інтерактивні методи, квести, заняття на природі, тематичні заходи. Технології виховання культури здоров'я: спрямовані на формування ціннісного ставлення до здоров'я через активні методи навчання та особистий приклад педагогів. Психолого-педагогічні технології: важливі для створення сприятливого психологічного клімату, попередження перевтоми, використання методів релаксації, таких як казкотерапія чи сміхотерапія (гелотологія), арт-техніки. Екологічні технології: застосовуються в еколого-натуралістичних центрах та гуртках. Вони включають забезпечення екологічної безпеки освітнього середовища та навчання дітей дбайливому ставленню до природи.

Технології забезпечення безпеки життєдіяльності: формування навичок безпечної поведінки під час походів, роботи з інструментами, в різних екстремальних ситуаціях [32].

Наскрізні змістовні лінії здоров'язберігаючих технологій стають центральним компонентом позашкільної освіти. Вони інтегрують у позашкільлі знання, уміння та цінності формування ціннісного ставлення до здоров'я, фізичного та психоемоційного комфорту і безпеки. Наскрізними лініями здоров'язберігаючих технологій визначено наступні: здоров'я і безпека формує уявлення про небезпечне середовище, орієнтує вихованців на здоровий спосіб життя і вміння відповідально діяти у небезпечно-екстремальних ситуаціях; екологічна безпека та сталий розвиток-навчає дбати про довкілля, свідомо сприймати його вплив на власне здоров'я і безпечне майбутнє усієї планети; відповідальне ставлення до власного та

суспільного здоров'я, що реалізується через конкретний внесок у життя громади, є дієвим чинником виховання громадянської відповідальності. Розвитку навичок, що впливають на прийняття рішень щодо зміцнення здоров'я та створення безпечного довкілля, сприяє підприємливість як наскрізна лінія здоров'язбережувальних технологій.

У позашкільній роботі їх застосування передбачає формування у вихованців ряду наскрізних умінь, серед яких – уміння розв'язувати проблеми, здатність до критичного мислення, креативність, співпраця, ефективне спілкування, організація своєї діяльності, рефлексія. У цьому сенсі наскрізні змістовні лінії здоров'язберігаючих технологій є важливим інструментом формування навичок ціннісного ставлення до здоров'я.

Упровадження наскрізних змістовних ліній у формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти передбачає цілісну системну роботу в кількох основних напрямках. По-перше, це створення відповідної матеріальної складової здоров'язбережувального середовища освітнього закладу, яке б сприяло підтримці фізичного, психологічного та емоційного здоров'я, організацію значної кількості місць для релаксації та активного відпочинку. По-друге, наскрізні лінії здоров'язбереження повинні бути не тільки інтегровані у навчальні плани і плани гурткової роботи, але й реально складати чітко регламентовану кількість часу для організації і проведення вільного часу гуртківців. Наприклад, упровадження фізичної активності, вправ на розвиток фізичної витривалості, упровадження елементів арт-терапії, рухливих ігор, підтримку емоційного здоров'я вихованців.

У цілому, формування культури здоров'я і навичок здорового способу життя є важливим завданням позашкільної освіти. Тому, проведення тематичних здоров'я, конкурсів, вікторин, заохочення до участі в соціальних проєктах, орієнтованих на здоровий спосіб життя є наступним напрямом впровадження наскрізних змістовних ліній здоров'язбережувальної технології. Означені наскрізні лінії реалізуються в закладах позашкільної

освіти з урахуванням умови щодо систематичної підтримки фізичної, психічної та соціальної безпеки вихованців. Розробка ефективних моделей упровадження здоров'язберігаючих технологій щодо формування ціннісного ставлення до здоров'я є надзвичайно актуальним напрямком наукових досліджень [43].

Модель формування ціннісного ставлення до здоров'я та наскрізні лінії здоров'язберігаючих технологій тісно взаємопов'язані. Обидва поняття є ключовими елементами системного підходу до здоров'язбереження в освіті. Модель формування ціннісного ставлення до здоров'я визначає кінцеву мету та стратегію освітньо-виховного процесу. А саме, виховання особистості, яка усвідомлює здоров'я як найвищу життєву і суспільну цінність і вмотивована на здоровий спосіб життя. Наскрізні лінії здоров'язберігаючих технологій, в такому випадку, є інструментами, методами і принципами освітньо-виховної діяльності, щоб досягти цієї мети. Наскрізні лінії забезпечують практичну реалізацію моделі, реалізують її цілі, забезпечують системність, взаємно посилюють одна одну. Так, вирішуючи завдання моделі формувати мотивацію вихованці до здорового способу життя і ціннісного ставлення до здоров'я, наскрізні лінії створюють умови для формування цієї мотивації та відповідних навичок.

У реалізації моделі передбачено, що ставлення до здоров'я формується не ізолювано на окремих заняттях гуртків, а є результатом безперервного впливу на вихованців. Наскрізні лінії гарантують цей безперервний процес на засадах інтегрованого підходу, пронизуючи всі види діяльності закладу позашкільної освіти. Наскрізні лінії роблять процес формування ціннісного ставлення до здоров'я більш природним і ефективним. В той же час, наявність чітко структурованої моделі ціннісного ставлення до здоров'я в роботі з вихованцями допомагає педагогам більш усвідомлено використовувати всі можливості здоров'язбережувальних технологій. Необхідність розроблення теоретичної моделі застосування здоров'язбережувальних технологій зумовлена запитом закладів позашкільної освіти на дієві практичні механізми

впровадження інновацій, спрямованих на формування ціннісного ставлення до здоров'я та відповідної компетентності вихованців.

Зважаючи на це, можна дійти до висновку, що позашкільна освіта виконує не лише освітню функцію, але й значною мірою сприяє вихованню здорової та гармонійно розвиненої особистості, гармонійному розвитку особистості та створює умови для збереження та покращення здоров'я учнів. Важливо відзначити, що лише особиста виразна індивідуальність, щирість і відвертість, позитивне налаштування та почуття гумору педагога, глибоке знання фізичних і психологічних особливостей кожної дитини та щира зацікавленість у її досягненнях здатні залучити вихованця до тривалих занять у позашкільному форматі, що виступає важливим системотвірним чинником формування ціннісного ставлення до здоров'я [210].

Отже, позашкільна освіта виступає важливим інструментом у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я, забезпечуючи системний підхід до виховання, що включає як теоретичні, так і практичні аспекти, що сприяє. Здійснений аналіз дозволяє розглядати заклади позашкільної освіти як перспективні та ефективні майданчики для цілеспрямованого плекання ціннісного ставлення до здоров'я у підростаючого покоління. Основою цього переконання є результати наукових досліджень (Т. Кречетіна, О. Литовченко, Г. Німич, Н. Перепелиця, Я. Сивохоп, Н. Сидоренко, Н. Хольченкова, О. Язловецька, Л. Яременко [102; 108; 109; 168; 207; 210; 218; 220]), які свідчать на користь того, що систематичне залучення учнів до позашкільних програм, орієнтованих на формування здорового способу життя, значно знижує ризики розвитку шкідливих звичок та сприяє підвищенню загального рівня здоров'я. Реалізовані станом на теперішній час психолого-педагогічні дослідження вказують на те, що діти, які активно беруть участь у позашкільних заходах, мають вищий рівень усвідомлення важливості здоров'я, кращі навички самоконтролю та більшу стійкість до стресових ситуацій, що позитивно впливає на їхнє фізичне та психічне здоров'я та ставлення до нього.

Висновки до першого розділу

У першому розділі роботи висвітлено концептуальні основи формування ціннісного ставлення до здоров'я особистості у контексті психолого-педагогічної науки. На основі аналізу наукової літератури представлено ретроспективу розвитку наукових ідей по проблемі формування ціннісного ставлення особистості до здоров'я як процес, що відбувається в умовах складної взаємодії культурних, історичних, економічних та соціальних чинників. Динаміка формування наукових поглядів на проблему здоров'я від античності до наших часів свідчить про те, що в різні епохи та в межах різних культур уявлення про здоров'я суттєво трансформувалися відповідно до умов суспільного розвитку та соціальних потреб, що, в свою чергу, відображалось на поведінці індивідів і їхньому підході до збереження та покращення власного здоров'я. У результаті проведеного аналізу досліджено фундаментальний вплив діяльності ВООЗ і ключових міжнародних документів, зокрема-Алма-Атинської декларації, Оттавської та Бангкокської хартій, а також Глобальної стратегії «Здоров'я для всіх». Установлено, що ці документи заклали підґрунтя для переходу від вузькомедичної до соціокультурної моделі розуміння здоров'я як універсальної цінності і базового ресурсу людського розвитку, трактуючи його як невід'ємне право кожної людини, зумовили інтеграцію медичного, педагогічного та психологічного знання, актуалізували проблему формування ціннісного ставлення до здоров'я як ключового чинника самореалізації особистості в сучасному динамічному світі.

Проаналізовано генезис поняття «ціннісне ставлення до здоров'я» крізь призму соціокультурного, феноменологічного, екзистенційного, аксіологічного, когнітивно-поведінкового та психоаналітичного підходів. Розглянуто поняття «ціннісне ставлення до здоров'я» в контексті фундаментальних психолого-педагогічних категорій: ставлення, цінності, ціннісне ставлення, здоров'я, ціннісне ставлення до здоров'я. Обґрунтовано власне розуміння феномену ціннісного ставлення як це суб'єктивного

відношення людини до об'єктів, явищ, або інших людей, що базується на її цінностях і переконаннях.

У розділі узагальнено теоретичні засади формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти. Обґрунтовано специфічні можливості позашкілля як потужного інструменту ціннісно-орієнтованого виховання, що базується на системному підході та поєднує когнітивні, мотиваційні та практичні аспекти розвитку особистості. Охарактеризовано специфічні особливості застосування основних моделей здоров'язберігаючих технологій у позашкільній освіті визначено їх наскрізні змістовні лінії. Встановлено взаємозв'язок цих ліній з моделлю формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців, що забезпечує природність і ефективність освітнього процесу. Доведено, що чітка структурованість такої моделі дає змогу педагогам усвідомлено і комплексно реалізувати потенціал здоров'язбереження у соціально-педагогічній роботі з вихованцями у закладу позашкільної освіти.

Матеріали розділу висвітлено у наукових публікаціях автора [139], [141], [147], [148].

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СФОРМОВАНOSTІ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ВИХОВАНЦІВ ЗАКЛАДУ ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

2.1. Обґрунтування критеріально-діагностичного апарату експериментального дослідження рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти

У першому розділі нами було проаналізовано погляди сучасних дослідників на структуру ставлення до здоров'я, зокрема, ціннісного ставлення до здоров'я., щоб обґрунтувати вибір методичного інструментарію, необхідно актуалізувати ці відомості. Зокрема, було встановлено, що до основних характерних рис ціннісного ставлення належать потреби, мотиви, емоційні відносини (такі як любов, ненависть, атракція, антипатія), інтереси, оцінки та переконання. Також важливими детермінантами є суспільно-корисна діяльність та емоційно-позитивне ставлення. Ціннісне ставлення включає в себе систему ціннісних орієнтацій особистості, а також систему зв'язків особистості. Це ставлення передбачає усвідомлення важливості певних явищ або об'єктів навколишньої дійсності та регуляцію соціальної взаємодії [199, с. 54].

За даними М. Гасюк та І. Щурик ціннісний компонент здоров'я є однією з важливих якостей, що пов'язані з адаптацією, особистісною ідентифікацією та самоактуалізацією. Ставлення до здоров'я має складну структуру, яка включає кілька компонентів. Першим є когнітивний компонент, що охоплює ідеї, думки та переконання. Другим компонентом є емоційний, який відображає почуття та цінності. Третім є поведінковий компонент, що характеризується діями та діяльністю індивіда. Останнім, але не менш важливим, є адаптивно-ресурсний компонент, який визначається функціональним станом та функціональним резервом організму [53; 54].

Подібні компоненти (критерії) обґрунтувала Л. Бутузова, виокремивши рівні адекватності або неадекватності ставлення особистості до свого здоров'я:

1) когнітивний визначає ступінь обізнаності або компетентності людини в галузі охорони здоров'я, знанням основних чинників ризику та чинників, що сприяють збереженню здоров'я, а також розумінням ролі здоров'я в забезпеченні ефективності життєдіяльності та довголіття;

2) емоційний рівень охоплює оптимальний рівень тривожності стосовно здоров'я, вміння насолоджуватися своїм станом здоров'я та радіти йому;

3) мотиваційно-поведінковий рівень характеризується значною цінністю здоров'я в індивідуальній ієрархії ціннісних орієнтацій, ступенем сформованості установки на піклування про своє здоров'я, а також узгодженістю дій і вчинків людини з вимогами здорового способу життя, нормативними вимогами гігієни, медицини та санітарії. Крім того, важливою є адекватність самооцінки людини щодо актуального соціального, психічного та фізичного стану свого здоров'я [39].

У контексті нашого дослідження особливої уваги набувають наукові пошуки К. Федченко, яка запропонувала чотири критерії ціннісного ставлення до здоров'я. Дослідниця виокремила когнітивний, мотиваційний, емоційний та поведінковий критерії. Когнітивний критерій включає такі показники, як знання про здоров'я та його складові, а також усвідомлення важливості здоров'я для особистості. Мотиваційний - характеризується показниками, які відображають мотивацію до здорового способу життя та інтерес до теми здоров'я. Емоційний критерій охоплює показники, що свідчать про вміння керувати власними емоціями та відчуття задоволення від дотримання принципів здорового способу життя. Поведінковий, в свою чергу, включає показники готовності до самовдосконалення та дотримання здорового способу життя, що вказують на активну позицію особистості щодо власного здоров'я [199, с. 163].

Ми цілком поділяємо погляди дослідниці на структуру ціннісного

ставлення до здоров'я, тому орієнтуємося на необхідність діагностики у рамках даного експериментального дослідження чотирьох критеріїв ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти: когнітивного, мотиваційного, емоційного та поведінкового.

Отже, у розробці методики констатувального етапу експерименту ми спиралися на наступне визначення категорії ціннісного ставлення та поняття ціннісного ставлення до здоров'я: ціннісне ставлення – вибірковий, усвідомлений, емоційно-позитивний зв'язок людини з важливими для неї об'єктами або явищами навколишньої дійсності (К. Федченко) [195; 199]; ціннісне ставлення до здоров'я – складне особистісне утворення, що характеризується сформованістю знань і уявлень про здоров'я як цінність, позитивним налаштуванням щодо ведення здорового способу життя, усвідомленим підходом до здоров'я, а також сформованими вміннями та навичками для зміцнення і збереження здоров'я, що сприяє позитивній зміні поведінки на тривалий період (О. Соколенко) [174].

Під час визначення критеріїв сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти враховано специфіку роботи з дітьми 12-14 років. Зокрема, акцентовано уваги на вікових особливостях підлітків, пріоритетності здоров'язбережувального складника у змісті позашкільної освіти та показниках готовності вихованців до здоров'язбережувальної діяльності.

Для нашого дослідження в контексті формування ціннісного ставлення до здоров'я пріоритетними є такі вікові особливості підлітків 12–14 років: стрімка психофізіологічна перебудова (інтенсивний ріст та гормональні зміни, що зумовлюють підвищену втомлюваність, емоційну нестабільність та чутливість до зовнішніх впливів); потреба у самоствердженні та визнанні серед однолітків (коли здоров'я починає сприйматися як інструмент досягнення привабливості та авторитету); зміна у сприйнятті дорослого, за якої вплив педагога позашкілля стає значущим лише за умови партнерського стилю спілкування, в якому дорослий використовує для передання інформації

неформальні методи взаємодії, наприклад: тренінги, проекти тощо.

Готовність до здоров'язбережувальної діяльності у цій віковій категорії визначається як цілісне багатокомпонентне утворення, складовими якого є когнітивний, мотиваційно-ціннісний та діяльнісний компоненти. Показниками їх сформованості не лише знання про здоров'язбережувальну поведінку, а й розуміння глибоких зв'язків між способом життя і благополуччям майбутньої життєвої траєкторії; перехід від зовнішнього контролю до внутрішньої потреби берегти здоров'я; володіння конкретними навичками стресостійкості, цифрової гігієни, безпечної поведінки, свідомого вибору харчування в умовах закладу позашкільної освіти.

Обґрунтування критеріально-діагностичного апарату є важливим етапом експериментального дослідження. Розробка критеріїв і показників сформованості ціннісного ставлення до здоров'я необхідна для аналізу та оцінки реального стану діяльності закладів позашкільної освіти у цьому напрямку; подальшої розробки теоретичних і методичних засад виховання ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей; для визначення та обґрунтування ефективних методів, технологій, форм і засобів, реалізація яких сприятиме підвищенню результативності процесу формування відповідального ставлення дітей до власного здоров'я. Без чітко визначеного інструментарію неможливо об'єктивно оцінити ефективність реалізації завдань з формування ціннісного ставлення до здоров'я та здійснити верифікацію кінцевих результатів діяльності педагогів у закладах позашкільної освіти. Відтак, розроблення критеріально-діагностичного апарату має як теоретичне, так і практичне значення.

Проаналізувавши наукову літературу, зокрема, феноменологію явища ціннісного ставлення до здоров'я, а також погляди науковців на його структуру, ми зупинились на чотирьохкомпонентній структурі, яка включає когнітивну, мотиваційну, емоційну та поведінкову складові [19; 53; 54; 199]. Відповідно при оцінці рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я

у вихованців закладів позашкільної освіти буде використано когнітивний, мотиваційний, емоційний та поведінковий критерії. Зупинимося більш детально на їхній характеристиці.

Когнітивний критерій сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти. Когнітивний критерій відображає рівень їхньої обізнаності та розуміння основних концептів, пов'язаних зі здоров'ям. Відповідно до загальнотеоретичних засад, когнітивний компонент ціннісного ставлення охоплює знання та уявлення про здоров'я, а також усвідомлення його значущості як основи життєдіяльності.

Ключовими складовими цього критерію є поінформованість дітей про аспекти здорового способу життя, розуміння впливу різних факторів на фізичне та психічне благополуччя, а також здатність відрізняти позитивні і негативні звички. Знання про здоров'я в рамках когнітивного критерію включають розуміння фізичних, психологічних та соціальних аспектів, які забезпечують гармонійний розвиток особистості та сприяють формуванню відповідального ставлення до власного здоров'я [19; 51; 69; 197].

Для успішного формування когнітивного критерію важливим є забезпечення вихованців інформацією, яка не лише описує основи здоров'я, а й акцентує увагу на практичних кроках, що сприяють його збереженню та розвитку. Вихованці позашкільних закладів мають можливість набувати цих знань через освітньо-виховну діяльність, в основі якої лежать інтерактивні підходи, орієнтовані на залучення дітей до активного осмислення і застосування знань у повсякденному житті. Таким чином, когнітивний критерій формує основу для усвідомленого підходу та ціннісного ставлення до здоров'я, сприяючи інтеграції знань у систему особистісних цінностей і забезпечуючи відповідне ставлення до здоров'я як до важливого ресурсу, що впливає на якість і тривалість життя [19; 65; 197; 200].

Показниками сформованості когнітивного критерію є:

- 1) знання основних понять, пов'язаних зі здоров'ям, його компонентами та чинниками, що впливають на здоров'я;

- 2) усвідомлення ролі здоров'я у забезпеченні якості життя, життєдіяльності та довголіття;
- 3) обізнаність про позитивні та негативні чинники, що впливають на здоров'я, включаючи знання про шкідливі звички та їхні наслідки;
- 4) знання основних принципів здорового способу життя та методів покращення стану здоров'я;
- 5) розуміння важливості профілактики захворювань та необхідності регулярного дотримання гігієнічних і санітарних норм.

Мотиваційний критерій сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти. Цей критерій відображає рівень зацікавленості, прагнення та готовності дитини підтримувати здоровий спосіб життя. Він охоплює систему мотивів, які спонукають вихованців до поведінки, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я, а також їхні ціннісні орієнтації на здоров'я як одну з провідних життєвих цінностей. На загальнотеоретичному рівні мотиваційний критерій базується на розумінні цінності здоров'я, усвідомленні необхідності дотримання здоров'язберігаючих практик, інтересу до теми здоров'я та бажанні інтегрувати знання про здоровий спосіб життя у власну поведінку. Цей критерій включає внутрішню готовність вихованців не лише усвідомлювати значущість здоров'я, а й активно працювати над підтримкою свого фізичного та психічного благополуччя, обирати здорові альтернативи у повсякденному житті, а також проявляти інтерес до відповідної інформації та знань [19; 62; 65; 68; 197; 199].

Важливими аспектами мотиваційного критерію є інтерес до занять, які сприяють розвитку здорових звичок, та позитивне ставлення до самодисципліни і самоорганізації, які є необхідними для підтримки здоров'я. Формування мотиваційного критерію в позашкільних закладах освіти передбачає використання педагогічних методів, що стимулюють інтерес до здорового способу життя, а також створення умов, де вихованці можуть усвідомлено обирати діяльність, спрямовану на зміцнення здоров'я. Завдяки

розвитку мотиваційного компонента, у дітей формується стійке позитивне ставлення до здорового способу життя як до особистісної цінності, яка обумовлює ефективність життєдіяльності, адаптивність до соціуму та загальне благополуччя [68; 199].

Таким чином, показниками сформованості мотиваційного критерію включають:

- 1) мотивація до дотримання здорового способу життя;
- 2) інтерес до питань, пов'язаних зі здоров'ям та його збереженням;
- 3) прагнення до саморозвитку і покращення фізичного стану;
- 4) готовність слідувати рекомендаціям, спрямованим на збереження здоров'я;
- 5) наявність стійкої установки на збереження і покращення власного здоров'я.

Емоційний критерій сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти. Емоційний критерій сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців позашкільних закладів освіти відображає стійке позитивне емоційне ставлення до здорового способу життя, яке проявляється у здатності дитини отримувати задоволення від здоров'язберігаючої поведінки та у її емоційній залученості до збереження власного здоров'я. Цей критерій охоплює спектр почуттів, які супроводжують діяльність, пов'язану зі здоровим способом життя, а також сформовану емоційну оцінку власного здоров'я, що є одним із показників рівня ціннісного ставлення до нього.

В основі емоційного критерію лежать не лише загальні уявлення дитини про значущість здоров'я, а й особистісне емоційне сприйняття свого фізичного та психічного стану, що формується під впливом досвіду участі в оздоровчих заходах, спортивних заняттях і практиках, пов'язаних з підтримкою здоров'я [19; 177; 184; 197].

Сформованість цього критерію свідчить про те, що дитина не тільки розуміє значення здоров'я, але й відчуває емоційне задоволення від

дотримання його принципів, що підсилює мотивацію до підтримки здоров'я у майбутньому. Емоційна залученість вихованців є важливою передумовою їхнього подальшого усвідомленого вибору на користь здоров'язберігаючої поведінки, адже позитивні емоції сприяють закріпленню корисних звичок, підвищують інтерес до знань про здоров'я та стимулюють до самовдосконалення у цьому напрямі [19; 51].

Для розвитку емоційного критерію у позашкільній освіті важливо створити умови, де діти мають можливість відчувати приємні емоції від спортивних і оздоровчих заходів, взаємодіяти з однолітками в умовах, що сприяють підтримці здоров'я, та відчувати підтримку педагогів, що підсилює їхнє позитивне емоційне ставлення до здорового способу життя як до ціннісного компонента особистісного розвитку [51; 102; 108; 135; 168; 197].

Показниками сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців позашкільних закладів освіти є:

- 1) здатність відчувати позитивні емоції від дотримання принципів здорового способу життя;
- 2) емоційне задоволення від фізичної активності та занять, спрямованих на зміцнення здоров'я;
- 3) почуття відповідальності за власне здоров'я;
- 4) позитивне ставлення до процедур та заходів, що сприяють збереженню здоров'я;
- 5) вміння управляти емоціями у ситуаціях, пов'язаних із вибором здоров'язберігаючої поведінки.

Поведінковий критерій сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти. Поведінковий критерій є ключовим показником практичного втілення знань, мотивації та емоційного ставлення до здорового способу життя у конкретних діях та поведінці дітей. Цей критерій характеризується послідовністю та регулярністю у виборі здоров'язберігаючої поведінки, свідомим дотриманням режиму дня, гігієнічних норм, правильної організації відпочинку та фізичної

активності.

Поведінковий критерій також відображає здатність вихованців діяти відповідно до знань про здоров'я у різних ситуаціях: обирати корисні продукти, зменшувати час за електронними пристроями, проявляти самостійність у виконанні фізичних вправ, активно уникати шкідливих звичок і дотримуватись вимог безпечного поведіння [19; 197; 199].

Сформованість цього критерію свідчить про наявність у дитини стійких практичних навичок підтримання здоров'я та здатність до саморегуляції, що є результатом взаємодії всіх інших компонентів ставлення до здоров'я. Для педагогів позашкільних закладів важливо розвивати в учнів здатність до самоорганізації, відповідального ставлення до здоров'я через створення освітніх та виховних умов, де кожен учень матиме можливість реалізувати свою поведінкову активність у спортивних секціях, клубах здорового способу життя, оздоровчих і природоохоронних заходах. Також важливим є залучення дітей до колективних практик, що підтримують здоров'я, і формування самостійності у виборі на користь здоров'язберігаючої поведінки [19; 197; 199].

Показники сформованості поведінкового критерію включають:

- 1) дотримання норм особистої гігієни;
- 2) регулярність виконання фізичних вправ і участі у спортивних заходах;
- 3) здорове харчування;
- 4) усвідомлене уникнення шкідливих звичок;
- 5) відповідальність за режим навантажень та відпочинку;
- 6) участь у заходах, що популяризують здоровий спосіб життя;
- 7) виконання рекомендацій педагогів і батьків щодо здоров'язберігаючої поведінки;
- 8) підтримання чистоти та порядку в особистих речах і робочому просторі.

Наразі зупинимося більш детально на рівнях сформованості кожного із охарактеризованих критеріїв. Рівні та показники сформованості когнітивного

критерію ціннісного ставлення до здоров'я вихованців позашкільних закладів освіти згруповано у табл. 2.1.

Рівень сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти визначається за загальною сумою балів, отриманих за результатами методик «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча та «Профіль здорового способу життя» С. Уолкер (15–60 балів). При цьому за методикою М. Рокіча цінність здоров'я оцінюється респондентами від 1 до 5 балів. Також необхідно звернути увагу, що для оцінки когнітивного критерію використовувались не всі питання методики «Профіль здорового способу життя» (HPLP-II) С. Уолкер, а тільки ті, що відображають рівень знань про власний стан здоров'я, а також шляхи його збереження: № 1, 9, 12, 15, 17, 18, 21, 23, 30, 36, 39, 42, 44, 45, 51 (додаток Б).

Таблиця 2.1

Рівні та показники сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти

Рівні	Діагностичні бали	Показники когнітивного критерію
Низький	16–32	- поверхневе уявлення про основи здоров'я; - невизнання важливості здорових звичок; - відсутність знань про основні фактори ризику; - мінімальний інтерес до теми здоров'я; - низька мотивація до здорового способу життя.
Середній	33–49	- базове розуміння значення здоров'я; - усвідомлення важливості здорового способу життя для якості життя; - часткове знання про фактори, що впливають на здоров'я; - помірний інтерес до здоров'я; - обмежена послідовність у застосуванні знань про здоров'я.

Продовження табл.2.1

Високий	50–65	- глибокі та структуровані знання про здоров'я; - розуміння здорового способу життя як особистої цінності; - чітке знання про ризики та заходи для збереження здоров'я; - стійкий інтерес до теми здоров'я; - високий рівень мотивації та послідовне дотримання принципів здорового способу життя.
---------	-------	--

Джерело: розроблено автором

Тобто використовувалась тільки частина цієї методики для оцінки когнітивного критерію – результат у такому варіанті використання методики коливається від 15 до 60 балів. Отримані бали за двома методиками додаються – відповідно загальний результат оцінки когнітивного критерію сформованості ціннісного ставлення до здоров'я серед вихованців позашкільних закладів у рамках нашого дослідження знаходиться між 16 до 65 балів.

На основі отриманих результатів виокремлюються низький, середній та високий рівні сформованості цього критерію.

Низький рівень (16–32 бали) характеризується недостатнім обсягом знань про значення здоров'я та його складові, фрагментарними уявленнями про фактори, що впливають на збереження здоров'я, та відсутністю стійкого розуміння важливості здорового способу життя. У вихованців на цьому рівні спостерігається обмежене усвідомлення основних принципів здорового способу життя, відсутність цілісної картини про вплив здоров'я на якість життя та довголіття, а також мінімальна ціннісна орієнтація на збереження здоров'я.

Показники низького рівня сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я у цієї категорії осіб відображають обмежені знання та нерозвинену орієнтацію на здоровий спосіб життя. Вихованці на

цьому рівні мають лише поверхнєве уявлення про основи здоров'я, часто не усвідомлюють важливості збереження здоров'я та значення здорових звичок. У них відсутні знання про основні фактори ризику, і вони демонструють мінімальний інтерес до питань здоров'я. Також характерною є недостатня мотивація та відсутність внутрішньої потреби дотримуватися здорового способу життя.

Середній рівень (33–49 балів) свідчить про помірний рівень обізнаності вихованців з питань здоров'я, часткове розуміння його важливості для особистої ефективності та якості життя. На цьому рівні вихованці мають базові знання про чинники ризику та чинники, що сприяють збереженню здоров'я, проте ці знання ще не є глибоко усвідомленими або повністю інтегрованими в особисті цінності. Їхня ціннісна орієнтація на здоровий спосіб життя присутня, але залишається непослідовною, що обмежує їхнє розуміння значення здоров'я як ключового ресурсу для успішної життєдіяльності.

Показники середнього рівня сформованості когнітивного критерію включають базове розуміння значення здоров'я та певне усвідомлення важливості здорового способу життя для особистої ефективності та якості життя. Вихованці на цьому рівні мають знання про основні фактори, що сприяють або загрожують здоров'ю, але ці знання залишаються частково фрагментарними та не завжди повністю інтегрованими у систему особистих цінностей. Вони демонструють помірний інтерес до теми здоров'я та розуміють потребу в дотриманні здорових звичок, але не завжди проявляють послідовність у реалізації цих знань у повсякденній поведінці.

Високий рівень (50–65 балів) відображає високий рівень сформованості когнітивного компонента ціннісного ставлення до здоров'я, що характеризується системними знаннями про здоров'я, його складові та роль у житті людини. Вихованці на цьому рівні демонструють чітке усвідомлення значення здоров'я як цінності, здатність розпізнавати чинники ризику та підтримувати поведінку, що сприяє збереженню здоров'я. Їхня ціннісна орієнтація на здоров'я є стійкою та інтегрованою, а знання про здоровий

спосіб життя глибоко усвідомлені, що забезпечує високий рівень внутрішньої мотивації до дотримання принципів здорового способу життя.

Показники високого рівня сформованості когнітивного критерію включають чіткі та структуровані знання про здоров'я, його компоненти та вплив на життєдіяльність і благополуччя. Вихованці на цьому рівні глибоко усвідомлюють значення здорового способу життя та розглядають його як важливу особисту цінність. Їхні знання охоплюють розуміння конкретних ризиків і заходів, спрямованих на збереження здоров'я, а також здатність оцінювати вплив різних поведінкових аспектів на власне здоров'я. Вони проявляють стійкий інтерес до питань здоров'я, високий рівень внутрішньої мотивації та послідовно дотримуються принципів здорового способу життя у повсякденній поведінці, демонструючи відповідальне ставлення до свого здоров'я як ключової цінності.

Для визначення рівня сформованості мотиваційного критерію використовувалась методика «Профіль здорового способу життя» (HPLP-II) С. Уолкер. На цей раз на відміну від діагностики когнітивного критерію ця методика використовувалась у повному обсязі, оскільки мотиваційний критерій відображає складну взаємодію когніцій та конкретних видів діяльності, спрямованих на збереження здоров'я. Відповідно діапазон балів вираженості цього критерію міг коливатися від 52 до 208 балів.

Мотиваційний критерій ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти оцінюється за трьома рівнями – низьким, середнім та високим, які відображають різний ступінь сформованості позитивної мотивації до здорового способу життя.

Низький рівень сформованості мотиваційного критерію (52–104 бали) характеризується відсутністю чіткої мотивації до збереження та зміцнення здоров'я. Вихованці з цим рівнем виявляють обмежений інтерес до теми здоров'я, часто не прагнуть активно брати участь у діяльності, спрямованій на зміцнення власного здоров'я, та не усвідомлюють важливості здорового способу життя. Вони можуть не сприймати здоров'я як цінність і проявляти

пасивність у питанні його збереження, що може свідчити про недостатню внутрішню мотивацію або нерозуміння зв'язку між здоровим способом життя та якістю життя в майбутньому.

До показників низького рівня сформованості мотиваційного критерію можна віднести: 1) відсутність або мінімальну зацікавленість темою здоров'я; 2) невиражену мотивацію до здорового способу життя; 3) слабку особисту значущість збереження здоров'я; 4) байдужість до власного фізичного стану і впливу шкідливих звичок (табл. 2.2).

Середній рівень мотиваційного критерію (105–156 балів) передбачає часткову усвідомленість щодо значущості здорового способу життя та певний рівень мотивації до здоров'язберігаючої поведінки. Вихованці з цим рівнем здатні усвідомлювати переваги, які забезпечує дотримання здорового способу життя, але їхня мотивація є нестійкою і часто залежить від зовнішніх факторів, наприклад, від думки оточуючих чи від конкретних обставин. Вони іноді проявляють інтерес до здорових звичок та активностей, але при цьому їхня участь може бути вибірковою та епізодичною, що вказує на середній ступінь сформованості мотиваційного компонента ціннісного ставлення до здоров'я.

Таблиця 2.2

Рівні та показники сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти

Рівні	Діагностичні бали	Показники мотиваційного критерію
Низький	52–104	- відсутність або мінімальна зацікавленість темою здоров'я; - невиражена мотивація до здорового способу життя; - слабка особиста значущість збереження здоров'я; - байдужість до власного фізичного стану і впливу шкідливих звичок.

Продовження табл. 2.2

Середній	105–156	- помірний інтерес до тематики здоров'я і його збереження; - наявність мотивації до здорового способу життя, але вона нестійка; - усвідомлення цінності здоров'я, але недостатнє для активної дії; інколи проявляє зацікавленість у підтримці здоров'я, але непослідовно.
Високий	157–208	- стійкий інтерес до теми здоров'я, бажання отримувати нову інформацію; - висока внутрішня мотивація підтримувати здоровий спосіб життя; - чітке усвідомлення значення здоров'я як життєвої цінності; - прагнення до самовдосконалення у сфері збереження здоров'я.

Джерело: розроблено автором

Показники середнього рівня сформованості мотиваційного критерію можуть включати: 1) помірний інтерес до тематики здоров'я і його збереження; 2) наявність мотивації до здорового способу життя, але вона нестійка; 3) усвідомлення цінності здоров'я, але недостатнє для активної дії; 4) інколи проявляє зацікавленість у підтримці здоров'я, але непослідовно.

Високий рівень сформованості мотиваційного критерію (157–208 балів) відображає стійку та усвідомлену мотивацію до збереження здоров'я та дотримання здорового способу життя. Вихованці з цим рівнем розглядають здоров'я як важливу особистісну цінність, активно беруть участь у заходах, що сприяють зміцненню здоров'я, та демонструють високу зацікавленість у темі здорового способу життя. Вони мають чітке внутрішнє бажання підтримувати і покращувати власний фізичний і психічний стан, що свідчить

про сформовану внутрішню мотивацію та прагнення досягти гармонійного розвитку та добробуту. Високий рівень мотивації забезпечує вихованцям послідовність та стабільність у здоров'язберігаючій поведінці, що робить їх зразками для наслідування у колективі та вказує на зрілість мотиваційного ставлення до власного здоров'я.

Показниками високого рівня сформованості мотиваційного критерію є: 1) стійкий інтерес до теми здоров'я, бажання отримувати нову інформацію; 2) висока внутрішня мотивація підтримувати здоровий спосіб життя; 3) чітке усвідомлення значення здоров'я як життєвої цінності; 4) прагнення до самовдосконалення у сфері збереження здоров'я.

Рівні та показники сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти наведено в табл. 2.3. Для оцінки сформованості емоційного критерію було використано *авторський малюнковий тест «Малюнок здоров'я»*. Низький рівень сформованості емоційного критерію відповідає діапазону 3–6 балів. Діти з таким рівнем демонструють слабе емоційне ставлення до питань здоров'я, не виявляють інтересу до теми здорового способу життя та не усвідомлюють особистісної цінності здоров'я. Вони не проявляють позитивних емоцій при обговоренні здоров'язбережувальної тематики та часто байдужі до здоров'я як до цінності.

Показниками низького рівню сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до власного здоров'я можуть бути: 1) відсутність або мінімальний прояв позитивних емоцій, пов'язаних із здоровим способом життя; 2) негативне або байдуже ставлення до питань здоров'я; 3) недостатнє усвідомлення цінності здоров'я, відсутність емоційної задоволеності від діяльності, спрямованої на його збереження; 4) схильність до уникання теми здоров'я, відсутність інтересу до заходів, що пропагують здоров'я.

Середній рівень, що охоплює діапазон 6–10 балів, характеризується частковим позитивним емоційним ставленням до здоров'я. Діти з цим рівнем інколи виявляють зацікавленість у питаннях здорового способу життя, проте

їхня емоційна залученість є непостійною і недостатньо глибокою. Вони мають певне розуміння цінності здоров'я, але не завжди виявляють відповідні емоції в ситуаціях, що стосуються здоров'язбереження.

Таблиця 2.3

Рівні та показники сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти

Рівні	Діагност. бали	Показники емоційного критерію
Низький	3–6	- відсутність або мінімальний прояв позитивних емоцій, пов'язаних із здоровим способом життя; - негативне або байдуже ставлення до питань здоров'я; - недостатнє усвідомлення цінності здоров'я, відсутність емоційної задоволеності від діяльності, спрямованої на його збереження; - схильність до уникання теми здоров'я, відсутність інтересу до заходів, що пропагують здоров'я.
Середній	7–11	- помірний інтерес до питань здоров'я, емоційне сприйняття його важливості, але без виражених позитивних емоцій; - вибірковий інтерес до активностей, що сприяють здоров'ю, інколи виникає емоційне задоволення від здоров'язберігаючої поведінки; - періодичне усвідомлення значення здоров'я в житті, але без глибокої емоційної включеності; - нерегулярне вираження позитивного ставлення до заходів та тем, пов'язаних із здоровим способом життя.

Продовження табл.2.3

Високий	12–15	- стабільне позитивне емоційне ставлення до здоров'я та здорового способу життя; - постійна радість і задоволення від участі в здоров'язберігаючих заходах та дотримання відповідної поведінки; - яскраво виражене емоційне задоволення від підтримання та розвитку здоров'я, прагнення активно підтримувати здоровий спосіб життя; - емоційна стійкість у ставленні до здоров'я, готовність до участі у заходах, спрямованих на його збереження та підтримку.
---------	-------	---

Джерело: розроблено автором

Конкретними показниками середнього рівня сформованості емоційного критерію є: 1) помірний інтерес до питань здоров'я, емоційне сприйняття його важливості, але без виражених позитивних емоцій; 2) вибірковий інтерес до активностей, що сприяють здоров'ю, інколи виникає емоційне задоволення від здоров'язберігаючої поведінки; 3) періодичне усвідомлення значення здоров'я в житті, але без глибокої емоційної включеності; 4) нерегулярне вираження позитивного ставлення до заходів та тем, пов'язаних із здоровим способом життя.

Високий рівень (11–15 балів) свідчить про сформоване емоційне ставлення до здоров'я як особистісної цінності. Вихованці з таким рівнем активно проявляють позитивні емоції стосовно здорового способу життя, охоче беруть участь у заходах, спрямованих на здоров'язбереження, висловлюють інтерес і позитивне сприйняття здоров'я як важливої життєвої цінності. Їхня емоційна залученість до теми здоров'я є глибокою і сталою, а позитивні емоції помітні у їхньому ставленні до заходів, спрямованих на збереження здоров'я. Тут також можна запропонувати низку показників, що свідчать про високий рівень сформованості емоційного критерію: 1) стабільне

позитивне емоційне ставлення до здоров'я та здорового способу життя; 2) постійна радість і задоволення від участі в здоров'язберігаючих заходах та дотримання відповідної поведінки; 3) яскраво виражене емоційне задоволення від підтримки оптимального рівня здоров'я та його розвитку, прагнення активно підтримувати здоровий спосіб життя; 4) емоційна стійкість у ставленні до здоров'я, готовність до участі у заходах, спрямованих на його збереження та підтримку. Поведінковий критерій сформованості ціннісного ставлення дітей до власного здоров'я у нашому дослідженні діагностувався за допомогою експертного спостереження батьків та педагогів шляхом використання відповідних протоколів експертного спостереження (окремий протокол для батьків та окремий протокол для педагогів). За кожним протоколом можна набрати від 0 до 10 балів. Відповідно загальний результат за цим критерієм може коливатися від 0 до 20 балів. Низький рівень сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти відповідає загальній кількості балів від 0 до 7 (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Рівні та показники сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти

Рівні	Діагностичні бали	Показники поведінкового критерію
Низький	0–7	- недостатнє дотримання правил особистої гігієни або повна їх відсутність; - байдуже ставлення до здорового харчування, вибір нездорових продуктів; - відсутність регулярної фізичної активності або мінімальна зацікавленість у ній; - неувага до постави та інших базових правил здоров'язбереження;

Продовження табл. 2.4

		-байдужість до ризиків, пов'язаних із шкідливими звичками, а також до рекомендацій дорослих щодо здоров'я.
Середній	8–14	- дотримання основних гігієнічних правил із нагадуванням або частковим контролем з боку дорослих; - вибір більш менш здорових харчових альтернатив у деяких ситуаціях; - нерегулярна участь у фізичній активності, яка потребує заохочення; - періодичне дотримання режиму сну та відпочинку, але без особистої ініціативи; - розуміння базових ризиків шкідливих звичок, але відсутність активного уникнення таких ситуацій
Високий	15–20	- самостійне і регулярне виконання гігієнічних процедур без зовнішнього контролю; - усвідомлений вибір корисних продуктів і здорового раціону; - активна участь у спортивних заходах або регулярне виконання фізичних вправ; - дотримання режиму дня, включаючи відповідальний підхід до відпочинку та сну; - активне уникання шкідливих звичок і негативних ситуацій, пов'язаних із ними, а також висока мотивація дотримуватись рекомендацій дорослих щодо здорового способу життя.

Джерело: розроблено автором

На цьому рівні діти демонструють недостатнє усвідомлення важливості здоров'язберігаючої поведінки та слабе виконання практичних дій щодо

підтримки власного здоров'я. Вони часто порушують режим гігієни, не зацікавлені в активному відпочинку, недостатньо самостійні у виборі здорових харчових альтернатив і можуть виявляти байдужість до рекомендацій батьків та педагогів щодо збереження здоров'я.

Показниками низького рівня сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я є: 1) недостатнє дотримання правил особистої гігієни або повна їх відсутність; 2) байдуже ставлення до здорового харчування, вибір нездорових продуктів; 3) відсутність регулярної фізичної активності або мінімальна зацікавленість у ній; 4) неувага до постави та інших базових правил здоров'язбереження; 5) байдужість до ризиків, пов'язаних із шкідливими звичками, а також до рекомендацій дорослих щодо здоров'я.

Середній рівень сформованості поведінкового критерію оцінюється в межах 8–14 балів. Вихованці на цьому рівні демонструють часткове дотримання здоров'язберігаючих норм та зацікавленість у здоровому способі життя, хоча ще потребують додаткової підтримки та нагадувань. Вони здебільшого виконують основні гігієнічні правила, інколи самостійно вибирають більш корисні продукти, а також беруть участь у спортивних заходах. Однак їхня поведінка є нерегулярною, іноді вони нехтують рекомендаціями щодо здоров'я і потребують заохочення з боку дорослих.

До показників середнього рівня сформованості поведінкового критерію можна віднести: 1) дотримання основних гігієнічних правил із нагадуванням або частковим контролем з боку дорослих; 2) вибір здоровіших харчових альтернатив у деяких ситуаціях; 3) нерегулярна участь у фізичній активності, яка потребує заохочення; 4) періодичне дотримання режиму сну та відпочинку, але без особистої ініціативи; 5) повне усвідомлення базових ризиків шкідливих звичок, але відсутність активного уникнення таких ситуацій.

Високий рівень сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я відповідає результату від 15 до 20 балів. Діти з високим рівнем самостійно і стабільно дотримуються правил здорової поведінки, що

охоплюють регулярне виконання гігієнічних процедур, збалансоване харчування, активний спосіб життя та уникання шкідливих звичок. Вони активно беруть участь у заходах на тему здоров'я, свідомо обирають здорові альтернативи в повсякденній діяльності і демонструють відповідальне ставлення до власного здоров'я.

Показники високого рівня сформованості поведінкового критерію включають: 1) самостійне і регулярне виконання гігієнічних процедур без зовнішнього контролю; 2) усвідомлений вибір корисних продуктів і здорового раціону; 3) активну участь у спортивних заходах або регулярне виконання фізичних вправ; 4) дотримання режиму дня, включаючи відповідальний підхід до відпочинку та сну; 5) активне уникнення шкідливих звичок і негативних ситуацій, пов'язаних із ними, а також висока мотивація дотримуватись рекомендацій дорослих щодо здорового способу життя.

Діагностична оцінка когнітивного, мотиваційного, емоційного та поведінкового критеріїв сформованості ціннісного ставлення до здоров'я шляхом додавання отриманих балів за кожним критерієм (загальна сума може коливатися в діапазоні від 68 до 308 балів) дозволяє визначити загальний рівень вираженості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти, який також має три градації: низький, середній та високий.

Низький рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців позашкільних закладів освіти (68–148 балів) характеризується недостатньою обізнаністю про основи здорового способу життя, низьким рівнем усвідомлення цінності здоров'я як особистісної цінності та слабким розумінням необхідності збереження здоров'я. Вони можуть демонструвати досить поверхневі або фрагментарні знання про принципи здорового способу життя, не проявляють інтересу до поглиблення своїх знань у цій сфері і часто не в змозі пояснити, чому певні поведінкові звички є важливими для підтримки здоров'я. Такі діти погано володіють базовою інформацією про ризики, пов'язані зі шкідливими звичками, недостатньо обізнані щодо

способів профілактики захворювань та засобів підтримки фізичного і психічного здоров'я. Спостерігається слабо виражене прагнення до підтримки здоров'я як особистісного пріоритету. Зазвичай вони не виявляють активного інтересу до заходів, спрямованих на здоров'язбереження, і не вважають фізичну активність, правильне харчування чи дотримання режиму дня важливими. У багатьох випадках вони не відчують особистої зацікавленості у зміні своїх звичок на користь більш здорового способу життя, а зовнішнє мотивування, наприклад, з боку педагогів чи батьків, сприймають як нав'язливе або непотрібне. Зазвичай у вихованців з низьким рівнем ціннісного ставлення до здоров'я відсутнє бажання розвивати здоров'язбережувальні навички і настанови, що вказує на незначну сформованість відповідної мотиваційної сфери.

Крім цього низький рівень ціннісного ставлення до здоров'я проявляється у байдужому ставленні до власного фізичного стану, емоційного самопочуття та загального добробуту. Вихованці можуть не відчувати задоволення від занять фізичною активністю, не отримувати позитивних емоцій від заходів, що сприяють здоров'ю, і не виявляти ентузіазму щодо участі у заходах з пропаганди здорового способу життя. Вони також не демонструють чіткої емоційної реакції на потенційні загрози їхньому здоров'ю, такі як шкідливі звички чи недотримання режиму дня, що свідчить про слабе емоційне залучення до питання збереження власного здоров'я. Низький рівень ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців виявляється через недостатнє дотримання здоров'язбережувальних норм і правил, таких як регулярне виконання фізичних вправ, збалансоване харчування, режим сну та відпочинку, дотримання особистої гігієни. Зазвичай вони або рідко практикують здорові звички, або ж не виконують їх зовсім, що знижує рівень їхньої особистої безпеки і здоров'я. Вихованці не виявляють відповідальності за своє здоров'я і не сприймають власну поведінку як фактор, що впливає на нього. Низький рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я виражається у відсутності прагнення самостійно змінювати шкідливі звички

або уникати ризикованих ситуацій, таких як надмірне користування гаджетами, незбалансоване харчування, ігнорування рекомендацій щодо гігієни та безпеки.

Середній рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у досліджуваної категорії дітей (149–228 балів) характеризується певною усвідомленістю важливості здорового способу життя та розумінням базових принципів, які сприяють його збереженню. У вихованців на цьому рівні виявляються початкові сформовані установки на підтримку здоров'я, які, проте, є нестійкими та непослідовними, що обумовлює певну вибірковість у їхньому ставленні до здоров'язбережувальної поведінки. Діти з середнім рівнем зазвичай розуміють основні правила збереження здоров'я та знають про важливість фізичної активності, здорового харчування, уникнення шкідливих звичок, проте їхня поведінка залежить від конкретних умов і часто вимагає додаткової мотивації з боку дорослих, таких як педагоги або батьки.

Вони схильні дотримуватися порад щодо здоров'я, але не завжди проявляють ініціативу в питаннях, що стосуються самозбереження здоров'я. Зокрема, у них спостерігається часткове або вибіркове слідування правилам здорового способу життя, таке як епізодичне виконання фізичних вправ або підтримка гігієнічних норм, але їхня поведінка може змінюватися в залежності від наявності контролю з боку дорослих. Водночас, середній рівень ціннісного ставлення до здоров'я означає, що діти виявляють позитивні емоційні реакції щодо тем, пов'язаних із здоров'ям, але їхні емоції є скоріше реактивними, ніж внутрішньо зумовленими переконаннями. Такі вихованці здатні до сприйняття та певної підтримки активностей, які стосуються здоров'я, проте їм бракує послідовності та власного внутрішнього переконання у необхідності дотримання цих норм як обов'язкової життєвої цінності. Загалом, середній рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я демонструє потенціал для подальшого розвитку та закріплення таких цінностей, потребуючи однак, додаткового залучення, мотивації та роз'яснювальної роботи з боку педагогів і батьків, які здатні зміцнити усвідомленість, мотивувати до формування

стійкої установки та впровадження здоров'язберігаючих практик у повсякденне життя вихованців.

Високий рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я (229–308 балів) характеризується глибокою усвідомленістю значення здоров'я як особистісної цінності, що виявляється в активному прагненні дотримуватися здорового способу життя та зберігати власне фізичне, психічне й соціальне благополуччя. Учні з високим рівнем сформованості цього ставлення демонструють стійкий інтерес до знань, пов'язаних із профілактикою захворювань, розумінням принципів здорового харчування, фізичної активності, гігієни та особистої безпеки. Вони схильні ініціювати корисні для здоров'я дії та виявляють дисциплінованість у питаннях, що стосуються підтримання режиму сну, раціонального харчування та помірної фізичної активності.

У своїй повсякденній поведінці ці вихованці демонструють усвідомлені пріоритети на користь здоров'я, віддаючи перевагу корисним практикам і здоровим звичкам. Крім того, у них спостерігається позитивна емоційна залученість у питання здоров'я, що підкріплюється зацікавленістю в актуальних темах, пов'язаних зі здоров'ям, а також готовністю самостійно здійснювати обізнані рішення на користь здорового способу життя. Вихованці з високим рівнем ціннісного ставлення до здоров'я є не лише здатними дотримуватися обраного курсу на здоровий спосіб життя, а й схильні поширювати власні погляди та переконання, виступаючи в ролі прикладу для інших, демонструючи зрілий рівень соціальної відповідальності й турботи про здоров'я оточуючих. Високий рівень означає також здатність до рефлексії власних дій і усвідомлення значущості здоров'я як основного ресурсу для досягнення життєвих цілей і самореалізації.

Отже, було детально обґрунтовано критерії, рівні та показники розвитку ціннісного ставлення до здоров'я, що дозволило диференційовано підійти до емпіричного вивчення такого складного феномену як ціннісне ставлення до здоров'я. Розкриття відповідних критеріїв, рівнів та показників дозволило

також розробити діагностичну методику його вивчення та визначити психометричні показники сформованості різних рівнів, що дозволяє пояснити отримані у результаті констатувального етапу експерименту статистичні показники особливостей сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у досліджуваної категорії осіб.

2.2. Організація і методика проведення констатувального етапу педагогічного експерименту

Логіка наукового дослідження передбачає емпіричну верифікацію та перевірку теоретично обґрунтованих положень. Тому є необхідність у реалізації експериментального дослідження рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти. Його результати дозволять підтвердити або спростувати провідну та системотвірну роль таких закладів у формуванні здоров'язберігаючих компетентностей здобувачів освіти, зокрема, конструктивного ціннісного ставлення до здоров'я.

Для емпіричного розкриття особливостей та динаміки формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців в умовах закладу позашкільної освіти було організовано педагогічний експеримент.

Констатувальний етап передбачав реалізацію наступних етапів дослідження. Перший етап полягав у підготовці до проведення експерименту, що включало визначення мети, завдань та вибір діагностичних методик для оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти. На цьому ж етапі було організовано вибірку досліджуваних, проведено розподіл дітей на контрольну та експериментальну групи, а також узгоджено участь батьків і педагогів у дослідженні.

Другий етап складався з безпосереднього проведення діагностичних процедур, які дозволяли за допомогою обраних методик виявити та зафіксувати вихідний рівень ціннісного ставлення до здоров'я у дітей. На цьому етапі також відбувався збір експертних оцінок батьків і педагогів для оцінки поведінкового

критерію сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у дітей.

Третій етап передбачав систематизацію та обробку отриманих даних, що включало аналіз результатів, отриманих від дітей, їхніх батьків та педагогів. На цьому етапі здійснювалося порівняння рівнів сформованості ціннісного ставлення до здоров'я між контрольними та експериментальними групами. Результати констатувального етапу стали основою для подальшої роботи в рамках формувального етапу дослідження, спрямованого на розробку та впровадження педагогічних впливів, орієнтованих на підвищення рівня ціннісного ставлення до власного здоров'я серед вихованців закладів позашкільної освіти.

Мета та завдання констатувального етапу педагогічного експерименту. Мету та завдання констатувального етапу можна визначити наступним чином:

Мета – визначити актуальні рівні сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити наступні завдання:

визначити критерії та показники сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я вихованців у закладах позашкільної освіти;

на основі визначених критеріїв та показників підібрати діагностичний інструментарій для оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я серед учасників дослідження;

здійснити первинний збір емпіричних даних за допомогою підбраного діагностичного інструментарію;

проаналізувати та узагальнити отримані в процесі експериментальної роботи дані;

виявити та пояснити отримані рівні сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я вихованців із врахуванням особливостей позашкільної освіти.

Базою для проведення експерименту виступили комплексні заклади позашкільної освіти, що представляють різні регіони України: Комунальний

заклад «Центр позашкільної роботи Путивльської міської ради» (Сумська область), Ніжинський Будинок дітей та юнацтва Ніжинської міської ради (Чернігівська область), Сквирський районний центр дитячої та юнацької творчості (Київська область), Лебединський центр позашкільної освіти Лебединської міської ради (Сумська область) та Хмельницька школа мистецтв «Райдуга» (Хмельницька область).

Для отримання об'єктивних результатів констатувального етапу експерименту були залучені педагоги, вихованці та їхні батьки з обох закладів. Участь дітей з різних напрямів позашкільної освіти дозволила комплексно оцінити рівень сформованості їхнього ціннісного ставлення до здоров'я, виявити вплив різних педагогічних підходів та специфіку роботи закладів.

Контингент учасників констатувального етапу педагогічного дослідження, спрямованого на виявлення рівня сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я, включав три групи: дітей віком 12–14 років, їхніх батьків та педагогічних працівників закладів позашкільної освіти.

Основну групу досліджуваних склали 378 дітей, середній вік яких становив 13 років. У віковій категорії 12–14 років спостерігається перехід від дитячого до підліткового періоду, що характеризується активним формуванням ціннісних орієнтацій, у тому числі ставлення до здоров'я. Гендерний склад вибірки дітей був збалансованим: 52 % (196 осіб) становили дівчата, а 48 % (182 особи) – хлопці. Така рівність гендерного складу дозволяє уникнути статевої асиметрії та забезпечує об'єктивні результати щодо рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у підлітків.

Батьківська вибірка дослідження включала 155 осіб, середній вік яких становив 37 років. Основна частина батьків працює в різних галузях, що дозволяє виявити можливі зв'язки між професійним середовищем батьків та їхнім впливом на формування ціннісного ставлення до здоров'я у дітей. Серед батьків були представники освітньої, медичної, промислової, торговельної, соціальної сфер та сфери послуг. В освітній і медичній сферах зайнято близько 30% батьків, у сфері торгівлі та послуг – близько 40%, тоді як у

промисловості та соціальних послугах – приблизно 20 % та 10 % відповідно. Гендерна структура вибірки батьків також була рівномірно розподілена.

До групи педагогічних працівників, які взяли участь у дослідженні, увійшло 42 особи. Середній вік педагогів становив 41 рік, а стаж роботи в закладах позашкільної освіти варіювався від 5 до 25 років, що забезпечує наявність як молодих фахівців, так і досвідчених професіоналів у вибірці. Гендерний склад педагогічної вибірки був переважно жіночим (76 %), що є типовим для освітнього середовища. Залежно від спеціалізації, педагоги керували різноманітними гуртками, зокрема спортивними, художньо-естетичними, туристсько-краєзнавчими та екологічними. Співвідношення за напрямками було наступним: спортивні гуртки (35 %), художньо-естетичні (28 %), туристсько-краєзнавчі (20 %) та екологічні (17 %).

Така кількісна структура дозволяє отримати об'єктивні дані про специфіку формування ціннісного ставлення до здоров'я під впливом різних видів позашкільної діяльності. Основні характеристики контингенту дослідження представлено в табл. 2.5. Багатокomпонентний склад вибірки учасників дослідження та детальна характеристика кожної групи дозволяють комплексно підійти до аналізу рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у підлітків та факторів, що впливають на його формування.

Таблиця 2.5

Характеристика контингенту дослідження

Категорія учасників	Кількість учасників	Середній вік	Гендерний склад	Характеристики вибірки
Діти	378	13 років	52 % дівчата (196 осіб), 48 % хлопці (182 особи)	Підлітки віком 12–14 років, що активно формують ціннісні орієнтації, зокрема ставлення до здоров'я.

Продовження табл. 2.5

Батьки	155	37 років	51 % жінки (79 осіб), 49 % чоловіки (76 осіб)	Професійна зайнятість: 30 % – освіта і медицина, 40 % – торгівля та послуги, 20 % – промисловість, 10 % – соціальна сфера. Середній вік забезпечує наявність впливу на дітей.
Педагогічні працівники	42	41 рік	76 % жінки (32 особи), 24 % чоловіки (10 осіб)	Стаж роботи: від 5 до 25 років. Напрямки гуртків: 35 % спортивні, 28 % художньо-естетичні, 20 % туристсько-краєзнавчі, 17 % екологічні.

Джерело: підраховано автором

Характеристика контрольної та експериментальної групи дослідження.

З метою забезпечення можливості порівняння результатів респондентів на констатувальному та формувальному етапах педагогічного експерименту вибірку дітей було випадковим чином розподілено на контрольну (N = 190) та експериментальну (N = 188) групи. Середній вік дітей контрольної групи становив 13 років, що відповідає загальній віковій характеристиці всієї вибірки. Гендерний склад контрольної групи був наближеним до загального складу вибірки, зокрема 51 % становили дівчата (96 осіб), а 49 % – хлопці (93 осіб). Експериментальна група охопила 188 дітей – середній вік також складає 13 років. Гендерний розподіл у цій групі був наступним: 53 % становили дівчата (100 осіб) і 47 % – хлопці (89 осіб). Розподіл на групи був збалансованим за

віковими та гендерними характеристиками, що мінімізує можливі відмінності між контрольними та експериментальними вибірками, не пов'язані з умовами педагогічного експерименту.

Експериментальний план. Констатувальний експериментальний план дослідження передбачав поетапне використання комплексного методичного інструментарію з метою глибокого аналізу когнітивного, мотиваційного, емоційного та поведінкового критеріїв ставлення дітей до здоров'я. Для цього на першому етапі його проведення було узагальнено результати наукових досліджень по проблемі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти. На основі їх аналізу було визначено компонентну структуру ціннісного ставлення до здоров'я, розробити рівні, критерії, показники сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти (розділ 2.1.).

План дослідження було розроблено з урахуванням збалансованого розподілу респондентів та забезпечення достовірності отриманих даних. На констатувальному етапі вибірка з 378 дітей була випадковим чином розподілена на контрольну ($N = 190$) та експериментальну ($N = 188$) групи, що забезпечило можливість порівняння результатів обох груп, як на констатувальному, так і на формуальному етапах.

До дослідження були також залучені батьки та педагоги, які оцінювали поведінковий рівень ставлення дітей до здоров'я, надаючи додаткові дані для комплексної оцінки. Більшість методичного інструментарію було розраховано на застосування по відношенню до вибірки здобувачів освіти. Зокрема, для дітей використовувалася методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, що дозволила оцінити когнітивний рівень через аналіз системи цінностей, тоді як методика «Профіль здорового способу життя» (HPLP-II) С. Уолкер виявляла мотиваційну схильність і практики, пов'язані зі здоровим способом життя. Малюнковий тест «Малюнок здоров'я» надав можливість глибше зрозуміти емоційне сприйняття дітьми теми здоров'я. Для вибірки батьків та педагогів були розроблені спеціальні протоколи експертного спостереження, що

дозволили здійснити оцінку поведінкового критерії сформованості ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних дітей.

Процедури збору даних включали індивідуальні та групові форми взаємодії з дітьми для забезпечення належного рівня розуміння завдань. Окремо було використано протоколи експертного спостереження для батьків і педагогів, які надали незалежну оцінку поведінкових проявів ціннісного ставлення до здоров'я у дітей, дозволяючи уникнути суб'єктивних оцінок з боку самих респондентів. Отримані дані проходили кількісну та якісну обробку: кількісний аналіз дозволяв визначити середні значення, частотні розподіли та рівні сформованості, а якісний підхід забезпечував глибшу інтерпретацію емоційних та поведінкових реакцій на основі малюнків та описів батьків і педагогів. План дослідження враховував можливість порівняння результатів між групами на подальшому формуальному етапі, а також передбачав систематизацію та узагальнення даних для отримання достовірної картини рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у дітей.

Порядок збору емпіричних даних та опрацювання результатів. Порядок збору емпіричних даних та опрацювання результатів констатувального етапу педагогічного дослідження передбачав активну взаємодію експериментатора з дітьми, їхніми батьками та педагогічними працівниками, а також ретельне опрацювання отриманих даних за допомогою комплексу діагностичних методик.

На початку дослідження для збору емпіричних даних серед дітей було проведено діагностику рівня сформованості когнітивного, мотиваційного та емоційного критеріїв ставлення до здоров'я. Для оцінки особливостей сформованості когнітивного критерію застосовувалася методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча. У процесі індивідуальної роботи з дітьми експериментатор пояснював мету завдання, після чого учні визначали значущість різних цінностей, серед яких особлива увага зосереджувалася саме на цінності здоров'я. Розміщення здоров'я в системі ціннісних пріоритетів

дозволяло виявити, наскільки важливою є ця цінність для дитини порівняно з іншими, що є показником рівня її когнітивної орієнтації на здоров'я.

Для виявлення особливостей і рівня сформованості когнітивного та мотиваційного критеріїв було використано методику «Профіль здорового способу життя» (HPLP-II) С. Уолкер, адаптовану для української вибірки здобувачів освіти. Ця методика включала анкету, де діти оцінювали свої життєві практики й мотивацію щодо здорового способу життя, таких як фізична активність, харчові звички, управління стресом та інші аспекти, що впливають на здоров'я. Взаємодія з дітьми під час заповнення анкети також передбачала надання пояснень, проте ми обмежувалися лише загальною інструкцією, не втручаючись у процес оцінювання дітьми своїх поведінкових практик. Ці дані надалі допомогли оцінити як розуміння, так і мотиваційну схильність дітей до здорового способу життя.

Для діагностики емоційного ставлення до власного здоров'я було розроблено авторський малюнковий тест «Малюнок здоров'я», в якому діти зображували своє уявлення про здоров'я. Це дозволяло не лише виявити емоційне сприйняття, а й оцінити індивідуальну символіку, пов'язану із темою здоров'я. У процесі інтерпретації малюнків особлива увага приділялася кольоровій гамі, деталям та загальному образу, що допомагало глибше зрозуміти емоційний рівень ставлення до здоров'я в уявленні кожної дитини.

Збір даних для оцінки поведінкового критерію ставлення до здоров'я здійснювався за допомогою протоколів експертного спостереження, заповнених батьками та педагогами. Батькам було запропоновано заповнити протокол, у якому оцінювалися повсякденні звички, активність і рівень відповідальності їхніх дітей щодо збереження здоров'я. Вони зазначали частоту виконання різних видів діяльності (наприклад, фізична активність, самостійний догляд за здоров'ям, дотримання режиму сну тощо), що дало змогу визначити реальні поведінкові аспекти у ставленні дітей до власного здоров'я. Педагоги, у свою чергу, заповнювали призначений для них протокол, де на основі своїх спостережень за поведінкою дітей на заняттях,

зокрема під час гурткової діяльності, давали оцінку рівня їхнього ціннісного ставлення до здоров'я. Оцінка педагогів дозволяла виявити відповідність задекларованих у сім'ї практик із тим, як діти поведуться у позашкільному середовищі.

Опрацювання отриманих емпіричних даних здійснювалося в декілька етапів. Спочатку всі отримані емпіричні дані за тестовими методиками, малюнковим тестом та протоколами спостережень було впорядковано та закодовано, що забезпечило анонімність респондентів та зменшило суб'єктивний вплив під час подальшого аналізу. Після цього здійснювався кількісний аналіз даних методик «Ціннісні орієнтації» та «Профіль здорового способу життя» (HPLP-II), що передбачав підрахунок балів, визначення середніх значень за кожним критерієм, а також розрахунок частотних показників для кожної категорії респондентів. Результати малюнкового тесту «Малюнок здоров'я» було проаналізовано якісним методом, що передбачав інтерпретацію кольорів, символів та композиції малюнків з урахуванням емоційного ставлення до здоров'я. Дані, отримані за протоколами експертного спостереження, було узагальнено шляхом якісного та кількісного аналізу, що дозволило оцінити поведінковий рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у контрольній та експериментальній групах.

Обґрунтування вибору методичного інструментарію. Для діагностики когнітивного критерію сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців позашкільних закладів може бути успішно використана методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, оскільки вона містить у переліку термінальних цінностей цінність здоров'я. Безумовною перевагою є те, що цей діагностичний інструмент достатньо структурований та здатний відображати складові ціннісної системи особистості. Вона дозволяє виявити рівень усвідомлення дітьми значення здоров'я. Використання цієї методики сприяє оцінці не лише теоретичних знань дітей про здоров'я, але й їх здатності формулювати переконання щодо важливості збереження здоров'я в житті.

Крім того, методика враховує індивідуальні ціннісні орієнтації дітей, що

дозволяє отримати глибше розуміння їх мотивацій і переконань стосовно здорового способу життя. Це, у свою чергу, відкриває можливість для аналізу, наскільки цінності здоров'я інтегруються у загальну систему цінностей особистості. Важливим аспектом є те, що методика може бути адаптована до специфіки позашкільної освіти, враховуючи різноманіття гуртків і напрямків роботи закладів, що позитивно вплине на залученість дітей у процес оцінювання своїх ціннісних пріоритетів.

На нашу думку для діагностики когнітивного та мотиваційного критерію сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців позашкільних закладів найбільш підходящою є така зарубіжна методика як методика «Профіль здорового способу життя» (Health-Promoting Lifestyle Profile II, HPLP-II) С. Уолкер [260]. Ця методика ґрунтується на комплексному підході до оцінки різних аспектів здорового способу життя, що включає фізичну активність, харчування, психічне здоров'я, соціальні зв'язки та управління стресом. Використання HPLP-II дозволяє не лише визначити рівень знань дітей про здоровий спосіб життя, але й виявити їхні установки, інтереси та мотиваційні тенденції, пов'язані зі здоров'ям. Завдяки структурованим запитанням, методика дає змогу отримати об'єктивні дані про те, наскільки вихованці усвідомлюють важливість здорового способу життя і які чинники спонукають їх до активних дій у цій сфері. Наприклад, діти можуть оцінити свої знання про здорове харчування, фізичну активність або способи управління стресом, що безпосередньо стосується когнітивного критерію. У свою чергу, мотиваційний критерій можна оцінити через аналіз відповідей на запитання, які стосуються бажання дотримуватися здорових звичок, зацікавленості у власному здоров'ї та прагнення до особистісного розвитку.

Таким чином, HPLP-II виступає не лише як діагностичний інструмент, але й як засіб для подальшого формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців. Отримані дані можуть стати основою для розробки програм виховання здорового способу життя в позашкільних закладах, що враховують специфіку вікових груп і їхні індивідуальні потреби. Використання цієї

методики в контексті позашкільної освіти сприяє більш глибокому усвідомленню дітьми своїх ціннісних орієнтацій і підвищує їхню мотивацію до активних дій в напрямку збереження та покращення власного здоров'я.

Здійснений пошук у методичній літературі та інструктивних документах до різних стандартизованих діагностичних методик дозволяє констатувати відсутність підходящого діагностичного інструментарію для діагностики емоційного та поведінкового критеріїв сформованості ціннісного ставлення до здоров'я серед вихованців закладів позашкільної освіти. Тому для їх вивчення було розроблено авторський малюнковий тест «Малюнок здоров'я» (дозволяє діагностувати емоційний критерій) та протоколи експертного спостереження для батьків та педагогів (дозволяють діагностувати поведінковий критерій). При розробці протоколів експертного спостереження ми виходили з того переконання, що, оскільки поведінковий критерій завжди проявляється у зовнішній поведінці дитини та може бути зафіксований шляхом безпосереднього спостереження, то найкращим методом його вивчення буде експертне спостереження та оцінки зі сторони дорослих людей. Таким чином, здійснене обґрунтування дозволяє чітко співвіднести виділені критерії з найбільш підходящим методичним інструментарієм (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Діагностичний інструментарій для оцінки критеріїв сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти

Критерії	Діагностичний інструментарій
Когнітивний	- методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча - методика «Профіль здорового способу життя» (Health-Promoting Lifestyle Profile II, HPLP-II) С. Уолкер
Мотиваційний	- методика «Профіль здорового способу життя» (Health-Promoting Lifestyle Profile II, HPLP-II) С. Уолкер
Емоційний	- авторський малюнковий тест «Малюнок здоров'я»
Поведінковий	- протокол експертного спостереження для педагогів - протокол експертного спостереження для батьків

Характеристика методичного інструментарію експериментального дослідження. Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча. Ця методика є однією з найпоширеніших у дослідженні ціннісних систем особистості, оскільки дозволяє оцінити структуру цінностей людини та виявити їхню ієрархію [116]. Вона призначена для виявлення індивідуальних ціннісних пріоритетів, що мають значний вплив на поведінку, мотивацію та прийняття рішень. Методика є інструментом для розуміння того, які життєві орієнтири визначають діяльність людини, її ставлення до себе та оточення, а також ступінь важливості тих чи інших аспектів життєвих пріоритетів.

Змістовне наповнення методики «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча включає два типи цінностей: термінальні та інструментальні. Термінальні цінності відображають життєві цілі та ідеали, які людина прагне досягти (наприклад, «щасливе життя», «здоров'я», «мудрість», «безпека»), тоді як інструментальні цінності вказують на ті якості чи способи поведінки, які людина вважає важливими для досягнення своїх цілей (наприклад, «чесність», «відповідальність», «терпимість»). Стимульний матеріал методики складається зі списку з 18 термінальних і 18 інструментальних цінностей, які респондент повинен впорядкувати за рівнем значущості для себе (Додаток А).

Методика проводиться в індивідуальному форматі. Респонденту пропонується переглянути обидва списки цінностей і розташувати їх у порядку пріоритетності від найбільш значущої до найменш значущої. Спершу респондент ранжує термінальні цінності, потім – інструментальні. Такий підхід дає змогу виявити пріоритети людини в довгострокових життєвих цілях та виборі засобів їх досягнення.

Опрацювання результатів полягає в аналізі порядкових місць, які респондент надав кожній з цінностей, що дозволяє скласти ієрархію його ціннісних орієнтацій. Високі місця в ієрархії вказують на цінності, які мають велике значення для людини, тоді як нижчі місця свідчать про менш важливі для неї цінності. Дослідження проводиться шляхом підрахунку середніх рангів, які згодом можна порівнювати як у межах одного респондента (з різних

вимірів часу або життєвих ситуацій), так і між різними групами осіб. Це дозволяє виявити не лише індивідуальні особливості ціннісної системи особистості, а й специфіку ціннісних орієнтацій для певної групи.

Зважаючи на вікову категорію наших респондентів нами було дещо змінено першочерговий варіант методики М. Рокіча. Ці зміни полягали у тому, що у процесі діагностичної роботи використовувався тільки список термінальних цінностей. Використання тільки одного списку зумовлено тим, що саме у ньому представлено цінність здоров'я. Крім цього, ми просили респондентів не ранжувати список термінальних цінностей, а оцінити ступінь особистісної значущості кожної цінності за 5-бальною шкалою. Шкалювання замість ранжування дещо спрощувало процедуру роботи з методикою для цієї вікової категорії досліджуваних, а також дозволило проводити її в груповій формі. Таким чином, кінцева оцінка цінності здоров'я у кожного досліджуваного з числа здобувачів освіти коливалась від 1 до 5 балів.

Методика «Профіль здорового способу життя» (*Health-Promoting Lifestyle Profile II, HPLP-II*) (Додаток Б) [279]. Розроблена С. Уолкер є стандартизованим інструментом для оцінювання рівня дотримання здорового способу життя та надання кількісної оцінки за кількома важливими аспектами, які вважаються ключовими для підтримання фізичного та психічного благополуччя. Вона призначена для дослідження різних складових здорового способу життя, включаючи відповідальність за здоров'я, фізичну активність, харчування, духовне зростання, міжособистісні відносини та управління стресом. Цей інструмент може застосовуватись як у клінічних, так і в соціальних дослідженнях, а також для діагностики рівня здоров'я в популяційних вибірках [279].

HPLP-II складається з шести субшкал, які відображають різні аспекти здорового способу життя. До них входять: 1) відповідальність за здоров'я – відповідає за усвідомлення та контроль за своїм здоров'ям); 2) фізична активність – охоплює регулярність та інтенсивність фізичних навантажень; 3) харчування – звички в харчуванні, що сприяють здоров'ю; 4) духовне

зростання – внутрішнє задоволення, сенс життя; 5) міжособистісні відносини – спілкування, підтримка з боку інших; 6) управління стресом – ступінь володіння ефективними методами зменшення стресу. Стимульний матеріал складається з 52 тверджень, де респондент оцінює свою поведінку та звички за шкалою від «ніколи» до «завжди» [279].

Під час роботи з методикою респондент самостійно заповнює опитувальник, оцінюючи кожне твердження відповідно до своєї звичайної поведінки. Це забезпечує конфіденційність та точність отриманої інформації, оскільки опитування базується на самооцінці. Заповнення методики потребує близько 10–15 хвилин, що робить її зручною для використання у великих вибірках [279].

Опрацювання результатів проводиться шляхом обчислення середніх балів за кожною субшкалою та загального середнього балу для всього профілю. Кожна відповідь оцінюється за шкалою від 1 до 4, де вищий бал вказує на більш виражену тенденцію до здорового способу життя в межах певної категорії. Таким чином, максимальний можливий загальний бал становить 208, а мінімальний – 52. Високі результати вказують на позитивне ставлення та практики, спрямовані на підтримання здоров'я, тоді як нижчі бали свідчать про потребу у вдосконаленні. У різних культурах та популяціях використовуються специфічні тестові норми, розроблені на основі середніх показників, що дозволяє проводити порівняльний аналіз і робити висновки про тенденції у здоровому способі життя серед різних груп [260; 275; 276].

Авторська малюнкова методика оцінки емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я «Малюнок здоров'я» (Додаток В). Тест «Малюнок здоров'я» є авторським інструментом, розробленим для дослідження емоційного критерію ставлення респондентів до власного здоров'я та способу життя. Методика передбачає надання дітям можливості у вигляді малюнка виразити своє уявлення про здоров'я, його емоційне значення та місце у їхньому житті. У процесі тестування дітям видаються аркуші формату А4, кольорові олівці, фломастери чи крейди. Психолог пояснює

завдання, пропонуючи дітям уявити, як виглядає здоров'я: вони можуть надати йому будь-яку форму, колір чи образ, від предмету до ситуації. По завершенні роботи діти називають свої малюнки та коротко пояснюють, що вони зобразили, а психолог або вчитель за потреби ставить додаткові питання для розкриття емоційного значення малюнка.

Процедура проведення тесту передбачає підготовку атмосфери, де діти можуть зосередитись, після чого їм надається 20–30 хвилин для створення малюнка. Після завершення малюнки збираються для аналізу, який охоплює три основні критерії (Додаток Г). Перший критерій – змістовий аналіз, спрямований на визначення емоційного забарвлення зображення: позитивного (сонце, квіти), нейтрального (схематичні зображення) або негативного (асоціації з хворобою). Другий критерій – аналіз кольорів: теплі відтінки (жовтий, зелений) свідчать про позитивне сприйняття здоров'я, а холодні кольори можуть вказувати на змішане або негативне ставлення. Третій критерій – символічний аналіз, де оцінюється зображення символів, пов'язаних зі здоров'ям, як-от спорт, природа чи навпаки – хвороби.

Для інтерпретації результатів використовується бальна шкала, яка допомагає об'єктивізувати аналіз. Кожен малюнок оцінюється за 5-бальною шкалою за змістовим критерієм, критерієм кольорової гами і символічним критерієм. Загальна сума балів визначає рівень емоційного ставлення до здоров'я: від яскраво позитивного (13–15 балів) до вираженого негативного (5 балів і менше).

Протокол експертного спостереження для оцінки педагогами позашкільних закладів освіти сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я у своїх вихованців (Додаток Д). Нами розроблено інструмент експертного оцінювання для педагогів позашкільних закладів, спрямованого на виявлення поведінкових проявів, що свідчать про орієнтацію вихованця на збереження свого здоров'я. Методика передбачає експертне оцінювання педагогами поведінкових реакцій дітей, які є ознаками сформованості у них ціннісного ставлення до здорового способу життя.

Інструкція до протоколу містить вказівку педагогам відповідати на твердження у формі «Так» або «Ні», оцінюючи наявність або відсутність у вихованця поведінкових проявів, пов'язаних з усвідомленням важливості здоров'я та здоров'язберігаючої поведінки.

Зміст протоколу включає список з десяти тверджень, що характеризують різні аспекти поведінкових проявів здоров'язберігаючої орієнтації. Кожне твердження спрямоване на оцінку конкретного поведінкового аспекту, наприклад, дотримання правил особистої гігієни, вибір здорових альтернатив у харчуванні, регулярне виконання фізичних вправ, контроль за поставою, обмеження часу використання гаджетів, уникнення шкідливих звичок, відповідальне ставлення до режиму навантажень та відпочинку, участь у заходах на тему здоров'я, готовність дотримуватися рекомендацій педагогів і батьків, а також підтримання чистоти і порядку в своєму робочому просторі.

Обробка результатів передбачає нарахування 1 балу за кожну відповідь «Так» і 0 балів за відповідь «Ні». Таким чином, загальна кількість балів за всі твердження може коливатися від 1 до 10, що дозволяє отримати диференційовану характеристику рівня поведінкової орієнтації вихованця на збереження здоров'я. Відповідно до кількості набраних балів визначається рівень сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я: від 1 до 3 балів вказують на низький рівень, від 4 до 6 балів – на середній, а від 7 до 10 балів свідчать про високий рівень поведінкової орієнтації вихованця на збереження здоров'я.

Протокол експертного спостереження для оцінки батьками сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я у своїх дітей (Додаток Е). Методика дозволяє оцінити рівень здоров'язберігаючої поведінки у дітей на основі спостережень батьків. Вона призначена для діагностики показників поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я, відображаючи рівень орієнтації дитини на здоровий спосіб життя шляхом аналізу щоденних поведінкових проявів. Протокол спостереження має вигляд опитувальника, працюючи з яким батьки мають

відповісти на серію закритих тверджень про поведінку дитини. Це дає змогу зафіксувати ключові аспекти поведінки дитини, пов'язані з дотриманням здорового способу життя.

Протокол складається з десяти тверджень, які стосуються різних сфер повсякденної активності дитини. Кожне твердження стосується конкретних поведінкових ознак, що вказують на відповідальний підхід до власного здоров'я. Серед поведінкових проявів, що оцінюються, є регулярне виконання гігієнічних процедур, вибір корисних продуктів, фізична активність, дотримання здорового режиму сну, обмеження часу на електронні пристрої, відмова від шкідливих звичок, інтерес до питань збереження здоров'я, підтримка чистоти особистих речей, позитивне ставлення до активного відпочинку та готовність виконувати рекомендації батьків щодо здорового способу життя.

Результати опрацьовуються шляхом простого сумування ствердних відповідей на твердження, що містяться у протоколі. Таким чином, підсумкова оцінка може варіювати від 1 до 10 балів. Отримані бали свідчать про рівень сформованості здоров'язберігаючої поведінки у дитини: 1–3 бали вказують на низький рівень, 4–6 балів – на середній, а 7–10 балів свідчать про високий рівень сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я. Такий підхід дозволяє батькам на основі власних спостережень об'єктивно оцінити стан сформованості у дитини важливих здоров'язберігаючих звичок і ставлення до здорового способу життя, що є важливим у комплексній оцінці ціннісного ставлення до здоров'я в умовах позашкільної освіти.

Отже, для визначення рівня сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти було організовано класичний педагогічний експеримент, який складається з констатувального та формувального етапу. Наразі було визначено критерії та показники сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я серед вихованців закладів позашкільної освіти, підібрано діагностичний інструментарій для

оцінки рівня сформованості кожного критерію. У наступному підрозділі більш детально будуть висвітлені критерії, рівні та показники розвитку ціннісного ставлення до здоров'я у досліджуваній категорії осіб.

2.3. Діагностика сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти

Опрацювання результатів констатувального етапу педагогічного експерименту полягало у покроковій оцінці та визначенні рівня сформованості кожного з виділених критеріїв ціннісного ставлення до власного здоров'я за загальною вибіркою дослідження. Необхідно зауважити, що робота з кожним критерієм включала два важливих етапи: на першому етапі здійснювався аналіз отриманих результатів за усією вибіркою дослідження, а на другому здійснювався порівняльний аналіз показників вираженості відповідного критерію в контрольній та експериментальній групі. Порівняльний аналіз здійснювався за таким непараметричним критерієм як U-критерій Манна-Уїтні. Сенс такого порівняння полягає у тому, щоб перевірити відсутність / наявність статистично достовірних відмінностей між цими групами респондентів. На констатувальному етапі дослідження важливо довести відсутність розбіжностей між досліджуваними групами, тобто їх ідентичність за показниками залежних змінних, якими у нашому дослідженні виступають критерії сформованості ціннісного ставлення до здоров'я. Це пов'язано з тим, що на наступному етапі буде здійснюватися формувальний вплив, який полягає у реалізації авторської методики формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців позашкільних закладів і до цього групи мають бути однорідними за показниками сформованості діагностованих залежних змінних. Таким чином, наявність статистично достовірних відмінностей після формувального етапу буде свідчити на користь того, що саме розроблена методика формування ціннісного ставлення до здоров'я лежала в основі виникнення розбіжностей, а не якісь додаткові неконтрольовані чинники.

Відповідно можливість переходу до формувального етапу педагогічного експерименту визначається фактом відсутності розбіжностей між контрольною та експериментальною групою респондентів на констатувальному етапі дослідження. Статистичне опрацювання отриманих емпіричних даних здійснювалось за допомогою програмного застосунку IBM SPSS Statistics 27.0.

Результати діагностики сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти. Первинні бали кожної досліджуваної дитини за методиками, що дозволяли оцінити ступінь сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до власного здоров'я представлено в додатку Ж.

Аналіз середніх значень показників сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних вихованців позашкільних закладів ($N = 378$) розкриває специфіку їхнього ставлення до власного фізичного та психічного благополуччя, визначаючи рівень когнітивної орієнтованості на цінність здоров'я. Отримані результати відображають переважно середній рівень сформованості когнітивного критерію, що свідчить про помірний ступінь обізнаності та розуміння значення здоров'я (табл. 2.7). У результаті застосування методики «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, яка дозволяє визначити ієрархію термінальних цінностей, було отримано середнє значення 2,48 для показника «Здоров'я» як життєвої цінності. Термінальна цінність здоров'я, яка включає як фізичне, так і психічне благополуччя, відображає базове розуміння вихованцями важливості підтримання здоров'я, однак не визначає його як найвищу пріоритетну цінність. Це значення вказує на те, що для вихованців здоров'я є відносно важливою життєвою цінністю, хоча не займає провідного місця у загальному переліку їхніх життєвих пріоритетів. Тобто для більшості вихованців здоров'я є важливим, проте інші цінності можуть переважати або мати однакову значущість.

Опрацювання результатів методики HPLP-II С. Уолкер за питаннями,

що відображають ступінь сформованості когнітивного критерію, дозволило визначити середнє значення 34,78, що також відповідає середньому рівню. Цей показник характеризує загальний рівень знань вихованців щодо здорового способу життя та обізнаність у питаннях, які стосуються підтримання фізичного та психічного благополуччя. Середній рівень за даним показником свідчить про те, що вихованці мають базові уявлення про здоров'я, володіють певними знаннями щодо корисних звичок і практик, однак ця обізнаність є недостатньо глибокою для досягнення високого рівня відповідальності за власне здоров'я (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

**Середні значення показників сформованості когнітивного критерію
ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних вихованців
закладів позашкільної освіти (N = 378)**

Методики	Показники	Середні значення за вибіркою дослідження	Рівень
Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	Термінальна цінність «Здоров'я» (фізичне та психічне)	2,48	Середній
HPLP-II С. Уолкер	Питання когнітивного критерію	34,78	Середній
Сумарний показник сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я		37,26	Середній

Джерело: розраховано автором

Сумарний показник сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я, що становить 37,26, також є середнім. Це узагальнений індикатор когнітивної складової ціннісного ставлення до здоров'я, який поєднує як загальне уявлення вихованців про важливість здоров'я, так і їхні знання у цій сфері. Середній рівень цього показника засвідчує наявність

базових уявлень про здоров'я, проте недостатню сформованість глибоких переконань або знань, які могли б забезпечити стабільне прагнення до збереження та покращення власного фізичного й психічного стану.

Отримані результати дослідження свідчать про те, що ціннісне ставлення до здоров'я серед вихованців позашкільних закладів має середній рівень сформованості, що виявляється в їхньому загальному розумінні важливості здоров'я та базових знаннях щодо способів його підтримки. Однак, цей рівень не є достатньо високим для того, щоб викликати усвідомлене і стабільне прагнення до здорового способу життя, що вимагає більш цілеспрямованої освітньо-виховної роботи у напрямі формування знань про цінність здоров'я.

Аналізуючи результати підрахунку відсоткових часток досліджуваних з різними рівнями сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я, можна виявити тенденції, які вказують на домінування середнього рівня обізнаності та розуміння значення здоров'я (табл. 2.8). Найбільший відсоток дітей, а саме 65,3 %, має середній рівень сформованості когнітивного критерію (рис. 2.1).

Таблиця 2.8

Результати підрахунку відсоткових часток досліджуваних усієї вибірки дітей (N = 378) з різними рівнями сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я

Сформованість когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних дітей		
Рівень	Кількість респондентів	Відсоткова частка, %
Низький	100	26,5
Середній	247	65,3
Високий	31	8,2

Джерело: розраховано автором

Це свідчить про наявність у більшості вихованців базового розуміння ролі здоров'я у житті, що включає усвідомлення важливості здорового

способу життя для його якості. Діти на цьому рівні частково знайомі з основними факторами, що впливають на стан здоров'я, виявляють помірний інтерес до теми й певною мірою розуміють практичне застосування відповідних знань у повсякденній діяльності. Водночас послідовність у застосуванні отриманих знань є недостатньою, що може свідчити про нестабільну мотивацію та обмежену усвідомленість щодо довготривалої цінності здорових звичок.

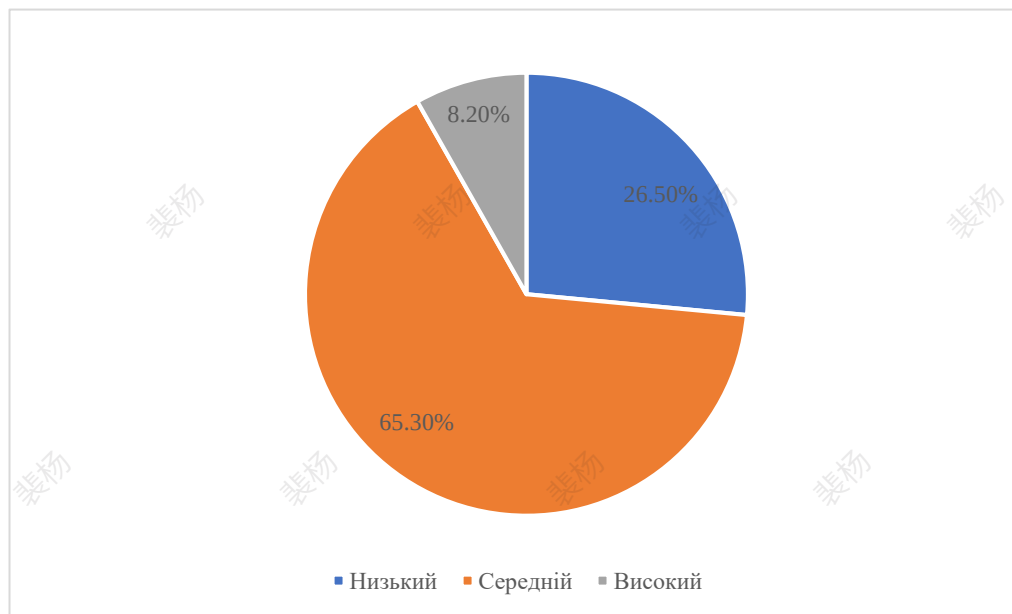


Рис. 2.1. Відсоткові частки дитячої вибірки дослідження (N = 378) з різними рівнями сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до власного здоров'я

Варто зазначити, що частка дітей із низьким рівнем когнітивної сформованості є досить значною – 26,5 %. Це вказує на поверхневість знань про основи здоров'я, їхню несистемність та фрагментарність. Для цієї групи характерне недооцінювання значення здорових звичок, відсутність розуміння ключових чинників ризику для здоров'я та слабо виражений інтерес до цієї теми. Обмежена мотивація до здорового способу життя свідчить про низьку ймовірність того, що здатні свідомо і послідовно вживати заходів для збереження чи зміцнення свого здоров'я. Саме ця група найбільше потребує цілеспрямованої освітньо-виховної роботи та підтримки.

Одночасно з цим можна констатувати виявлення лише 8,2 % вихованців

позашкільних закладів, які досягли високого рівня сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я. Це свідчить про наявність у них глибоких і систематизованих знань про здоров'я, чітке усвідомлення здорового способу життя як особистої цінності та стійкий інтерес до проблематики. Діти цієї групи володіють знаннями про фактори ризику та способи їх уникнення, демонструють високу мотивацію і здатність до практичного дотримання здоров'язбережувальних принципів. Водночас незначна кількість таких учнів підкреслює обмеженість впливу тих чинників, що могли б сприяти масовому поширенню здоров'язбережувальної поведінки, зокрема як у позашкільному середовищі, так і в сімейному оточенні.

Отже, результати свідчать, що більшість дітей має середній рівень сформованості когнітивного компонента ціннісного ставлення до здоров'я, що забезпечує лише загальне уявлення про його значущість і вимагає додаткових педагогічних зусиль для формування стабільної мотивації. Досить висока відсоткова частка дітей із низьким рівнем обізнаності вказує на існування нагальної потреби у посиленій роботі з розвитку інтересу та базових знань про здоров'я.

Аналіз середніх значень показників сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній ($N = 190$) та експериментальній ($N = 188$) групах дітей, дозволяє глибше зрозуміти загальну тенденцію в їхньому ставленні до здоров'я та обізнаності у питаннях здорового способу життя. Оскільки різниці між групами не виявлено, можна зробити висновок, що вихідний рівень знань та ціннісного ставлення до здоров'я є приблизно однаковим як серед дітей, що належать до контрольної групи, так і серед дітей з експериментальної групи (табл. 2.9). Це свідчить про подібні уявлення та розуміння основних понять здорового способу життя, рівень обізнаності про значення здоров'я та знання про фактори, що на нього впливають, а також про приблизно однаковий ступінь мотивації до застосування здоров'язбережувальних практик у повсякденному житті. За першим показником – термінальна цінність «Здоров'я» (фізичне та психічне)

– отримано середнє значення 2,53 у контрольній групі та 2,43 у експериментальній (рис. 2.2).

U-критерій Манна-Уїтні дорівнює 16494,5 ($p > 0,05$), що підтверджує відсутність статистично значущих відмінностей між групами. Це свідчить про те, що і контрольна, і експериментальна групи сприймають здоров'я як важливу життєву цінність на приблизно однаковому рівні, не віддаючи їй найвищого пріоритету.

Таблиця 2.9

Результати порівняння показників сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній (N = 190) та експериментальній (N = 188) групах дітей

Показники	Середні значення дитячих підгруп дослідження		U-критерій Манна-Уїтні	p
	Контрольна група	Експериментальна група		
Термінальна цінність «Здоров'я» (фізичне та психічне)	2,53	2,43	16494,5	0,171
Питання когнітивного критерію	35,44	34,11	16604,5	0,237
Сумарний показник сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я	37,97	36,54	16541,0	0,214

Джерело: розраховано автором

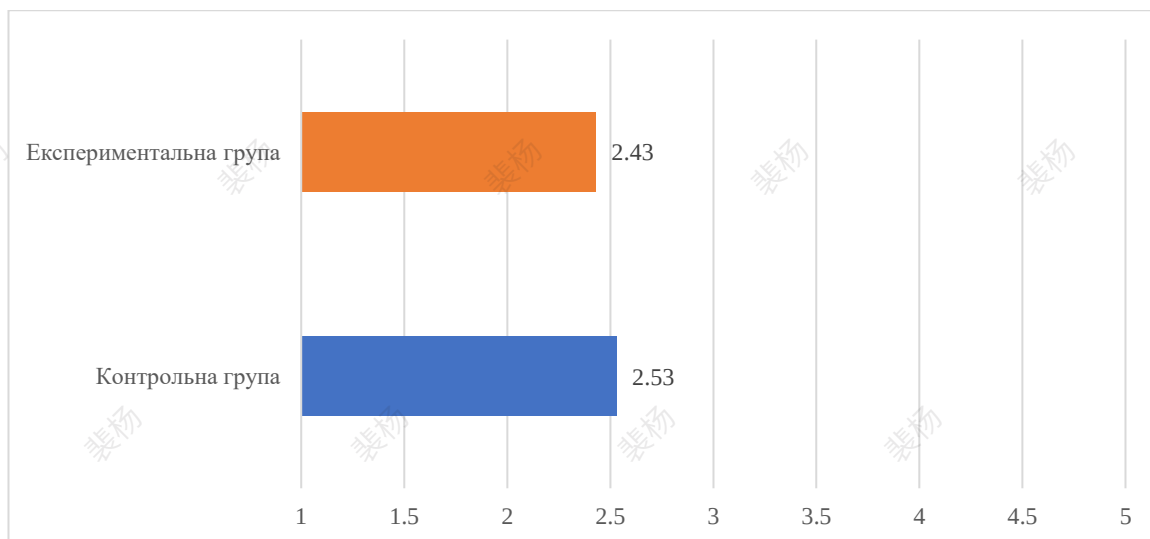


Рис. 2.2. Гістограма вираженості термінальної цінності «Здоров'я (фізичні та психічне)» в контрольній та експериментальній групі дослідження

Другий показник – за питаннями когнітивного критерію – має середнє значення 35,44 у контрольній групі та 34,11 у експериментальній (рис. 2.3), зі значенням U-критерію – 16604,5 ($p > 0,05$), що знову підтверджує відсутність значущих розбіжностей. Такий результат вказує на подібний рівень знань про основи здорового способу життя у дітей обох груп. Учасники мають базове розуміння факторів, що впливають на здоров'я, та обмежену послідовність у застосуванні цих знань. Відсутність суттєвих відмінностей у середніх значеннях показника дозволяє зробити висновок, що ні експериментальна, ні контрольна група не виявляє значно більшої зацікавленості чи обізнаності в аспектах здоров'я, що залишає місце для подальшої роботи з покращення обох груп.

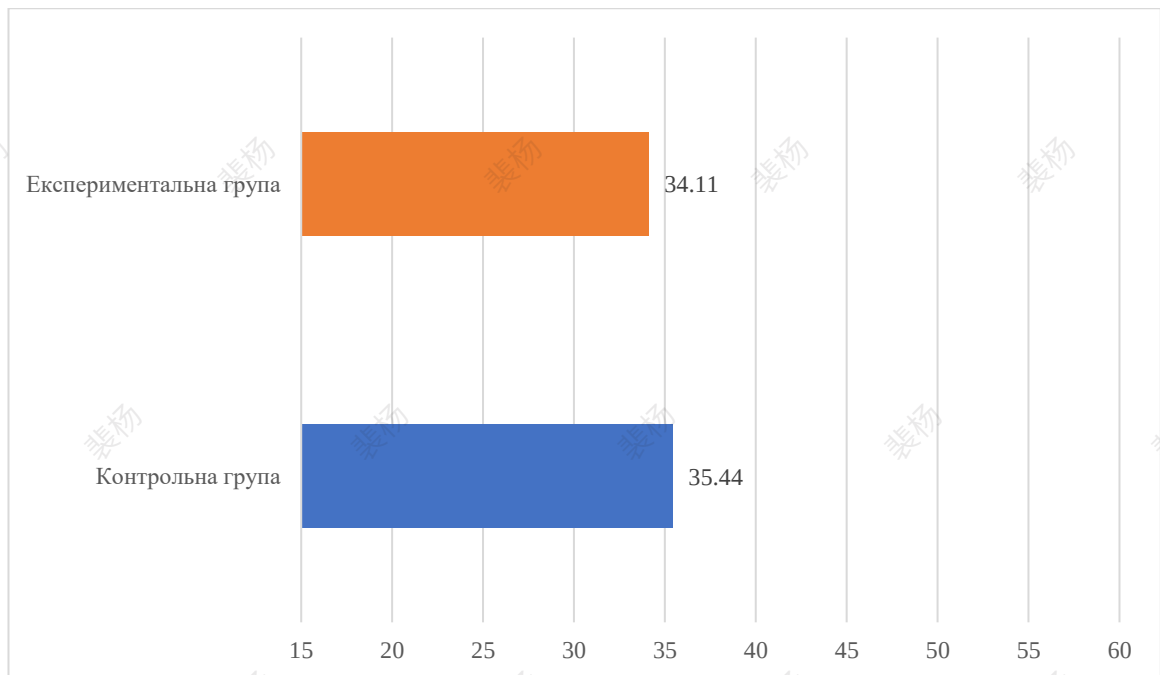


Рис. 2.3. Гістограма усереднених значень контрольної та експериментальної групи за результатами відповіді на питання когнітивного критерію методики HPLP-II С. Уолкер

Сумарний показник сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я також є близьким у контрольній (37,97) та експериментальній (36,53) групах, що підтверджується U-критерієм – 16541,0 ($p < 0,05$) (рис. 2.4). Це підсумкове значення демонструє загальний рівень усвідомлення значення здоров'я, що є середнім для обох груп. Результати вказують на схожу базу знань та рівень обізнаності щодо значення здоров'я і здорового способу життя, а також схожий ступінь мотивації щодо підтримки свого здоров'я. Відсутність значущих розбіжностей за всіма трьома показниками підтверджує схожий початковий рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я, що може свідчити про загальні соціальні та освітні умови, які не створюють значних відмінностей у цій сфері між обома групами.

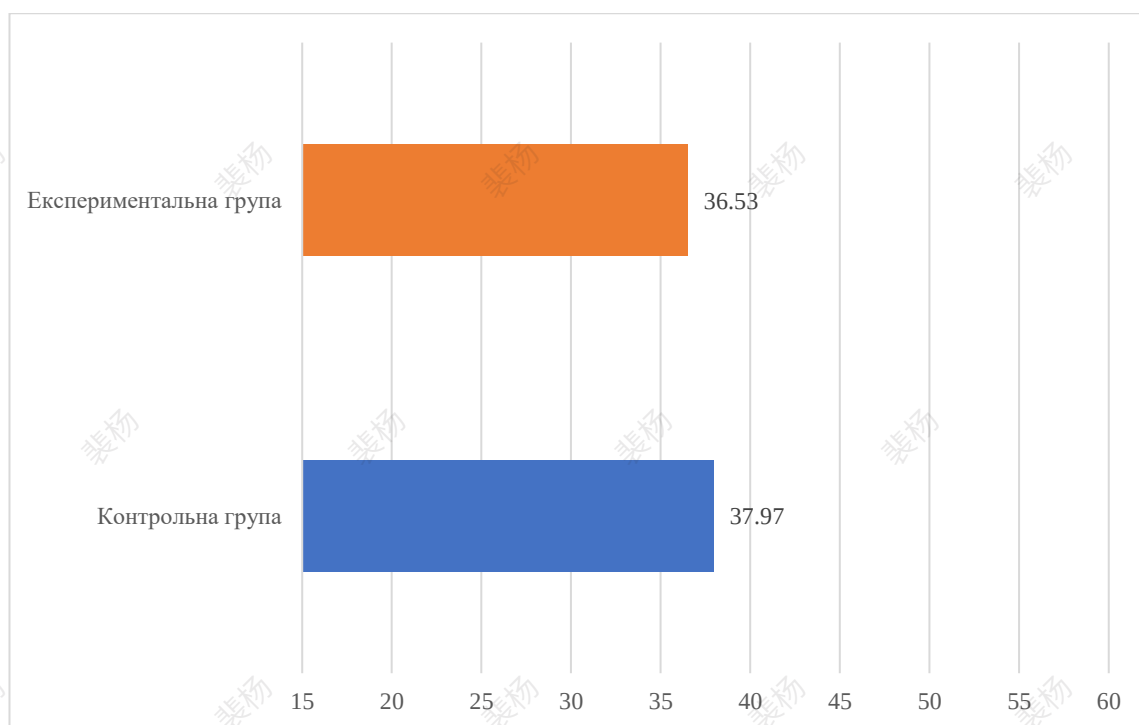


Рис. 2.4. Гістограма усереднених значень сумарного показника сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я

Незначні відмінності, або їхня повна відсутність, у середніх значеннях показників між групами можуть свідчити про те, що обидві групи мають схожий рівень впливу зовнішніх факторів, які сприяють або стримують формування ціннісного ставлення до здоров'я. Це може включати доступність інформації про здоровий спосіб життя у повсякденному середовищі дітей, роль педагогів та батьків у формуванні таких цінностей, а також загальні умови, в яких відбувається соціалізація дітей.

Відсутність відмінностей між групами також може вказувати на те, що виховні впливи, яким піддаються діти, поки не мають достатньої сили для того, щоб спричинити суттєві зміни в їхньому ставленні до здоров'я. Це, зокрема, може підкреслювати необхідність додаткових педагогічних зусиль та спеціально розроблених освітніх програм для дітей обох груп, оскільки нинішній рівень знань та мотивації до здорового способу життя може не відповідати бажаним стандартам. Таким чином, наявність подібних середніх значень без статистично значущих відмінностей між контрольною та

експериментальною групами є важливим аспектом, який вказує на вихідну подібність в обізнаності та ставленні до здоров'я, що забезпечує основу для подальших втручань або досліджень, спрямованих на підвищення цінності здорового способу життя серед дітей.

Результати діагностики сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти (Додаток И). Аналіз основних описових статистик мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я в загальній вибірці дітей дозволяє глибше зрозуміти особливості розподілу мотиваційних установок щодо здорового способу життя серед вихованців закладів позашкільної освіти. Як видно з табл. 2.10 середнє значення (математичне очікування) мотиваційного критерію становить 114 балів, що відповідає межах середнього рівня (105–156 балів). Це вказує на те, що більшості дітей притаманний помірний інтерес до проблеми здоров'я та певна, хоча й не завжди стійка, мотивація до ведення здорового способу життя.

Медіана, яка також дорівнює 114 балам, підтверджує зосередженість основної частини вибірки навколо середнього рівня мотивації. Мода, що становить 115 балів, практично збігається із середнім значенням і вказує на те, що саме цей рівень зустрічається найбільш часто. Це свідчить про відносну узгодженість мотиваційних установок серед більшості досліджуваних.

Стандартне відхилення дорівнює 17,4 бали, що свідчить про помірне розсіювання значень навколо середнього. Тобто вибірка є відносно однорідною, хоча присутні й учасники з більш високим або нижчим рівнем мотивації. Дисперсія становить 302, що підтверджує наявність певних відмінностей у мотиваційних установках, але без різких відхилень від загальної тенденції.

Таблиця 2.10

Основні описові статистики за результатами дослідження мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я у загальній вибірці дітей (N = 378)

Статистичні показники вибірки дослідження	HPLP-II С. Уолкер
Середнє	114
Медіана	114
Мода	115
Стандарте відхилення	17.4
Дисперсія	302
Мінімум	55
Максимум	187
Асиметрія	-0.184
Стандартна похибка асиметрії	0.125
Екссес	1.30
Стандартна похибка екссесу	0.250

Джерело: розраховано автором

Аналіз асиметрії показує, що її значення становить – 0,184, тобто розподіл є близьким до симетричного, але з легким нахилом у бік вищих показників (рис. 2.5). Це означає, що кількість дітей із мотивацією вище середнього дещо переважає над тими, хто має нижчі результати, однак різниця є незначною. Стандартна похибка асиметрії (0,125) свідчить про надійність цього показника. Показник екссесу дорівнює 1,30, що вказує на більш виражений гостровершинний розподіл порівняно з нормальним. Це означає, що значна частина результатів зосереджена навколо середнього рівня, а кількість крайніх значень (дуже низьких або дуже високих) є невеликою.

Стандартна похибка ексцесу (0,250) підтверджує стабільність отриманих результатів і дозволяє вважати їх інтерпретацію достовірною.

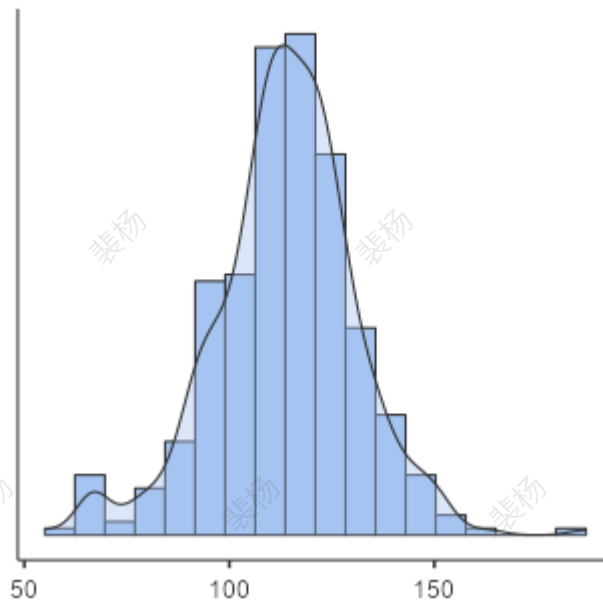


Рис. 2.5. Гістограма розподілу балів вибірки досліджуваних за методикою HPLP-II С. Уолкер (мотиваційний критерій)

Таким чином, результати аналізу описових статистик свідчать, що мотиваційний критерій ціннісного ставлення до здоров'я у дітей характеризується переважанням середнього рівня з відносною однорідністю вибірки, незначним нахилом у бік вищих результатів та концентрацією більшості значень поблизу середнього. Це вказує на потенціал для цілеспрямованої педагогічної роботи, яка може зміцнити мотивацію до ведення здорового способу життя та сприяти її переходу на вищий рівень.

Діти мають помірний рівень сформованості кожної з шести шкал методики HPLP-II С. Уолкер. Це означає, що більшість респондентів на рівні базової мотивації виявляють певне розуміння та частковий інтерес до підтримання здорового способу життя, проте їм ще не вистачає повної послідовності або стійкості у діях. Зокрема, середній рівень вираженості за шкалою «Відповідальність за здоров'я» свідчить про усвідомлення важливості контролю за своїм здоров'ям, однак це усвідомлення не завжди призводить до активних дій. Вони можуть визнавати необхідність регулярного догляду за власним станом, але часто лише частково дотримуються правил здорового

способу життя, що свідчить про наявність, але не достатню сталість мотивації. Помірний рівень вираженості балів за шкалою «Фізична активність» може вказувати на те, що діти тільки час від часу займаються фізичними вправами, проте не завжди роблять це регулярно. Вони можуть залучатися до фізичних навантажень, таких як заняття спортом у закладі або під час дозвілля, але ця активність не є послідовною або структурованою. Помірний рівень у харчових звичках вказує на обмежену обізнаність щодо здорового харчування. Діти можуть виявляти базові знання про користь певних продуктів, проте ще не мають цілісного уявлення про збалансоване харчування і не завжди уникають шкідливих продуктів. Їхні харчові звички можуть змінюватися залежно від обставин, а не завжди бути продуманими.

Середній рівень духовного зростання означає, що діти частково розуміють важливість внутрішнього розвитку та задоволення у житті, але їм часто бракує усвідомленого прагнення до цього. Вони можуть відчувати радість від досягнень або задоволення від певних видів діяльності, але глибоке розуміння значення особистісного розвитку поки що недостатнє. Подібний рівень усереднених значень за шкалою «Соціальна взаємодія» серед досліджуваних дітей вказує на те, що вони зазвичай мають певне коло друзів і можуть отримувати підтримку від оточення, проте їхні навички спілкування ще не сформовані на рівні глибоких, стійких зв'язків. Вони спілкуються з однолітками і звертаються за підтримкою, але не завжди проявляють емоційну зрілість у міжособистісних стосунках.

На середньому рівні розвитку управління стресом діти володіють лише частково ефективними методами боротьби зі стресом. Вони можуть намагатися зменшити емоційне напруження за допомогою певних вправ чи активностей, однак їхній репертуар навичок подолання стресу обмежений. У важких або конфліктних ситуаціях такі діти не завжди здатні контролювати свої емоції і швидко впоратися зі стресом. Загалом середній рівень показників за цими шкалами свідчить про те, що діти розуміють основні аспекти здорового способу життя, але не завжди систематично їх дотримуються. Це

може бути наслідком недостатньої мотивації або знань, які варто розвивати через цілеспрямовані заходи з формування мотиваційного ставлення до здоров'я.

Аналізуючи результати підрахунку відсоткових часток досліджуваних дітей за рівнями сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я, можна побачити виражене переважання середнього рівня мотивації, який характерний для більшості вихованців позашкільних закладів (табл. 2.11, рис. 2.6). Зокрема, 74,1 % досліджуваних мають середній рівень мотиваційної сформованості, що свідчить про помірний інтерес до теми здоров'я та наявність певної, хоча й не завжди стійкої, мотивації до ведення здорового способу життя. Діти цієї групи усвідомлюють значення здоров'я, однак їхнє розуміння не завжди втілюється у послідовні та систематичні дії щодо його збереження. Це може вказувати на недостатню стабільність інтересу до теми здорового способу життя та потребу у педагогічному стимулюванні для закріплення позитивних установок.

Таблиця 2.11

Результати підрахунку відсоткових часток досліджуваних усієї вибірки дітей (N = 378) з різними рівнями сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я

Сформованість мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних дітей		
Рівень	Кількість респондентів	Відсоткова частка, %
Низький	96	25,40
Середній	280	74,1
Високий	2	0,5

Джерело: розраховано автором

Разом з тим 25,4 % дітей продемонстрували низький рівень мотивації. Для них характерна слабка або практично відсутня зацікавленість у проблематиці здоров'я, недостатнє розуміння його ролі в житті та низька

готовність дотримуватися здорових звичок. Такі учні часто не усвідомлюють ризиків, пов'язаних із шкідливими звичками, та виявляють байдужість до власного фізичного стану. Це свідчить про необхідність посиленої просвітницької та виховної роботи для розвитку у них ціннісного ставлення до здоров'я.

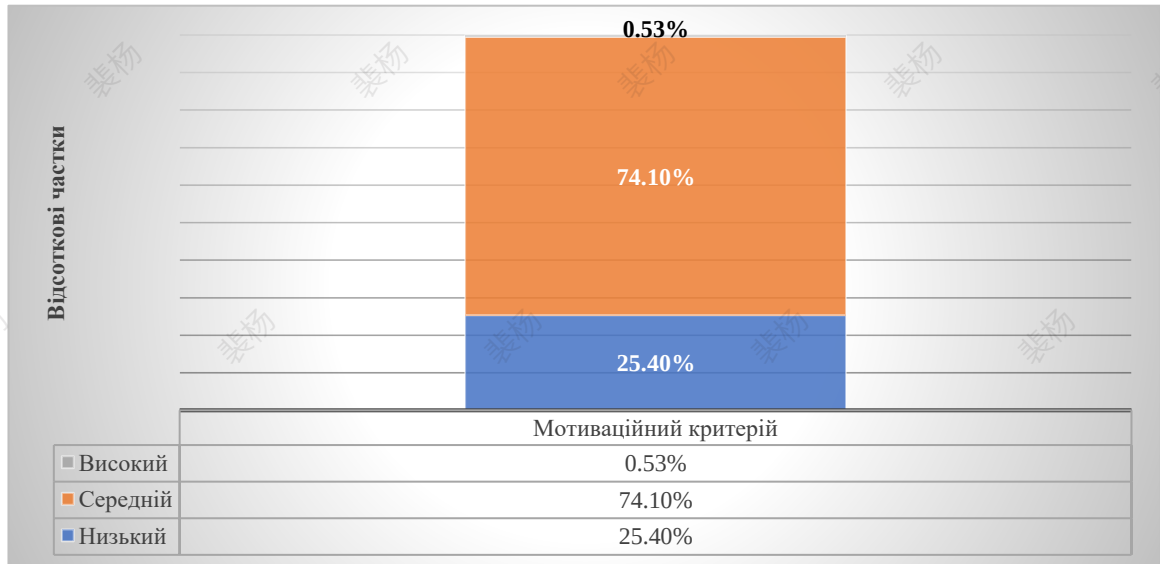


Рис. 2.6. Наочне представлення відсоткових часток досліджуваних дітей з різними рівням сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до власного здоров'я

Тільки 0,5 % дітей мають високий рівень сформованості мотиваційного критерію. Ця невелика група вирізняється стійким інтересом до теми здоров'я, чітким усвідомленням його значення як життєвої цінності та прагненням до здорового способу життя. Для цих дітей характерна внутрішня мотивація підтримувати та розвивати власне здоров'я, а також інтерес до самовдосконалення у цій сфері.

Таким чином, результати підрахунку вказують, що переважна більшість дітей перебуває на середньому рівні сформованості мотиваційного критерію, що створює потенціал для подальшого розвитку. Наявність чверті вибірки з низьким рівнем та вкрай незначної частки дітей із високою мотивацією підкреслює необхідність комплексного підходу до формування ціннісного ставлення до здоров'я, який би поєднував просвітницьку діяльність,

стимулювання особистої зацікавленості та розвиток стійких мотиваційних установок до ведення здорового способу життя.

Аналіз середніх значень мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній ($N = 190$) та експериментальній ($N = 188$) групах дітей на основі даних, отриманих за допомогою опитувальника HPLP-II С. Уолкер, показує, що обидві групи мають схожі середні значення. У контрольній групі середній бал становить 112,84, а в експериментальній – 114,33 (рис. 2.7), що вказує на відсутність значних розбіжностей у мотиваційному рівні до здорового способу життя серед дітей обох груп. Емпіричний коефіцієнт U-критерію Манна-Уїтні дорівнює 18610,0, при цьому значення $p = 0,480$, яке є значно вищим за критичний рівень 0,05 (табл. 2.12). Це свідчить про статистично несуттєві відмінності між групами.

Таблиця 2.12

Результати порівняння показників сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній ($N = 190$) та експериментальній ($N = 188$) групах дітей

Показники	Середні значення дитячих підгруп дослідження		U-критерій Манна-Уїтні	p
	Контрольна група	Експериментальна група		
HPLP-II С. Уолкер	112,84	114,33	18610,0	0,480

Джерело: розраховано автором

Відсутність значущих розбіжностей у показниках мотиваційного критерію між контрольною та експериментальною групами на констатувальному етапі педагогічного експерименту може вказувати на те, що досліджувані діти перебувають у однакових умовах та мають схожий рівень інтересу до здорового способу життя. Схожість показників також може свідчити про те, що на формування мотиваційного ставлення до здоров'я у дітей позашкільних закладів можуть впливати чинники, спільні для обох груп, такі як загальні виховні підходи або соціальне середовище.

На наступному етапі опрацювання результатів діагностики мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я було підраховано відсоткові частки дітей з різними рівнями сформованості цього критерію. Після цього було здійснено їх порівняльний аналіз з використанням такого статистичного критерію як ϕ^* -кутове перетворення Фішера (табл. 2.13).

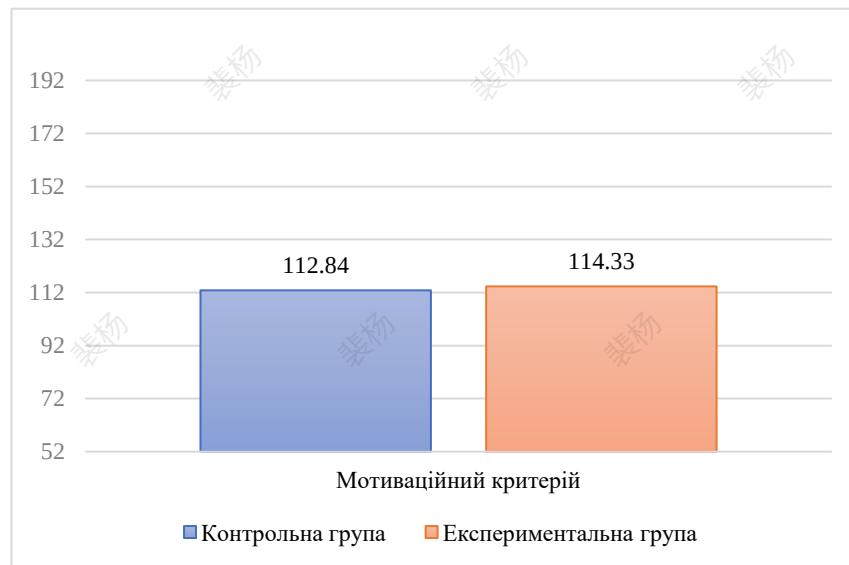


Рис. 2.7. Середні значення сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній та експериментальній групах респондентів

Можна констатувати значне переважання середнього рівня мотиваційного компонента ціннісного ставлення до здоров'я в обох групах. Так, у контрольній групі 75,26 % респондентів мають середній рівень мотивації, а в експериментальній – 72,87 %. Відсоток дітей з низьким рівнем мотивації у контрольній групі становить 24,74 %, тоді як у експериментальній групі він трохи вищий – 26,06 %. На рівні високого рівня мотивації спостерігається певна різниця: в експериментальній групі до цієї категорії входять 1,06% респондентів, тоді як у контрольній групі таких немає. Однак варто зазначити, що даний розподіл, за результатами ϕ^* -кутового перетворення Фішера, не має статистично значущих відмінностей між контрольними та експериментальними групами на жодному з рівнів мотивації.

Значення ϕ^* для низького рівня ($\phi^* = 0,296$), середнього рівня ($\phi^* =$

0,530) та високого рівня ($\varphi^* = 1,634$) не досягають критичної межі значущості ($p > 0,05$), що свідчить про відсутність статистично значущих відмінностей у відсоткових частках між групами за кожним рівнем сформованості мотиваційного критерію. Знову ж таки варто підкреслити, що така подібність відсоткових часток за різними рівнями може бути пов'язана з впливом спільного соціального середовища та схожості освітнього середовища у позашкільних закладах.

Таблиця 2.13

Результати порівняння відсоткових часток досліджуваних контрольної та експериментальної групи з різними рівнями сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до власного здоров'я

Рівень	Група дослідження				Значення φ^*	p
	Контрольна (N = 190)		Експериментальна (N = 188)			
	Кількість респондентів	Відсоткова частка	Кількість респондентів	Відсоткова частка		
Низький	47	24,74	49	26,06	0,296	p > 0,05
Середній	143	75,26	137	72,87	0,530	p > 0,05
Високий	0	0,00	2	1,06	1,634	p > 0,05

Джерело: розраховано автором

Результати діагностики сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти (додаток К). Результати дослідження емоційного критерію відображають помірно позитивне ставлення до власного здоров'я, що є характерним для середнього рівня сформованості цього критерію (табл. 2.14). Усереднена оцінка за змістовим критерієм, що дорівнює 4,0 свідчить про те, що більшість респондентів зображували здоров'я як позитивну або приємну тему. У своїх малюнках діти використовували переважно образи, пов'язані з радістю, активністю та гармонією. Лише в окремих випадках зображення

містили нейтральні елементи, що, ймовірно, відображає певну стриманість або певну амбівалентність емоційних переживань, що стосуються теми здоров'я. Таким чином, більшість дітей має переважно позитивне ставлення до здоров'я, наявність нейтральних елементів у малюнках окремих респондентів може свідчити про часткову невизначеність або недостатню емоційну залученість у цю тему.

Таблиця 2.14

Середні значення показників сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних вихованців позашкільних закладів (N = 378)

Показники	Середні значення за вибіркою дослідження	Рівень
Змістовий критерій	4,0	
Критерій кольорової гами	4,0	
Символічний критерій	3,4	
Сумарний показник сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я	11,3	Середній

Візуальне оформлення дитячих малюнків переважно виконане у теплих та яскравих тонах, що зазвичай асоціюються з позитивним ставленням до здоров'я. Діти використовували такі кольори, як жовтий, оранжевий, зелений, що підкреслює позитивне сприйняття здоров'я як чогось світлого, природного та приємного. Тільки в окремих малюнках також були використані нейтральні кольори, які не мали чітко вираженої емоційної забарвленості. Це може свідчити про те, що деякі діти лише частково сприймають здоров'я як цінність, асоціюючи його з позитивними образами, але, можливо, не до кінця усвідомлюють або емоційно переживають значення цього поняття.

Символічний критерій із середнім значенням 3,4 бали, на відміну від

попередніх, демонструє певну неоднорідність у символічному сприйнятті здоров'я. Оцінка 3,4 відображає наявність більшої кількості нейтральних символів і менш виражених емоційних асоціацій у зображеннях. Деякі діти зображували здоров'я, використовуючи прості символи або абстрактні зображення без чіткої позитивної або негативної емоційної складової, що, ймовірно, вказує на відсутність у цих дітей стійкого емоційного зв'язку із цінністю здоров'я. Застосування простих або схематичних зображень вказує на те, що, хоч діти й сприймають здоров'я як цінність, їхня здатність до символічного вираження цього ставлення ще не до кінця сформована. Лише у деяких малюнках можна побачити чіткі позитивні символи, пов'язані з активним способом життя або природою, що підтверджує частковий, але не завжди послідовний інтерес дітей до здорового способу життя. Загальний сумарний показник емоційного критерію на рівні 11,3 підтверджує, що емоційне ставлення до здоров'я у більшості дітей сформовано на середньому рівні та має виражену позитивну тенденцію розвитку. Однак, разом з цим, необхідно звернути увагу, що діагностичні показники окремих дітей вказують на необхідність поглиблення цього ставлення.

Результати підрахунку відсоткових часток дітей з різними рівнями сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я демонструють помітний розподіл між середнім та високим рівнями емоційного ставлення до теми здоров'я (табл. 2.15, рис. 2.8).

Таблиця 2.15

Результати підрахунку відсоткових часток досліджуваних усієї вибірки дітей (N = 378) з різними рівнями сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я

Сформованість емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних дітей		
Рівень	Кількість респондентів	Відсоткова частка, %
Низький	0	0,0
Середній	211	55,82
Високий	167	44,18

Низький рівень не був зафіксований у жодного з респондентів, що свідчить про відсутність байдужого або негативного ставлення до здорового способу життя та вказує на певну зацікавленість темою здоров'я серед усіх дітей. Нульовий відсоток респондентів із низьким рівнем емоційного критерію означає, що в досліджуваній вибірці не було зафіксовано ознак відсутності інтересу до питань здоров'я, нехтування темою або уникання участі в заходах, спрямованих на його підтримання. Відсутність дітей із низьким рівнем емоційного ставлення також може свідчити про те, що, незалежно від ступеня емоційного залучення, всі респонденти демонструють певну, хоча й не завжди глибоку, ціннісну прихильність до здоров'я та здорового способу життя.

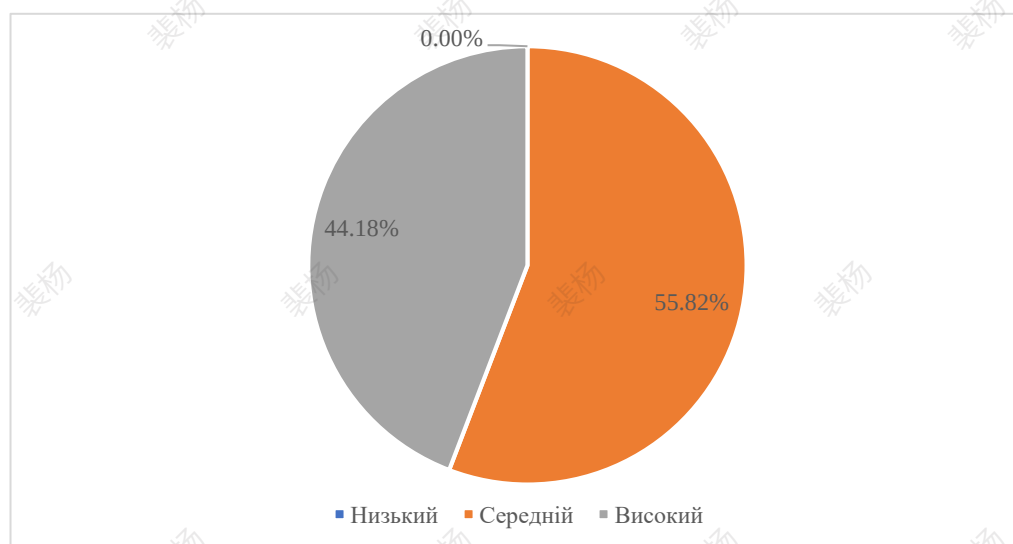


Рис. 2.8. Відсоткові частки дитячої вибірки дослідження (N = 378) з різними рівнями сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до власного здоров'я

Більша частка вибірки, а саме 55,8 % (211 дітей), продемонструвала середній рівень емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я, що вказує на помірний інтерес до питань здоров'я. Діти, які мають середній рівень, характеризуються періодичним проявом інтересу до здоров'я, вибірковою участю у заходах та відсутністю стійкої емоційної залученості у здоров'язберігаючу поведінку. Їхнє сприйняття цінності здоров'я є усвідомленим, але все ще недостатньо сильним, щоб викликати яскраве та

регулярне емоційне задоволення від підтримання здоров'я або активної участі у відповідних заходах. Це означає, що ці діти емоційно визнають важливість здоров'я, але їхнє ставлення є радше періодичним, а не систематичним. Наявність понад половини вибірки на цьому рівні свідчить про потенційний інтерес до здоров'я, який міг би поглиблюватися через додаткові емоційно значущі заходи, спрямовані на розвиток усвідомленого й стабільного ставлення до здорового способу життя.

Дещо менша, але все ще значна частка дітей, а саме 44,2 % (167 дитина), продемонстрували високий рівень сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я. Високий рівень емоційного залучення характеризується стабільним і яскраво вираженим позитивним ставленням до здоров'я, постійною радістю від участі в заходах, що пропагують здоровий спосіб життя, та емоційною стійкістю в підтриманні такої поведінки. Діти, які належать до цієї групи, відчують щире задоволення від збереження та розвитку власного здоров'я, демонструючи готовність до участі у заходах, спрямованих на підтримку здоров'я, і прагнення активно сприяти його розвитку. Високий рівень, виявлений у значної частки вибірки, свідчить про те, що багато дітей мають внутрішнє емоційне бажання зберігати здоров'я, і це може бути показником високої особистої цінності здоров'я, усвідомленої як життєва необхідність.

Загальний розподіл результатів вказує на те, що більшість дітей розглядає здоров'я як важливий аспект свого життя, демонструючи як помірний, так і високий рівень емоційного залучення до цієї теми. Відсутність низького рівня та велика частка дітей із високим рівнем емоційного ставлення підкреслюють позитивні тенденції у ставленні до здоров'я серед досліджуваної вибірки, що є позитивним показником у контексті виховання здорового способу життя.

У табл. 2.16 представлено середні значення та результати порівняння показників сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній та експериментальній групах дітей. Можна

констатувати мінімальні розбіжності між групами за всіма критеріями оцінки. Зокрема, за змістовим критерієм обидві групи мають однакові середні значення – 4,0 бали, що відображає високий рівень емоційного усвідомлення та ставлення до здоров'я в обох групах. Тобто діти в обох групах позитивно сприймають питання здоров'я, і жодних статистично значущих відмінностей за змістовим критерієм не виявлено, що підтверджується значенням U-критерію Манна-Уїтні ($U = 17844,5$; $p > 0,05$).

Таблиця 2.16

Результати порівняння показників сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній (N = 190) та експериментальній (N = 188) групах дітей

Показники	Середні значення дитячих підгруп дослідження		U-критерій Манна-Уїтні	p
	Контрольна група	Експериментальна група		
Змістовий критерій	4,0	4,0	17844,5	0,986
Критерій кольорової гамаи	3,9	4,0	19566,5	0,061
Символічний критерій	3,5	3,3	17245,5	0,056
Сумарний показник сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я	11,4	11,3	17376,0	0,637

Джерело: розраховано автором

За критерієм кольорової гамаи спостерігається незначна різниця у середніх значеннях: 3,9 у контрольній групі та 4,0 у експериментальній (рис. 2.9). Це може вказувати на більш виражену емоційну насиченість у малюнках дітей експериментальної групи через використання теплих кольорів, які

символізують позитивне ставлення до здоров'я. Однак різниця не є статистично значущою ($U = 19566,5$; $p > 0,05$), що свідчить про порівняно однаковий рівень позитивного емоційного сприйняття здоров'я у обох групах за цим показником.

За символічним критерієм було отримано середнє значення 3,5 бали у контрольній групі та 3,3 бали у експериментальній, що свідчить про дещо вищий рівень символічного вираження здоров'я у контрольній групі, однак ця різниця також не є статистично значущою. Як видно з емпіричного значення U-критерію ($U = 17245,5$; $p > 0,05$) контрольна та експериментальна групи не відрізняються за показником символічного критерію, тобто жодна група не має яскраво вираженої переваги у використанні символів, що асоціюються з поняттям здоров'я. Загальний підсумковий показник сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я становить 11,4 у контрольній групі та 11,3 у експериментальній. Це свідчить про аналогічний рівень емоційного залучення в обох групах, що підтверджується значенням U-критерію ($U = 17376,0$; $p > 0,05$).

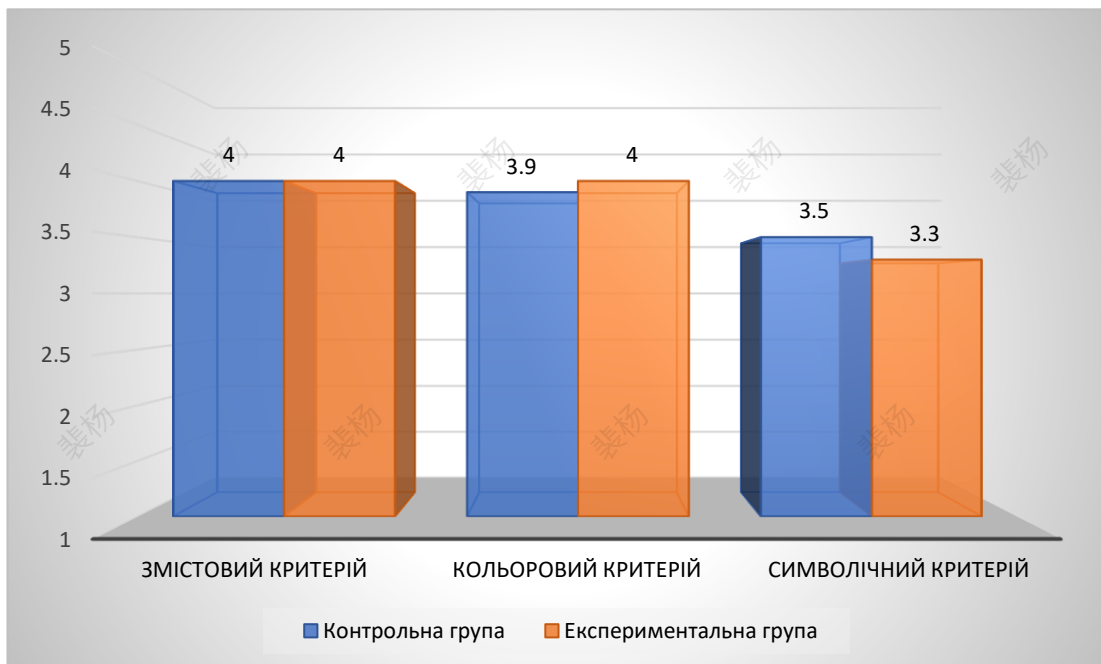


Рис. 2.9. Середні показники вираженості критеріїв, визначених за авторською малюнковою методикою «Малюнок здоров'я», досліджуваних контрольної та експериментальної групи

Результати показують, що на констатувальному етапі емпіричного дослідження між контрольною та експериментальною групами немає статистично значущих відмінностей у рівнях сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я за всіма розглянутими показниками, що може свідчити про подібний рівень емоційного усвідомлення цінності здоров'я та аналогічні емоційні реакції на тему здоров'я у дітей обох груп.

Результати діагностики сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти (Додаток Л). На наступному етапі опрацювання емпіричних даних основну увагу було сконцентровано на аналізі особливостей сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних дітей, які визначались за допомогою експертних оцінок педагогів та батьків.

Аналіз середніх значень за результатами експертних оцінок батьків і педагогів вказує на високий рівень вираженості у дітей тих поведінкових проявів, які спрямовані на збереження здоров'я (табл. 2.17).

Усереднена експертна оцінка батьків становить 7,8, що відповідає високому рівню сформованості. Тобто згідно зі спостереженнями батьків їхні діти активно дотримуються правил особистої гігієни без необхідності постійного нагадування, самостійно обирають здорові харчові продукти та прагнуть до регулярної фізичної активності.

Крім цього вони, як правило, проявляють особисту відповідальність у питаннях здоров'я, дотримуються режиму дня, мають позитивне ставлення до спорту і активного відпочинку, що може вказувати на глибоке розуміння і усвідомлення важливості здорового способу життя та відповідну підтримку з боку сім'ї.

Таблиця 2.17

**Середні значення показників сформованості поведінкового критерію
ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних вихованців
позашкільних закладів (N = 378)**

Показники	Середні значення за вибіркою дослідження	Рівень
Експертна оцінка батьків	7,8	
Експертна оцінка педагогів	6,5	
Сумарний показник сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я	14,3	Високий

Джерело: розраховано автором

Експертна оцінка педагогів в середньому дорівнює 6,5 балам, що хоча і є нижчим за батьківські оцінки, проте також свідчить про досить високий рівень сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я. Оцінка педагогів може вказувати на те, що в поведінці дітей іноді все ще спостерігається необхідність додаткового заохочення та нагадування з боку дорослих щодо окремих аспектів здорового способу життя.

Наприклад, частина дітей може потребувати підказок щодо дотримання режиму дня, сну або участі у спортивних заходах, що вказує на необхідність підтримки з боку педагогів у питаннях зміцнення здорових звичок. Можливо, у шкільному середовищі, де значний акцент робиться на групові заняття, деякі діти схильні до менших проявів ініціативи або не завжди обирають активності, пов'язані зі здоров'ям, самостійно. Крім цього, досить високі експертні оцінки зі сторони дорослих пов'язані з віковими особливостями дітей, зокрема, їх схильністю до рухової активності, яка значно перевищує рухову активність дорослих.

Сумарний показник сформованості поведінкового критерію становить 14,3, що знаходиться на межі середнього та високого рівня. Це підкреслює загальну тенденцію серед дітей до усвідомленого дотримання здорових звичок, а також свідчить про стійке формування ціннісного ставлення до здоров'я на поведінковому рівні та демонструє мотивацію до підтримки здорового способу життя як важливої цінності.

Було підраховано відсоткові частки респондентів щодо рівнів сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я і встановлено, що серед усієї вибірки дітей ($N = 378$) спостерігається майже рівний розподіл між середнім і високим рівнями, при цьому низький рівень не було зафіксовано в жодної дитини (табл. 2.18).

Відсутність респондентів з низьким рівнем поведінкового критерію свідчить про те, що в даній вибірці всі діти мають певну базу знань і навичок щодо здорового способу життя та виявляють зацікавленість у здоров'язбережувальній поведінці, навіть якщо вона не завжди має стабільний або самостійний характер.

Більшості дітей (51,9 %) за оцінками батьків та педагогів притаманний середній рівень сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я (рис. 2.10).

Пояснити такий результат можна тим, що в їхній поведінці спостерігається вибірковий підхід до здорових практик: вони можуть періодично дотримуватися правил гігієни та здорового харчування, а також інколи брати участь у фізичній активності, але їм часто потрібні нагадування та зовнішній контроль з боку дорослих.

Для таких дітей характерне більш менш свідоме та відповідальне ставлення до власного здоров'я, що вказує на потенціал до подальшого розвитку здоров'язбережувальних звичок, зокрема за умов сприятливого впливу з боку родини та освітнього середовища.

Таблиця 2.18

Результати підрахунку відсоткових часток досліджуваних усієї вибірки дітей (N = 378) з різними рівнями сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я

Сформованість поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних дітей		
Рівень	Кількість респондентів	Відсоткова частка
Низький	0	0,0%
Середній	196	51,9%
Високий	182	48,1%

Джерело: розраховано автором

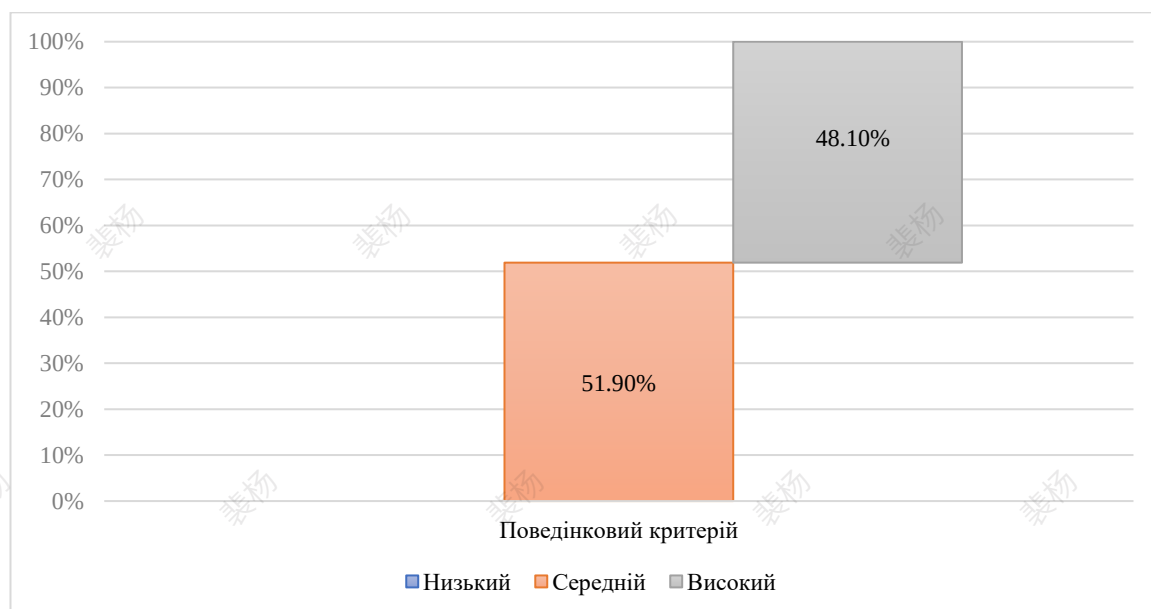


Рис. 2.10. Наочне представлення відсоткових часток досліджуваних дітей з різними рівням сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до власного здоров'я

Значна частка дітей (48,1 %) демонструє високий рівень сформованості поведінкового критерію. Ці діти, ймовірно, регулярно та самостійно виконують гігієнічні процедури, свідомо обирають здоровий раціон, активно беруть участь у спортивних заходах, чітко дотримуються режиму дня та свідомо уникають ризикованих звичок. Така поведінка свідчить про стійке

усвідомлення важливості здоров'я, яке стало частиною їхнього повсякденного життя та визначає загальне ставлення до здоров'я. Високий рівень поведінкового критерію майже у половини вибірки також може бути результатом систематичного впливу виховної роботи у закладах позашкільної освіти, спрямованої на популяризацію здорового способу життя.

У результаті аналізу середніх значень показників сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній та експериментальній групах дітей виявлено майже однаковий рівень оцінок, що свідчить про схожість поведінкових проявів у обох групах (табл. 2.19).

Таблиця 2.19

Результати порівняння показників сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній (N = 190) та експериментальній (N = 188) групах дітей

Показники	Середні значення дитячих підгруп дослідження		U-критерій Манна-Уїтні	p
	Контрольна група	Експериментальна група		
Експертна оцінка батьків	7,8	7,8	18570,5	0,490
Експертна оцінка педагогів	6,6	6,5	16915,5	0,365
Сумарний показник сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я	14,4	14,3	17582,5	0,791

Джерело: розраховано автором

Середнє значення за експертною оцінкою батьків становить 7,8 бали як для контрольної, так і для експериментальної груп, що підтверджує стабільний рівень поведінкових навичок у дітей щодо здорового способу життя, які оцінюють найближчі дорослі (рис. 2.11). Високий рівень значення експертної оцінки батьків вказує на позитивну оцінку з боку родини дотримання дітьми

здоров'язберезувальних практик, таких як регулярне дотримання гігієни, вибір здорових продуктів і активна участь у фізичній діяльності.

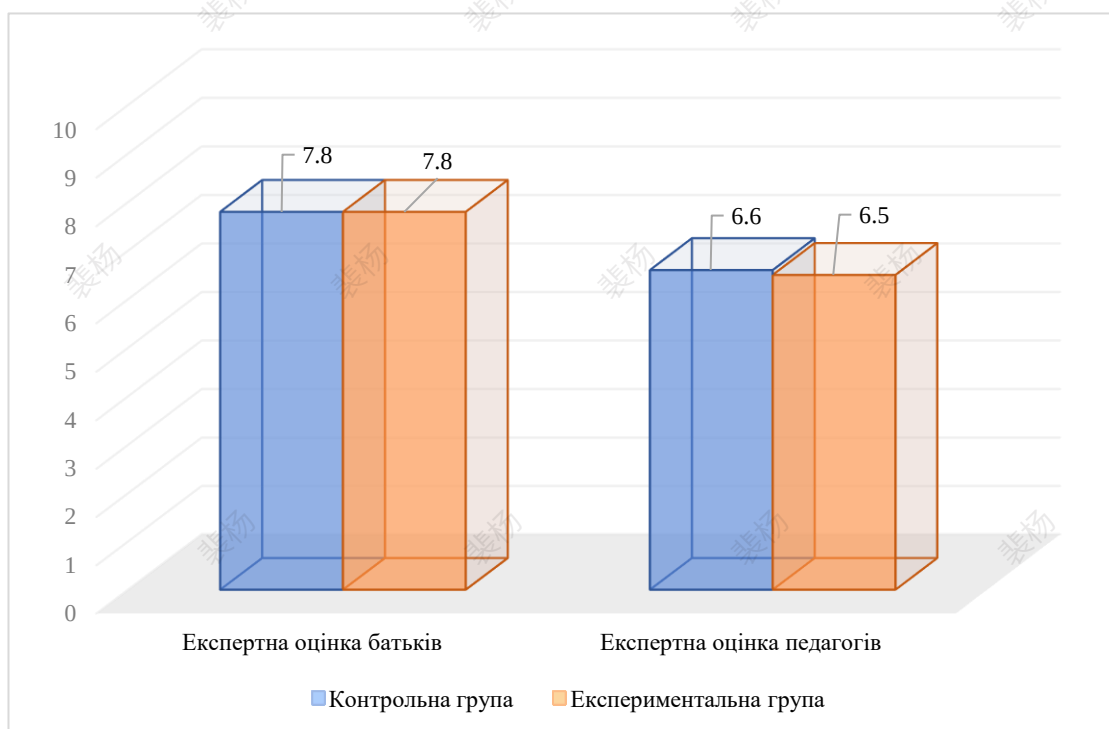


Рис. 2.11. Середні показники експертних оцінок педагогів та батьків диференційованих за контрольною та експериментальною групою дітей

Експертна оцінка педагогів позашкільних закладів для дітей з контрольної групи дещо перевищує оцінку експериментальної групи, але різниця є незначною: 6,6 бали для контрольної групи проти 6,5 бали для експериментальної. Це свідчить про невеликі розбіжності в поглядах педагогів на поведінкову активність та здоров'язберезувальні практики дітей, які однак не мають статистично значущих відмінностей. Можливо, така незначна різниця пов'язана з індивідуальними особливостями груп, а також з тим, що діти з обох груп демонструють помірний рівень сформованості поведінкових звичок, пов'язаних з дотриманням здорового способу життя у позашкільних закладах. І, відповідно, час від часу потребують певного стимулювання з боку дорослих.

Сумарний показник сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній групі становить 14,4 бали, а в

експериментальний – 14,3 бали. Це незначне розходження також виявилось статистично незначущим ($U = 17582,5$; $p > 0,05$), що підтверджує відсутність відмінностей між групами за сумарним показником поведінкового критерію.

Таким чином, результати демонструють однаковий рівень поведінкової складової ціннісного ставлення до здоров'я в обох групах, що може вказувати на узгодженість впливу середовища позашкільної освіти на дітей незалежно від їх участі у спеціальних програмах чи заходах, спрямованих на популяризацію здорового способу життя.

Результати оцінки загального рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вибірці дослідження (Додаток М). Останній етап опрацювання результатів констатувального етапу педагогічного експерименту полягав у визначенні загального рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я шляхом сумування отриманих респондентами балів за кожним із критеріїв – когнітивним, мотиваційним, емоційним та поведінковим. Після цього було розраховано описові статистики за параметром сформованості ціннісного ставлення до здоров'я за усієї вибіркою дослідження, підраховано та проаналізовано відсоткові частки дітей з різним рівнем ціннісного ставлення до здоров'я, порівняно показники контрольної та експериментальної групи дослідження за цим параметром.

Аналізуючи основні описові статистики загального рівня ціннісного ставлення до здоров'я у вибірці досліджуваних дітей ($N = 378$), можна зробити кілька ключових висновків. Усереднене значення загального показника становить 177 балів, що відповідає середньому рівню ціннісного ставлення до здоров'я. Середнє значення повністю збігається з медіаною (177) та модою (177) (табл. 2.20), що свідчить про високу симетричність розподілу та концентрацію результатів саме в межах середнього рівня (рис. 2.12).

Стандартне відхилення становить 19,3 бали, що вказує на помірну варіативність показників серед дітей. Межі коливань – від 111 до 243 балів – охоплюють увесь можливий діапазон значень, що дозволяє зафіксувати у вибірці всі три рівні сформованості (низький, середній та високий). Водночас

більшість респондентів все ж зосереджені в межах середнього рівня.

Таблиця 2.20

Основні описові статистики за результатами визначення загального рівня вираженості ціннісного ставлення до здоров'я у загальній вибірці дітей (N = 378)

Статистичні показники вибірки дослідження	Значення
Середнє	177
Медіана	177
Мода	177
Стандарте відхилення	19,3
Дисперсія	372
Мінімум	111
Максимум	243
Асиметрія	-0,280
Стандартна похибка асиметрії	0,125
Ексцес	1,03
Стандартна похибка ексцесу	0,250

Джерело: розраховано автором

Ексцес із величиною 1,03 свідчить про більш виражену гостровершинність розподілу порівняно з нормальним. Це означає, що більшість дітей отримали результати, близькі до середнього рівня, а частка респондентів з дуже низькими чи дуже високими значеннями є невеликою. Стандартна похибка ексцесу (0,250) підтверджує стабільність отриманих результатів.

Отже, розподіл загального показника ціннісного ставлення до здоров'я характеризується високою концентрацією навколо середнього рівня при збереженні помірної варіативності та тенденції до домінування середніх і

дещо вищих значень. Це свідчить про те, що більшість дітей мають сформоване, але не максимально розвинене ціннісне ставлення до здоров'я, що створює передумови для подальшого розвитку у цьому напрямку.

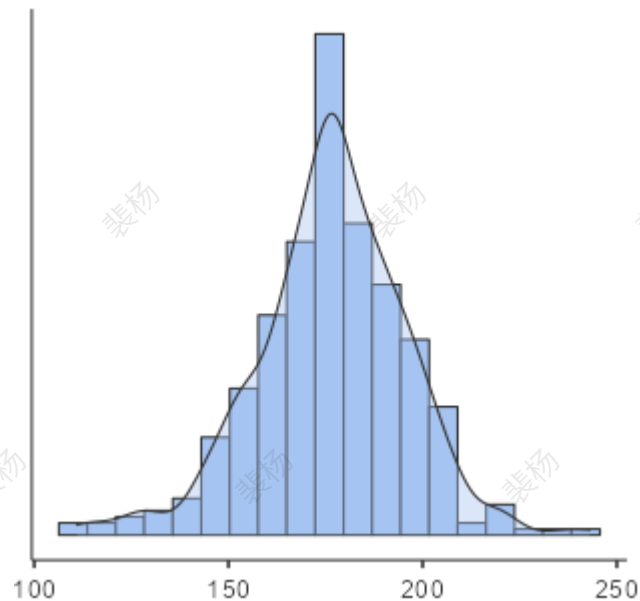


Рис. 2.12. Гістограма розподілу сумарних балів загального рівня вираженості ціннісного ставлення до здоров'я вибірки досліджуваних дітей

Результати підрахунку відсоткових часток досліджуваних вибірки дітей з різними рівнями сформованості ціннісного ставлення до здоров'я (табл. 2.21, рис. 2.13) цілком узгоджуються з наведеними вище описовими статистиками.

Аналіз результатів відсоткового розподілу рівнів сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у загальній вибірці надає змогу переконатись, що переважна більшість дітей демонструє середній рівень сформованості цього ставлення – 92,6% респондентів. Середній рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я характеризується частковою усвідомленістю здоров'язбережувальних цінностей та розумінням базових принципів здорового способу життя. Вихованці на цьому рівні загалом розуміють важливість здорового харчування, фізичної активності та уникнення шкідливих звичок, але їхні дії є непослідовними, вимагають зовнішнього нагадування та мотивації з боку дорослих. Ці учні зазвичай

сприймають поради та настанови педагогів або батьків, однак відсутність особистої ініціативи може обумовлювати недостатню стійкість поведінки у напрямку здоров'язбереження. Це свідчить про наявність потенціалу для розвитку ціннісного ставлення до здоров'я, але й про необхідність додаткової роз'яснювальної роботи з боку дорослих для закріплення таких цінностей у повсякденному житті дітей.

Таблиця 2.21

Результати підрахунку відсоткових часток досліджуваних усієї вибірки дітей (N = 378) з різними рівнями сформованості ціннісного ставлення до здоров'я

Сформованість ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних дітей		
Рівень	Кількість респондентів	Відсоткова частка, %
Низький	26	6,9
Середній	350	92,6
Високий	2	0,5

Джерело: розраховано автором

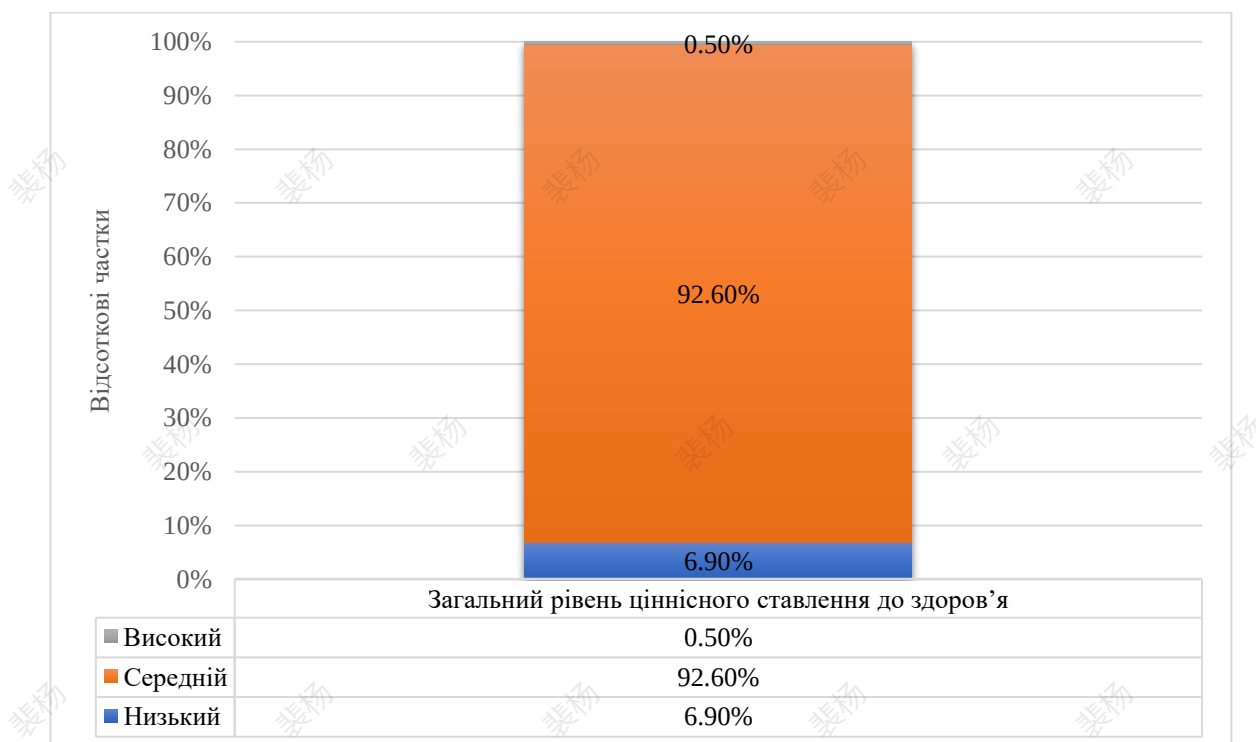


Рис. 2.13. Наочне представлення відсоткових часток досліджуваних дітей з різними рівнями сформованості ціннісного ставлення до здоров'я

Низький рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я зафіксовано у 6,9 % дітей, що відображає недостатню обізнаність частки вихованців щодо важливості здорового способу життя і недостатню мотивацію до збереження здоров'я. Діти з цим рівнем демонструють слабе розуміння основ здоров'я, а також недостатньо усвідомлюють цінність власного здоров'я як особистісного пріоритету. Вони мало обізнані щодо ризиків, пов'язаних зі шкідливими звичками, та не виявляють ентузіазму до участі у заходах із пропаганди здорового способу життя. Низький рівень сформованості виявляється у байдужому ставленні до власного фізичного та емоційного добробуту, слабкій мотивації до розвитку здорових звичок і відсутності відповідальності за своє здоров'я.

Високий рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я було зафіксовано лише у 0,5 % вибірки. Це одиничні випадки, в яких вихованці глибоко усвідомлюють значення здоров'я як особистісної цінності і активно дотримуються принципів здорового способу життя, проявляючи відповідальність за своє здоров'я та готовність бути прикладом для інших. Такі діти демонструють високу мотивацію до збереження здоров'я, регулярно дотримуються основних здоров'язбережувальних норм і активно уникають ризиків, пов'язаних із шкідливими звичками.

У цілому ж отриманий результат свідчить про достатній рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у більшості вихованців, що є черговим свідченням значного потенціалу позашкільної освіти у царині формування установки у дітей на здоровий спосіб життя та здоров'язбережувальних навичок. У той же час залишається простір для вдосконалення функціонування сучасних закладів позашкільної з метою досягнення прогресивного формування ціннісного ставлення до здоров'я у їхніх вихованців.

Порівняльний аналіз сформованості ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній та експериментальній групах дітей у першу чергу дозволяє констатувати дуже схожі середні значення в кожній з груп респондентів: і в

контрольній, і в експериментальній групі цей показник становить 176,5 балів. Результати розрахунку за U-критерієм Манна-Уїтні підтверджують відсутність статистично значущих відмінностей між групами (табл. 2.22).

Таблиця 2.22

Результати порівняння показників сформованості загального рівня ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній (N = 190) та експериментальній (N = 188) групах дітей

Показники	Середні значення дитячих підгруп дослідження		U-критерій Манна-Уїтні	p
	Контрольна група	Експериментальна група		
Загальний рівень вираженості ціннісного ставлення до здоров'я	176,5	176,5	17409,0	0,671

Джерело: розраховано автором

Таким чином, можна стверджувати, що до початку нашого педагогічного експерименту умови та методи виховання обох груп дітей були подібними у своєму впливі на рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я. Іншими словами, відсутність суттєвої різниці між показниками груп свідчить про рівномірний рівень засвоєння основ здоров'язбережувальної поведінки та установки на збереження здоров'я серед дітей у обох групах на момент проведення вимірювань.

Висновки до другого розділу

У розділі представлено результати дослідження рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти.

Узагальнюючи різні підходи до визначення структури ціннісного ставлення до здоров'я, було визначено критерії та показники його сформованості у вихованців закладу позашкільної освіти. Так, *когнітивний*

критерій відображає рівень їхньої обізнаності та розуміння основних концептів, пов'язаних зі здоров'ям. Ключовими складовими цього критерію є поінформованість дітей про аспекти здорового способу життя, розуміння впливу різних факторів на фізичне та психічне благополуччя, а також здатність відрізняти позитивні і негативні звички. *Мотиваційний критерій* визначає рівень зацікавленості, прагнення та готовності дитини підтримувати здоровий спосіб життя. Він охоплює систему мотивів, які спонукають вихованців до поведінки, спрямованої на збереження та зміцнення здоров'я, а також їхні ціннісні орієнтації на здоров'я як одну з провідних життєвих цінностей. *Емоційний критерій* сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців позашкільних закладів освіти відображає стійке позитивне емоційне ставлення до здорового способу життя, яке проявляється у здатності дитини отримувати задоволення від здоров'язберігаючої поведінки та у її емоційній залученості до збереження власного здоров'я. *Поведінковий критерій* є ключовим показником практичного втілення знань, мотивації та емоційного ставлення до здорового способу життя у конкретних діях та поведінці дітей. Для кожного критерію було розроблено показники та визначено рівні сформованості за допомогою спеціально підібраних методик.

Діагностична оцінка когнітивного, мотиваційного, емоційного та поведінкового критеріїв сформованості ціннісного ставлення до здоров'я шляхом додавання отриманих балів за кожним критерієм (загальна сума може коливатися в діапазоні від 68 до 308 балів) дозволила визначити загальний рівень ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти, який також має три градації: низький, середній та високий.

Опрацювання результатів констатувального етапу педагогічного експерименту полягало у покроковій оцінці та визначенні рівня сформованості кожного з виділених критеріїв ціннісного ставлення до здоров'я за загальною вибіркою дослідження. Щодо когнітивного та мотиваційного критеріїв ціннісного ставлення до здоров'я можна підсумувати, що більшість досліджуваних вихованців позашкільних закладів мають середній рівень його

сформованості. Більш високі результати були отримані за показниками емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я серед досліджуваних дітей. Загальний розподіл результатів показує, що більшість дітей розглядає здоров'я як важливий аспект свого життя, демонструючи як помірний, так і високий рівень емоційного залучення до цієї теми. Достатньо сформованим є також поведінковий критерій ціннісного ставлення до власного здоров'я серед вихованців позашкільних закладів.

Відсутність статистично значущих відмінностей між середніми значеннями показників контрольної та експериментальної груп свідчить про їхню вихідну однорідність за рівнем сформованості ціннісного ставлення до здоров'я. Це гарантує чистоту і об'єктивність подальшого дослідження і є вихідною точкою для реалізації програми формувального етапу педагогічного експерименту.

Матеріали розділу висвітлено у наукових публікаціях автора [140], [142], [146].

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я ВИХОВАНЦІВ ЗАКЛАДУ ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

3.1. Обґрунтування та впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти

Позашкільний освітній процес, спрямований на формування корисних звичок і усвідомленого ставлення до здоров'я, має бути цілісним та сприяти гармонійному розвитку фізичних і психічних якостей молодого покоління. Така діяльність включає кілька ключових аспектів: 1) аналіз уявлень вихованців про здоровий стиль життя та створення інструментів для оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я; 2) формування відповідального ставлення і стійкої мотивації до ведення здорового способу життя; 3) забезпечення гармонійної трансформації ціннісного ставлення до здоров'я у здоровий спосіб життя.

Основним завданням дослідження у цій сфері є створення моделі такого освітнього процесу, який би дозволив успішно формувати ціннісне ставлення до здоров'я у вихованців в умовах закладів позашкільної освіти.

Модель формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти представлено на рис. 3.1. Відмінною характеристикою запропонованої моделі є акцент на активній ролі вихованців закладів позашкільної освіти у процесі пізнання навколишнього світу, що здійснюється за рахунок міжособистісної взаємодії з педагогами та іншими учасниками освітнього процесу, а також за рахунок діяльності діяльність, спрямованої на самопізнання. У зв'язку з цим, становлення орієнтацій на здоровий спосіб життя розглядається як поступове наближення особистості до усвідомлення життєвих цінностей відповідно до діалектичного принципу реалізації потреб. Формування ціннісних орієнтацій передбачає

трансформацію потенційних запитів у реальні життєві потреби.

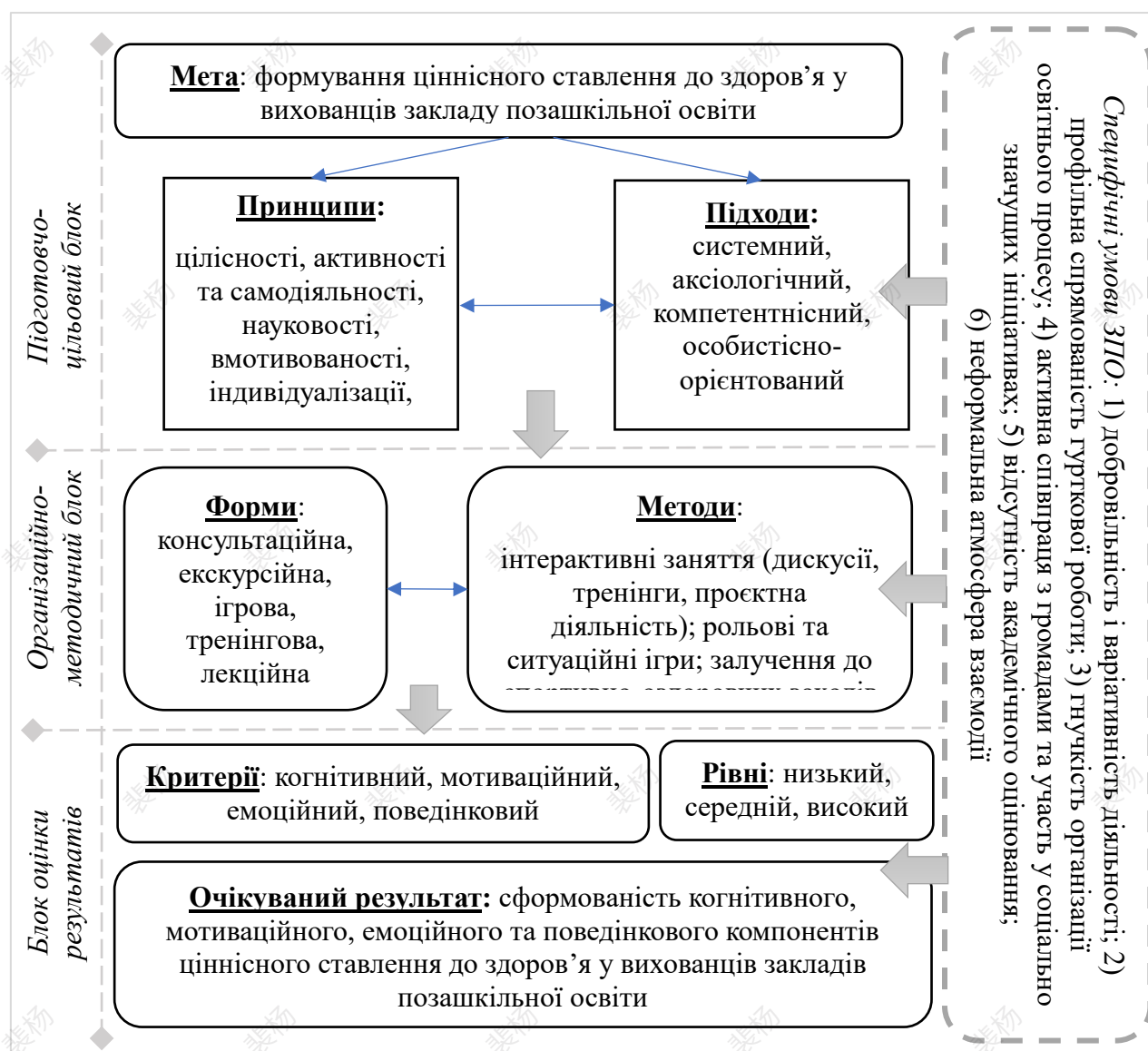


Рис. 3.1. Модель формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти

Концептуальні засади цієї моделі базуються на філософських та аксіологічних положеннях, що визначають пріоритетність загальнолюдських ідеалів, а також на глобально-еволюційному підході до розуміння значущості природи та людини. Виховний потенціал моделі полягає в тому, що її впровадження у позашкільну навчальну діяльність, а також охоплення нею сфери дозвілля, зокрема, канікулярний час, сприяє створенню умов для підтримання, збереження та відновлення здоров'я. При цьому враховуються

інтереси, потреби вихованців, забезпечуються можливості для самореалізації, продуктивного спілкування та ініціативної діяльності у різноманітних формах, включаючи трудову активність, пізнавальну та ігрову діяльність, культурні заходи тощо. У центрі цієї моделі перебуває здоров'я як міждисциплінарних феномен та ціннісне ставлення до нього, яке виступає ключовим показником якості освіти.

Структура запропонованої нами моделі формування ціннісних установок щодо здорового способу життя містить три основні складові: підготовчо-цільовий, організаційно-методичний блоки та блок оцінки результатів. Кожен із них включає певні структурні елементи. Зокрема, підготовчо-цільовий блок охоплює визначення мети, основних підходів та принципів, які забезпечують формування ціннісних орієнтацій на здоровий спосіб життя у вихованців позашкільних закладів.

У якості ключових принципів успішного формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти визначено принцип цілісності, принцип активності та самостійної діяльності, принцип науковості, принцип вмотивованості, принцип індивідуалізації та принцип партнерства.

Принцип цілісності ґрунтується на розумінні здоров'я як багатовимірного феномену, що охоплює фізичний, психічний, соціальний і духовний аспекти. Відповідно до цього підходу, ефективне виховання ставлення до здоров'я передбачає врахування взаємозв'язку між зазначеними компонентами, що унеможливорює їх ізольований розгляд. Фізичне здоров'я охоплює стан організму, рівень фізичної активності, функціонування органів і систем, а також здатність організму до адаптації та саморегуляції. Психічний компонент стосується емоційного благополуччя, когнітивних процесів, стресостійкості та психологічної гнучкості, що є необхідними умовами для гармонійного розвитку особистості. Соціальний аспект здоров'я пов'язаний із якістю міжособистісних відносин, рівнем соціалізації, здатністю до конструктивної комунікації та інтеграції у суспільство [16]. Духовний вимір

визначає ціннісні орієнтири, моральні засади, усвідомлення сенсу життя і самореалізацію особистості [14; 22; 118].

У межах принципу цілісності педагогічний процес у закладах позашкільної освіти має бути спрямований на формування у вихованців усвідомлення необхідності підтримки гармонії між усіма складовими здоров'я, що передбачає створення освітнього середовища, яке сприяє розвитку фізичної активності, емоційної зрілості, соціальної компетентності та духовної спрямованості [74; 131]. Реалізація цього принципу забезпечує комплексний підхід до виховання культури здоров'я, сприяє формуванню відповідального ставлення до власного здоров'я та усвідомлення його значущості для повноцінного життя та самореалізації особистості.

Принцип активності та самостійної діяльності у рамках розробленої моделі базується на безумовному визнанні суб'єктної позиції вихованців ЗПО та безпосередньої участі у власному розвитку. Відповідно до цього принципу, ефективне виховання ставлення до здоров'я можливе лише за умови, що діти не виступають пасивними об'єктами педагогічного впливу, а стають активними творцями власного здоров'язбережувального досвіду [45; 75]. Це передбачає створення умов, за яких вихованці не лише засвоюють теоретичні знання про здоров'я, а й беруть участь у практичних заходах, які сприяють формуванню відповідних навичок та переконань.

Різномірне та активне залученість вихованців до процесу навчання й виховання сприяє усвідомленню ними власної відповідальності за фізичний, психічний, соціальний і духовний стан, що є необхідною передумовою вироблення стійких ціннісних орієнтацій щодо здорового способу життя. У рамках зазначеного принципу передбачається опора педагогів ЗПО на ініціативність, творчий підхід та самостійну діяльність вихованців у сфері збереження і зміцнення здоров'я, що виражається у сприянні свідомому виборі здоров'язбережувальних видів діяльності, участі в спортивних, рекреаційних та соціально значущих проєктах [131; 205]. Реалізація цього принципу передбачає використання інтерактивних методів навчання, ігрових

технологій, проєктної діяльності, а також створення ситуацій вибору, які стимулюють вихованців до прийняття самостійних рішень щодо власного здоров'я. Таким чином, активність і самодіяльність є ключовими умовами ефективного формування у вихованців внутрішньої мотивації до здорового способу життя, що сприяє не лише їхньому фізичному розвитку, а й формуванню відповідальної, самостійної та соціально зрілої особистості.

Принцип науковості передбачає використання сучасних наукових підходів, методик та технологій, що ґрунтуються на об'єктивних дослідженнях у галузі медицини, психології, педагогіки та соціології [45; 121; 131; 205; 219]. Реалізація цього принципу забезпечує відповідність освітнього процесу актуальним знанням про здоров'я, механізми його збереження та зміцнення, а також сприяє запобіганню поширенню неефективних або застарілих практик.

Використання науково обґрунтованої інформації дає змогу формувати у вихованців критичне мислення щодо питань здоров'я, розвивати здатність аналізувати інформацію з різних джерел та приймати свідомі рішення, що базуються на доказових підходах. Науковість також проявляється у системному підході до викладання здоров'язбережувальної освіти, який включає інтеграцію знань з різних дисциплін, об'єктивну оцінку впливу зовнішніх і внутрішніх факторів на стан здоров'я та використання емпірично підтверджених методів формування здорового способу життя [121]. Дотримання принципу науковості передбачає постійне оновлення змісту здоров'язбережувальної освіти відповідно до новітніх досліджень, що дозволяє забезпечити ефективність педагогічного впливу та підготовку вихованців до свідомого і відповідального ставлення до власного здоров'я [45].

Принцип вмотивованості регламентує створення умов для розвитку внутрішньої мотивації до здорового способу життя на основі особистісно значущих для вихованців мотивів [74]. У зв'язку з цим Т. Галенко зазначає, що ефективне виховання ціннісного ставлення до здоров'я та

здоров'язберезувальної поведінки можливе за умови, що вихованці не лише отримують знання про здоров'я, а й усвідомлюють його цінність для власного життя, благополуччя та самореалізації [51]. Формування такої мотивації передбачає врахування вікових, психологічних та індивідуальних особливостей дітей, а також використання методів, що сприяють позитивному емоційному залученню. Значущу роль у цьому процесі відіграє застосування особистісно орієнтованого підходу, який дозволяє знайти індивідуальні стимули для кожного вихованця, пов'язані з його інтересами, життєвими цілями, соціальним оточенням та цінностями [170].

У цьому контексті важливим є використання мотивуючих методів навчання (наприклад, організація проєктної та ігрової діяльності), а також цілеспрямоване створення ситуацій успіху, що сприяють позитивному підкріпленню здоров'язберезувальної поведінки та формують почуття задоволення від власних досягнень [41; 47].

На думку І. Мельничук та М. Сапіжак особлива увага має приділятися не лише зовнішнім формам мотивації, таким як заохочення чи соціальне визнання, а й внутрішнім чинникам, що формують стійке прагнення до збереження здоров'я [123]. Реалізація принципу вмотивованості також передбачає залучення авторитетних для вихованців осіб, зокрема педагогів, наставників, успішних представників різних сфер діяльності, які демонструють власним прикладом важливість дотримання здорового способу життя [47].

У рамках реалізації принципу індивідуалізації необхідно враховувати вікові, психофізичні та особистісно-характерологічні особливості кожної дитини. Оскільки процес розвитку особистості є унікальним для кожного вихованця, педагогічна діяльність має бути спрямована на створення умов, що відповідають його індивідуальним потребам, рівню розвитку, здібностям та інтересам [75; 219].

Вікові особливості зумовлюють рівень розуміння питань здоров'я, ступінь самостійності у прийнятті рішень щодо власного способу життя та

зміст мотиваційної сфери, що визначає методи й засоби педагогічного впливу. Врахування психофізичних характеристик передбачає адаптацію освітнього процесу до рівня фізичного та психологічного розвитку, зокрема, розвитку емоційно-вольової та мотиваційної сфер, когнітивних можливостей та особливостей сенсорного сприйняття вихованців, що сприяє зниженню ризику перевантаження, формуванню позитивного ставлення до навчання та збереженню психічного здоров'я.

Особистісні особливості вихованців, такі як темперамент, рівень самооцінки, схильність до певних видів діяльності та соціальна активність, також відіграють важливу роль у виборі індивідуальних стратегій педагогічного впливу. Реалізація принципу індивідуалізації передбачає використання гнучких методик навчання, диференційований підхід до вихованців, створення ситуацій вибору, що дозволяють їм проявляти ініціативу та самостійність у питаннях збереження здоров'я. Це сприяє підвищенню рівня усвідомленості щодо значення здоров'я, формуванню внутрішньої мотивації до здорового способу життя та розвитку відповідального ставлення до власного фізичного і психоемоційного стану [121; 219].

Принцип партнерства у процесі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти реалізується шляхом організації тісної взаємодії між усіма учасниками освітнього процесу (педагогами, батьками та вихованцями) з метою створення єдиного освітньо-виховного простору, який сприяє розвитку здоров'язбережувальної культури [90; 100]. Оскільки здоров'я є складним багатокомпонентним феноменом, формування ціннісного ставлення до нього включає координацію зусиль усіх суб'єктів виховного процесу.

Взаємодія педагогів із сім'єю дозволяє забезпечити наступність здоров'язбережувальної освіти, оскільки звички та ціннісні орієнтації, засвоєні в освітньому середовищі, мають отримувати підтримку в домашньому вихованні. Педагоги відіграють роль організаторів цього

процесу, сприяючи підвищенню рівня обізнаності батьків щодо значення здорового способу життя, надаючи їм методичні рекомендації та залучаючи до спільної діяльності, що сприяє гармонійному розвитку дитини [90; 100].

У контексті реалізації принципу партнерства потрібно також відзначити важливість співпраці з медичними закладами, громадськими організаціями, спортивними клубами, культурними центрами та органами місцевого самоврядування (наприклад, організація екскурсій), що розширює можливості для реалізації здоров'язбережувальних ініціатив, забезпечує доступ до фахових консультацій тощо. Така міжсекторальна взаємодія дозволяє створити єдину систему цінностей, яка підтримує здоровий спосіб життя на рівні освітнього середовища, сім'ї та суспільства, що, у свою чергу, підвищує ефективність формування у вихованців відповідального ставлення до власного здоров'я.

Зміст підготовчо-цільового блоку авторської моделі включає чотири фундаментальних підходи до виховання, а саме системний, аксіологічний, компетентнісний та особистісно-орієнтований підходи.

У межах системного підходу виховний процес розглядається як сукупність взаємопов'язаних елементів, у яких задіяні всі учасники освітньо-виховної діяльності. Він відображає взаємозв'язок відносно автономних складників здорового способу життя, які не існують окремо, а перебувають у постійній взаємодії, розвитку та русі. Це, у свою чергу, дозволяє виявити інтеграційні характеристики та якісні особливості всієї системи, сприяє розвитку самостійної діяльності вихованців, а також забезпечує організацію їхньої роботи таким чином, щоб досягти оптимального рівня компетентностей (відповідальність, саморегуляція тощо) та особистісних навичок (комунікаційні, лідерські здібності тощо) [33].

Важливою складовою системного підходу у межах формування ціннісного ставлення до здоров'я є цілісність, що проявляється через впорядковану послідовність етапів: постановка мети – вибір засобів – досягнення результату. Цілісність процесу забезпечує його високу

ефективність у розвитку не лише окремих рис особистості, а й загальної структури її світогляду. Ця концепція є подальшим розвитком системного підходу й передбачає, що у формуванні мотиваційно-ціннісного ставлення до здорового способу життя слід враховувати всі аспекти особистості: психічні, фізіологічні, біологічні та соціокультурні [170].

Системотвірний чинник визначає, що процес становлення здоров'я особистості, а також природні й соціальні умови його збереження та зміцнення мають бути організовані як цілісний педагогічний процес, у якому всі етапи логічно взаємопов'язані. Він спрямований на гармонійний і всебічний розвиток індивіда. Системний підхід є необхідною передумовою формування здоров'я, оскільки передбачає вивчення цього процесу як єдиної, ієрархічної, взаємозалежної та відкритої системи, що постійно розвивається й самовдосконалюється [211].

Як зазначає О. Білоус, система являє собою структурований та упорядкований певним чином набір елементів, що взаємодіють між собою, утворюючи єдину цілісність [27, с. 230]. Системний підхід надає змогу аналізувати явища не ізольовано, а як складові єдиного цілого. Відповідно, процес формування ціннісних орієнтацій щодо здорового способу життя розглядається як складова глобального процесу розвитку здоров'я й культури здорового способу життя [33].

Аксіологічний підхід у сфері освіти спрямований на глибоке усвідомлення, рефлексивне осмислення та внутрішнє прийняття вихованцями фундаментальних цінностей. На думку Ю. Бойко лише через таку ієрархічну систему ціннісних пріоритетів як індивід (особистість) – нація (культурна спадщина, історичний досвід, освітня традиція) – держава (громадянське суспільство), можливо побудувати ефективну та відкриту модель становлення здорового стилю життя [33, с. 112].

Застосування аксіологічного підходу спрямовує вихованців на усвідомлення значущості як колективних, так і індивідуальних цінностей, серед яких чільне місце посідає здоров'я. Позашкільна освітня діяльність,

реалізована крізь призму аксіологічної парадигми, відкриває перед вихованцями цілісний світ ціннісних орієнтирів та сприяє побудові індивідуальної системи життєвих пріоритетів, що відповідають особистісним потребам і соціальним запитам [40].

Л. Гуцан визначає компетентнісний підхід як основну концептуальну спрямованість освітнього процесу, орієнтовану на розвиток і вдосконалення у вихованців не лише загальних знань про здоров'я, а й ключових компетенцій, що дозволяють ефективно застосовувати отримані знання на практиці [58]. У сучасному освітньому просторі компетентнісний підхід переносить фокус із пасивного засвоєння теоретичних відомостей на формування здатності до свідомого ухвалення рішень щодо збереження і зміцнення здоров'я в реальних життєвих обставинах [6].

У межах компетентнісного підходу виховна діяльність у закладах позашкільної освіти розглядається як процес формування у вихованців здатності до аналізу інформації, розвитку критичного мислення та прийняття обґрунтованих рішень у сфері здоров'язбереження [35].

Варто підкреслити, що компетентнісний підхід є провідною методологічною основою, яка широко впроваджується в українській педагогічній практиці, сприяючи модернізації освітнього процесу та формуванню свідомого ставлення до здоров'я у підростаючого покоління. Відповідно застосування компетентнісного підходу в процесі формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців позашкільних закладів освіти сприяє досягненню високого рівня усвідомленого сприйняття здорового способу життя. Його результатом стає становлення особистості, яка здатна свідомо й ефективно реалізовувати принципи здоров'язбереження в різних сферах життєдіяльності.

Сутність особистісно-орієнтованого підходу у вихованні полягає в тому, що він ставить у центр освітнього процесу унікальність, індивідуальні особливості та потреби кожної дитини. Його мета – створити умови для повноцінного особистісного розвитку, сприяти самореалізації та формуванню

свідомого, відповідального ставлення до власного здоров'я. У межах застосування особистісно-орієнтованого підходу відбувається трансформація ролі педагога із традиційного носія знань у наставника, радника й фасилітатора, який має повагу до особистості вихованця та визнає безумовну цінність його особистості [130]. Це дозволяє побудувати довірливі партнерські відносини та забезпечити конструктивну взаємодію між усіма учасниками освітнього процесу. Педагоги, які дотримуються особистісно-орієнтованого підходу основну увагу фокусують на гуманізацію всіх аспектів освітнього середовища, спрямованості на підтримку індивідуального зростання вихованців, розвитку прагнення до самовдосконалення та формуванню відповідального ставлення до власного здоров'я. При цьому враховуються індивідуально-психологічні відмінності, визнається цінність та унікальність кожної дитини в освітньому просторі, створюються умови для реалізації її творчих здібностей, самовираження та особистісної активності у сфері здоров'язбереження.

У контексті формування ціннісного ставлення до здоров'я особистісно-орієнтований підхід передбачає активне залучення вихованців закладів позашкільної освіти до створення здоров'язберігаючого освітнього середовища, а також до розробки індивідуальних стратегій збереження та зміцнення здоров'я [102].

Організаційно-методичний блок моделі охоплює різноманітні форми та методи роботи, спрямовані на розвиток стійкої мотивації до збереження здоров'я та усвідомлення його значущості як особистісної та соціальної цінності. Форми та методи роботи мають суттєві відмінності. Форми роботи – це організаційні способи проведення освітнього процесу. Вони визначають, у якому вигляді відбувається взаємодія між педагогами та вихованцями (наприклад, тренінг, екскурсія, майстер-клас, фестиваль тощо). Методи роботи – це конкретні способи та прийоми впливу на вихованців для досягнення педагогічних цілей (наприклад, бесіда, моделювання ситуацій, рольові ігри, проблемне навчання) [45; 74; 219].

Формами організації діяльності у цьому контексті виступають консультаційна, екскурсійна, ігрова, тренінгова та лекційна, кожна з яких виконує специфічну функцію у процесі виховання здоров'язбережувальної культури. Консультаційна форма передбачає індивідуальну або групову роботу з вихованцями, що спрямована на надання науково обґрунтованої інформації, роз'яснення важливих аспектів здорового способу життя, аналіз конкретних життєвих ситуацій та формування навичок прийняття відповідальних рішень [80; 157]. Екскурсійна форма дає змогу на практичному рівні ознайомитися з особливостями здоров'язбережувальної діяльності, відвідавши медичні установи, спортивні комплекси, центри реабілітації, екологічні організації тощо, що сприяє глибшому усвідомленню значення здоров'я у різних сферах життя. Ігрова форма є дієвим способом активізації пізнавальної діяльності, створення мотиваційного середовища та відпрацювання навичок поведінки в умовах моделювання реальних ситуацій. Тренінгова форма сприяє формуванню практичних компетентностей у сфері здоров'язбереження шляхом активного залучення вихованців до навчального процесу, що включає комунікативні, психологічні та психогімнастичні вправи, спрямовані на розвиток відповідального ставлення до власного здоров'я. Лекційна форма забезпечує систематизацію знань, їх структурований виклад та формування теоретичної бази, необхідної для подальшого усвідомленого застосування отриманої інформації у повсякденному житті [74; 75; 90; 121].

Підібрані методи, які використовуються в рамках організаційно-методичного блоку, спрямовані на активне залучення вихованців до процесу формування ціннісного ставлення до здоров'я та враховують сучасні педагогічні підходи.

1. Інтерактивні заняття (дискусії, тренінги, проектна діяльність) – це методи навчання, що передбачають активну взаємодію між учасниками освітнього процесу [262]. Дискусії сприяють формуванню критичного мислення, вміння аргументувати власну позицію та аналізувати різні погляди. Тренінги спрямовані на розвиток практичних навичок і соціальних

компетентностей через групові вправи, обговорення та моделювання ситуацій. Проектна діяльність передбачає самостійне або групове виконання завдань, спрямованих на вирішення конкретних проблем, що дозволяє вихованцям розвивати дослідницькі здібності та усвідомлювати значущість власного внеску у процес навчання [262]. Інтерактивні заняття, зокрема дискусії, тренінги та проектна діяльність, забезпечують залучення дітей до процесу обговорення актуальних питань, стимулюють критичне мислення, сприяють обміну досвідом і створенню умов для усвідомлення особистої відповідальності за власне здоров'я.

2. Рольові та ситуаційні ігри – це методи, що імітують реальні життєві ситуації, у яких учасники беруть на себе певні ролі та виконують відповідні дії. Вони сприяють розвитку комунікативних навичок, адаптивності, емоційного інтелекту та формуванню навичок поведінки в умовах мінливих обставин [216]. Такі ігри дозволяють не лише засвоювати теоретичний матеріал, а й закріплювати шляхом активного залучення та переживання певних ситуацій. Рольові та ситуаційні ігри дозволяють змодельовати різні життєві обставини та виробити ефективні стратегії поведінки у сфері здоров'язбереження, що сприяє закріпленню отриманих знань на практичному рівні.

3. Метод «рівний-рівному» у вихованні ціннісного ставлення до здоров'я використовується з метою поширювати достовірну інформацію, спростовувати міф та формувати позитивні життєві орієнтири, допомагати підліткам робити більш усвідомлений вибір стосовно здоров'я за допомогою однолітків, які пройшли відповідну підготовку. В науковій літературі для позначення суті стратегії «рівний-рівному» спеціалістами з проблем здоров'я вживаються різні терміни: «методі рівний-рівному», принцип «рівний-рівному», методика «рівний-рівному».

У нашому дослідженні ми спираємось на дослідження вітчизняних науковців, зокрема – П. Гусака, Н. Зимівець, В. Петровича, які визначають метод «рівний-рівному» як спосіб соціально-педагогічної діяльності. На їх

думку, він використовується для надання та поширення достовірної, соціально-значущої інформації в середовищі людей, рівних за якоюсь певною ознакою. Метою його використання є позитивне вдосконалення особистості під час неформального або спеціальним способом організованого спілкування [57, с. 136].

Соціально-педагогічна діяльність із формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти в рамках розробленої моделі передбачає використання методу «рівний-рівному» для забезпечення якісних змін у ставленні підлітка до здоров'я. Це відбувається в процесі надбудови підлітками – тренерами нових знань і навичок практичної здоров'язбережувальної поведінки у середовищі однолітків. На основі уже наявного обміну інформацією стосовно здоров'я та його значущості для людини формується ставлення до здоров'я як важливої життєвої цінності.

Забезпечення якісних змін у ставленні підлітка до здоров'я, включає в себе підготовку підлітків-тренерів для ефективного спілкування та подальшого супроводу.

4. Залучення до спортивно-оздоровчих заходів – це метод, що включає організацію будь-якої фізичної активності вихованців, таких як спортивні ігри, змагання, туристичні походи, ранкова зарядка та фітнес-програми [201]. Він сприяє фізичному розвитку, формуванню витривалості, координації та зміцненню здоров'я вихованців, а також стимулює мотивацію до ведення здорового способу життя. Залучення вихованців до спортивно-оздоровчих заходів є важливим елементом формування позитивного ставлення до фізичної активності, розвитку сили, витривалості, координації рухів та усвідомлення значення фізичного здоров'я у житті людини.

5. Психолого-педагогічний супровід – це метод цілеспрямованої роботи психологів і педагогів, спрямований на створення сприятливих умов для особистісного розвитку, підтримки емоційного благополуччя та соціальної адаптації вихованців. Він передбачає консультації, індивідуальні та групові заняття, психологічну діагностику, корекційну та профілактичну

роботу, що дозволяє своєчасно виявляти та вирішувати проблеми, пов'язані зі здоров'ям і поведінкою дітей [80; 157].

6. Співпраця з батьками та громадськістю – це метод, що передбачає залучення сім'ї та соціальних інституцій до виховного процесу з метою забезпечення комплексного підходу до формування ціннісного ставлення до здоров'я. Він включає проведення спільних заходів, просвітницьку роботу, консультації, організацію партнерських проєктів, що сприяє створенню єдиного виховного простору та підвищенню ефективності педагогічного впливу. Співпраця з батьками та громадськістю сприяє узгодженню виховного впливу в сім'ї та закладу освіти, забезпечує системність у формуванні здоров'язбережувальної компетентності вихованців [45; 90; 205].

7. Екскурсії – це метод навчання, який передбачає відвідування різних установ, природних об'єктів або соціально значущих місць з метою практичного ознайомлення з певними аспектами здорового способу життя [75; 131]. Вони дозволяють вихованцям наочно побачити реалізацію здоров'язбережувальних підходів у суспільстві, отримати практичний досвід здоров'язбережувальної діяльності, розширити світогляд та сформувані усвідомлене ставлення до власного здоров'я. Екскурсії, як метод активного навчання, дозволяють вихованцям побачити реальні приклади дотримання здорового способу життя, ознайомитися з роботою спеціалізованих установ, зрозуміти взаємозв'язок між здоров'ям та різними аспектами життєдіяльності людини.

Таким чином, організаційно-методичний блок формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти є комплексним, інтегрує різноманітні форми та методи роботи, що спрямовані на розвиток свідомого, відповідального та стійкого ставлення до здоров'я як ключової особистісної цінності.

У блоці оцінки результатів розробленої моделі містяться критерії та рівні сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти. Вони досить детально представлені та розкриті у

попередньому розділі дисертаційної роботи.

Важливою особливістю запропонованої моделі є те, що вона враховує ті специфічні, притаманні тільки закладам позашкільної освіти умови (не є типовими для інших закладів освіти), в яких відбувається формування ціннісного ставлення до здоров'я. Вони носять наскрізний характер та позначаються на кожному блоці моделі. Ці умови були виокремлені нами самостійно та є наступними:

1. Добровільність і варіативність діяльності – можливість вихованців самостійно обирати напрями діяльності відповідно до своїх інтересів і потреб, що підвищує їхню мотивацію до здорового способу життя.

2. Профільна спрямованість гурткової роботи – інтеграція здоров'язбережувальних технологій у різні напрями позашкільної освіти (спортивні секції, туристичні гуртки, творчі студії, еколого-натуралістичні об'єднання тощо), що дає змогу вихованцям засвоювати принципи здорового життя через практичну діяльність.

3. Гнучкість організації освітнього процесу – відсутність жорстко регламентованого навчального плану дає можливість використовувати нетрадиційні форми і методи роботи, зокрема експедиції, спортивні змагання, квести, інтерактивні тренінги, що сприяють формуванню позитивного ставлення до здоров'я.

4. Активна співпраця з місцевими громадами та соціальними ініціативами – можливість залучати до виховного процесу представників громадських організацій, спортивних клубів, медичних установ для формування здорового середовища в позашкільній діяльності.

5. Відсутність академічного оцінювання – навчання у закладах позашкільної освіти не передбачає обов'язкового оцінювання знань, що знижує рівень стресу і створює комфортні психологічні умови для засвоєння корисних звичок.

6. Неформальна атмосфера взаємодії між педагогами та вихованцями – можливість встановлення довірливих відносин, що сприяє ефективнішій

профілактичній роботі та особистісному впливу на ставлення дітей до здоров'я.

Ще раз необхідно особливо підкреслити, що ці умови вирізняють позашкільну освіту серед інших освітніх закладів. Маючи наскрізний характер та посилюючи запропоновану модель вони створюють унікальні можливості для формування у вихованців усвідомленого ставлення до здоров'я як важливої життєвої цінності.

Очікується, що у підсумку реалізації авторської моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти, буде отримано наступний результат:

- підвищення рівня усвідомлення значущості здоров'я;
- формування стійкої мотивації до здорового способу життя;
- розвиток відповідального ставлення до власного здоров'я;
- покращення фізичного та психоемоційного стану вихованців.

На основі авторської моделі було розроблено **Програму формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти** (Додаток Н). Реалізація цієї програми відбувається в межах інтеграції з основною діяльністю закладу та є доповненням до освітніх програм гурткової та секційної роботи. Завдяки гнучкому характеру позашкільної освіти, її неформальній атмосфері та варіативності змісту, програма може бути реалізована як у вигляді окремих тематичних заходів, так і через поєднання з основними заняттями у різних гуртках та секціях.

Основний механізм інтеграції програми полягає у включенні її заходів до плану роботи закладу у вигляді занять, які проходять у форматі тренінгів, лекцій, екскурсій, дискусій, майстер-класів тощо. Окремі її елементи можуть реалізовуватись під час загальних зборів, тематичних тижнів здоров'я або в рамках інших соціальних ініціатив.

Програма не дублює основний зміст занять у закладі, а навпаки, доповнює його, акцентуючи увагу вихованців на цінності здорового способу життя у контексті їхніх основних освітніх інтересів. Наприклад, у спортивних

гуртках відбуватиметься акцент на фізичній активності та запобіганні травматизму, у творчих об'єднаннях увага приділятиметься психологічному здоров'ю та стресостійкості, а в еколого-натуралістичних гуртках – питанням здорового харчування та екологічного способу життя. Завдяки цьому кожен вихованець отримує змогу засвоїти знання про здоров'я через діяльність, що відповідає його інтересам. Структура і тематичний план програми представлені у додатку Н табл. Н.1.

Усі представлені у програмі заняття розроблені самостійно. Для підготовки заходів, що передбачається реалізувати у рамках розробленої програми, було використано наступні джерела: [59], [77], [78], [81], [82], [127], [159], [183], [193], [201], [216]. Зміст занять представлені в Додатку Н. 2.

Заняття № 1. Мотиваційна зустріч «Здоров'я – наш скарб» є першим заходом в межах програми формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти. Її основною метою є створення позитивного емоційного фону, формування початкової мотивації до ведення здорового способу життя та заохочення учасників до активної участі в програмі. Її детальний опис та сценарій представлено в Додатку Н.2, п.2.1.

Заняття № 2. Друге заняття програми передбачає проведення рольової гри «Як зробити своє життя здоровішим?» (Додаток Н.2, п.2.2). Основна мета гри – створити умови, за яких вихованці ЗПО зможуть проаналізувати різні життєві ситуації, що впливають на здоров'я, і навчитися приймати усвідомлені рішення. У ході гри учасники набувають практичного досвіду розв'язання проблем, пов'язаних із харчуванням, фізичною активністю, режимом дня, психоемоційним станом і впливом соціального середовища. Гра побудована таким чином, що кожен учасник отримує певну роль і повинен діяти відповідно до запропонованого сценарію. Завдяки моделюванню реальних ситуацій підлітки навчаються оцінювати ризики та приймати відповідальні рішення, враховуючи короткострокові та довгострокові наслідки своїх вчинків. Акцент робиться на тому, що здоровий спосіб життя є результатом щоденних виборів, які може робити кожен. Завершальна частина гри передбачає рефлексію, під

час якої учасники обговорюють отриманий досвід і визначають, які коригувальні дії вони можуть здійснити у власному житті для його покращення.

Заняття № 3. На третьому занятті програми передбачено проведення тематичної дискусії «Шкідливі звички та як їм протистояти» (Додаток Н 2, п. 2.3). Захід спрямовано на поглиблення розуміння підлітками негативного впливу шкідливих звичок на фізичне та психічне здоров'я, соціальну взаємодію та особистісний розвиток. Він покликаний розвинути критичне мислення учасників, сформуванню усвідомлення ризиків та наслідків вживання психоактивних речовин, тютюнопаління, алкоголю, а також залежності від гаджетів та нездорового харчування. Дискусія проводиться у відкритому форматі, що дозволяє учасникам висловлювати власні думки, аналізувати життєві ситуації та розробляти ефективні стратегії протидії шкідливим звичкам. Учасники не лише отримують теоретичні знання, а й активно залучаються до обговорення практичних способів уникнення негативних впливів, що сприяє формуванню відповідального ставлення до власного здоров'я.

Заняття № 4. Четверте заняття програми передбачає проведення тренінгу «Формування здорових звичок» (Додаток Н.2, п.2.4), спрямованого на усвідомлення вихованцями значущості здорових звичок та їх впливу на фізичний і психоемоційний стан. Основною метою тренінгу є формування у вихованців навичок самостійного аналізу власного способу життя, виявлення чинників, що сприяють чи перешкоджають збереженню здоров'я, а також розробка індивідуальних стратегій впровадження позитивних змін. Методологічна основа тренінгу включає інтерактивні вправи, групову роботу та рефлексивні методики, що забезпечують не лише засвоєння теоретичних знань, а й набуття практичних навичок. Структура тренінгу побудована таким чином, щоб учасники поступово перейшли від усвідомлення загальних принципів здорового способу життя до конкретного планування змін у своїй щоденній діяльності. Центральне місце займають ситуаційні завдання, робота

в групах та моделювання поведінкових сценаріїв, що дозволяють розвинути відповідальність за власне здоров'я та сприяти набуттю стійких мотивацій до впровадження корисних звичок.

Заняття № 5. Майстер-клас «Здорове харчування у повсякденному житті» (Додаток Н.2, п. 2.5) є практико-орієнтованим заходом, спрямованим на формування у вихованців закладу позашкільної освіти знань та навичок щодо збалансованого харчування. Учасники не лише отримують теоретичні відомості про принципи здорового раціону, але й навчаються аналізувати склад продуктів, визначати їхню поживну цінність та формувати здорове меню відповідно до власних потреб. Важливою частиною майстер-класу є практична діяльність, під час якої учасники разом із ведучим розглядають реальні ситуації, що виникають у повсякденному житті: вибір корисного перекусу, формування збалансованого сніданку, уникнення надмірного вживання цукру та шкідливих добавок. Особливий акцент робиться на розвитку критичного мислення при оцінці інформації про харчові продукти, що міститься на упаковці. Захід має сприяти усвідомленню значення харчових звичок для загального стану здоров'я та допомагає учасникам розробити особистий план вдосконалення свого раціону.

Заняття № 6. Заняття передбачає проведення екскурсії до спортивного комплексу «Спорт – запорука здоров'я» (Додаток Н.2, п.2.6) і є важливою складовою розробленої програми. Її мета полягає у сприянні усвідомленню важливості регулярної фізичної активності та ознайомленні учасників із можливостями, які відкриває спортивна інфраструктура для підтримки здорового способу життя. Учасники отримують можливість відвідати різні спортивні зони комплексу, дізнатися про особливості тренувального процесу, ознайомитися з роботою тренерів та спортсменів, а також випробувати власні сили у різних видах фізичних вправ. Завдяки інтерактивному характеру екскурсія не лише надає інформацію, а й мотивує вихованців до занять спортом, розвиває розуміння того, що фізична активність є доступною та корисною для кожної людини незалежно від рівня підготовки. Учасники також

аналізують власний рівень фізичної активності та визначають, які види спорту або тренувань їм найбільше підходять. Заключна частина заходу передбачає рефлексію, під час якої кожен учасник визначає власні кроки для підвищення рухової активності у повсякденному житті.

Заняття № 7. Тренінг «Екстремальні практики в житті підлітка – ризик для здоров'я чи спосіб самоствердження» спрямований на усвідомлення вихованцями закладу позашкільної освіти підліткового віку відповідальності за власну поведінку, розвиток критичного мислення, формування навичок ухвалення зважених рішень (Додаток Н.2, п.2.7). Учасники програми залучаються до різноманітних вправ, спрямованих на розвиток навичок самопізнання, формування навичок відповідальної поведінки, а також соціальних навичок, таких як комунікація, підтримка та лідерство. Основний акцент робиться на інформаційно-практичній частині тренінгу, де підлітки мають систематизувати свої знання щодо понять «ризик», «ризикована поведінка» та «ризиковані практики» та їх наслідків. Практична частина тренінгу формується за рахунок моделювання ситуацій, в яких спеціально підготовлені підлітки- тренери на засадах використання методу «рівний-рівному» допомагають учасникам усвідомити реальні причини і наслідки ризикованої поведінки, допомагають знайти альтернативу для самовираження і самоствердження у безпечних видах спорту, які доступні у гуртках та клубах ЗПО, діляться своїм досвідом участі у таких гуртках, пропонують реальні шляхи і можливості скористатися їхніми послугами

Заняття № 8. На цьому занятті програми заплановано проведення тренінгу «Стресостійкість у сучасному світі» (Додаток Н.2, п.2.8), який спрямований на формування у вихованців закладу позашкільної освіти ціннісного ставлення до психологічного здоров'я, а також навичок емоційного самоконтролю та стресостійкості. Учасники знайомляться з поняттям стресу, його видами та основними факторами, що його викликають. Важливим аспектом тренінгу є усвідомлення власних реакцій на стресові ситуації та розвиток навичок ефективного подолання негативного впливу стресу.

У межах виконання практичних завдань тренінгу вихованці закладу позашкільної освіти опановують сучасні психологічні техніки саморегуляції, зокрема дихальні вправи, методики релаксації, когнітивні стратегії подолання тривожності та формування позитивного мислення. Важливою частиною тренінгу є інтерактивна робота в групах, що сприяє усвідомленню соціальної підтримки як ресурсу для зниження рівня стресу. Наприкінці заходу учасники формують особисті стратегії подолання стресових ситуацій у повсякденному житті, що допоможе зміцнити їхню впевненість у своїх можливостях та покращити психологічне самопочуття.

Заняття № 9. Залучення учасників програми до участі в проєкті «Мій шлях до здорового життя» (Додаток Н.2, п.2.9) є важливим етапом програми формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти. Він передбачає короткотривалу, але інтенсивну роботу підлітків, спрямовану на узагальнення та практичне застосування отриманих знань про здоровий спосіб життя. Протягом декількох годин діти працюють над міні-проєктами, у яких вони відображають власне бачення здорового способу життя, формують індивідуальні плани здорових змін та розробляють практичні рекомендації для однолітків.

Проєктна робота виконується в групах, а її результатом є презентація у вигляді плаката, міні-вистави, короткого відео чи усного виступу. Захист проєктів відбувається у форматі відкритого обговорення, під час якого кожен учасник отримує зворотний зв'язок від ведучого та однолітків.

Заняття № 10 передбачає проведення рольової гри «Я – приклад для інших» (Додаток Н.2.10.). Метою гри є формування у вихованців відповідального ставлення до здоров'я. Гра дозволяє учасникам змодельовати ситуації, у яких вони виступатимуть як носії здорового способу життя, відпрацьовувати комунікативні навички, необхідні для позитивного впливу на друзів, однокласників та членів громади. Шляхом використання командної взаємодії, аналізу поведінкових моделей та рефлексії учасникам надається змога усвідомити особисту відповідальність за власне здоров'я, а також

опанувати методи ненав'язливого залучення інших до здорового способу життя.

Заняття № 11. Доцільність проведення індивідуальних консультацій «Як підтримувати здоровий спосіб життя щодня?» (Додаток Н.2, п.2.11) обґрунтовується необхідністю закріплення здобутих знань і навичок, отриманих під час реалізації програми формування ціннісного ставлення до здоров'я. Під час консультацій вихованці отримують персоналізовані рекомендації щодо здорового способу життя з урахуванням їхніх особистих потреб, інтересів і можливостей.

Консультації спрямовані на закріплення навичок рефлексії щодо змін у власному житті, що дозволяють визначити сильні сторони та потенційні труднощі у засвоєнні здорових звичок. Завдяки реалізації індивідуального підходу вихованці можуть сформулювати конкретний план дій для підтримки власного здоров'я, а також отримати додаткову мотивацію та підвищити рівень усвідомленості щодо особистої відповідальності за своє благополуччя.

Заняття № 12. Підсумковий фестиваль «Здоров'я в моєму житті» (Додаток Н.2, п.2.12) є завершальним етапом реалізації програми. Його призначення полягає в узагальненні та представленні результатів роботи учасників, що дозволить продемонструвати їхні досягнення, створити атмосферу взаємної підтримки та натхнення до подальшого дотримання здорового способу життя.

Фестиваль поєднує різноманітні форми діяльності, включаючи презентації напрацювань вихованців, інтерактивні майстер-класи, спортивні конкурси та творчі виступи. Окрім того, захід слугує мотиваційною платформою для формування стійких корисних звичок та усвідомлення власної відповідальності за здоров'я. Учасники мають можливість поділитися власним досвідом, обговорити труднощі та успіхи на шляху до здорового способу життя, а також надихнути однолітків власним прикладом.

Отже, у межах реалізації формувального етапу експерименту було розроблено модель формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців

закладу позашкільної освіти, яка включає підготовчо-цільовий, організаційно-методичний блоки та блок оцінки результатів. Кожен блок має власне змістовне наповнення, що включає принципи, підходи, форми, методи, критерії та рівні сформованості ціннісного ставлення до здоров'я. Важливим елементом розробленої моделі є виділення специфічних для позашкільних закладів освіти педагогічних умов, що сприяють формуванню ціннісного ставлення до здоров'я.

На базі моделі було розроблено комплекс практичних заходів, що були систематизовані та поєднані в єдиній програмі формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти. Програма виступає практичним уособленням авторської моделі та є методичним інструментом перевірки її ефективності. Результати перевірки її ефективності шляхом порівняння емпіричних результатів констатувального та формувального етапів дослідження будуть представлені у наступному підрозділі.

3.2. Порівняльний аналіз емпіричних результатів констатувального та формувального етапів дослідження

Формувальний етап педагогічного експерименту був спрямований на перевірку ефективності запропонованої програми формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти. Відповідно метою формувального етапу експерименту була емпірична апробація ефективності реалізації програми формування ціннісного ставлення до здоров'я, розробленої на основі запропонованої моделі.

Для реалізації зазначеної мети були поставлені такі завдання:

- реалізувати педагогічну програму, орієнтовану на формування ціннісного ставлення до здоров'я серед вихованців експериментальної групи;
- забезпечити необхідні умови для цілеспрямованого педагогічного впливу відповідно до визначених структурних компонентів моделі;

- організувати та провести контрольне тестування з метою оцінки змін у рівнях сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у дітей експериментальної та контрольної груп;
- здійснити кількісний та якісний аналіз результатів контрольного тестування;
- здійснити порівняльний аналіз динаміки змін у показниках досліджуваних груп на констатувальному та формувальному етапах експерименту.

Формувальний етап експерименту тривав з лютого 2023 р. по липень 2025 р. і включав три послідовні етапи.

На першому етапі здійснювалась підготовка до реалізації педагогічного впливу, зокрема: уточнено зміст і структуру програми, організовано методичне забезпечення процесу, узгоджено умови реалізації з адміністрацією закладів позашкільної освіти, проведено інструктаж педагогів-учасників, а також повторно проаналізовано вихідні рівні готовності дітей до участі в програмі.

Другий етап передбачав безпосередню реалізацію програми формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців експериментальної групи. Програма включала тематичні заняття, інтерактивні вправи, ігрові ситуації, моделювання життєвих обставин, колективні творчі справи, спрямовані на розвиток когнітивного, мотиваційного, емоційного та поведінкового компонентів ціннісного ставлення до здоров'я. Учасники контрольної групи не брали участі в реалізації програми, продовжуючи освітній процес у звичайному режимі.

На третьому етапі проводилось контрольне тестування з метою фіксації змін у рівнях сформованості ціннісного ставлення до здоров'я в обох групах. Для забезпечення валідності та надійності оцінювання було використано той самий діагностичний інструментарій, що й на констатувальному етапі: методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча (оцінка когнітивного критерію), «Профіль здорового способу життя» (HPLP-II) С. Уолкер (мотиваційний

критерій), малюнковий тест «Малюнок здоров'я» (емоційний критерій), а також протоколи експертного оцінювання для батьків і педагогів (поведінковий критерій).

У контрольному тестуванні взяли участь ті ж самі респонденти, які брали участь у констатувальному етапі: 378 дітей (190 – експериментальна група, 188 – контрольна група), а також їхні батьки й педагоги. Збір даних здійснювався у формі індивідуальної та групової взаємодії з респондентами. Протоколи експертного оцінювання, заповнені батьками та педагогами, дозволили забезпечити зовнішню, незалежну оцінку поведінкових проявів ціннісного ставлення до здоров'я, мінімізуючи вплив суб'єктивних факторів.

Обробка емпіричних даних включала як кількісний, так і якісний аналіз. Кількісний аналіз передбачав розрахунок середніх показників, частотних розподілів та визначення рівнів сформованості за кожним із критеріїв. Якісний аналіз був спрямований на забезпечення глибшого розуміння змін у сприйнятті й поведінці дітей, зокрема на основі змістового аналізу малюнків і коментарів батьків та педагогів.

Порівняльний аналіз результатів попереднього та контрольного тестування дозволив перевірити гіпотезу про ефективність впровадженої програми, виявити динаміку змін у експериментальній групі та обґрунтувати доцільність використання запропонованої моделі у практиці позашкільної освіти.

Отримані результати щодо динаміки когнітивного критерію сформованості ціннісного ставлення до здоров'я після впровадження програми формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців ЗПО свідчать суттєві позитивні зрушення в цьому аспекті серед дітей експериментальної групи (табл. 3.1) (Додаток П).

Так, наприклад, за результатами контрольної діагностики в експериментальній групі спостерігається статистично достовірне підвищення рівня усвідомлення термінальної цінності «Здоров'я» (фізичного та психічного), середнє значення якої зросло з 2,43 до 3,52 ($U = 27912,5$; $p <$

0,001), що свідчить про зростання особистісної значущості здоров'я як життєвої цінності для дітей, які брали участь у програмі (рис. 3.2).

Таблиця 3.1

Результати порівняння показників сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я на констатувальному та формувальному етапах експерименту групах дітей

Показники	Середні значення		U-критерій Манна-Уїтні	p
	Первинна діагностика	Контрольна діагностика		
Контрольна група				
Термінальна цінність «Здоров’я» (фізичне та психічне)	2,53	2,59	18663,5	0,539
Питання когнітивного критерію	35,44	35,88	18501,5	0,673
Сумарний показник сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров’я	37,97	38,47	18525,0	0,657
Експериментальна група				
Термінальна цінність «Здоров’я» (фізичне та психічне)	2,43	3,52	27912,5	<0,001*
Питання когнітивного критерію	34,11	40,03	23505,0	<0,001*
Сумарний показник сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров’я	36,54	43,55	24472,0	<0,001*

* – відмінності статистично достовірні на 1 % – му рівні значущості

Джерело: розраховано автором

Крім цього зафіксовано істотне підвищення за питаннями методики HPLP-II С. Уолкер, що охоплюють когнітивний критерій, середній результат за якими зріс з 34,11 до 40,03 балів ($U = 23505,0$; $p < 0,001$), що відображає зростання рівня поінформованості вихованців про здоров'я, способи його збереження, значення психогігієни та здоров'язбережувальної поведінки (рис. 3.3). Досить виразним є і зростання сумарного показника сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я в експериментальній групі – з 36,53 на початку дослідження до 43,55 після завершення програми ($U = 24472,0$; $p < 0,001$), що вказує на комплексне формування знань, переконань і уявлень про здоров'я як цінність (рис. 3.4).

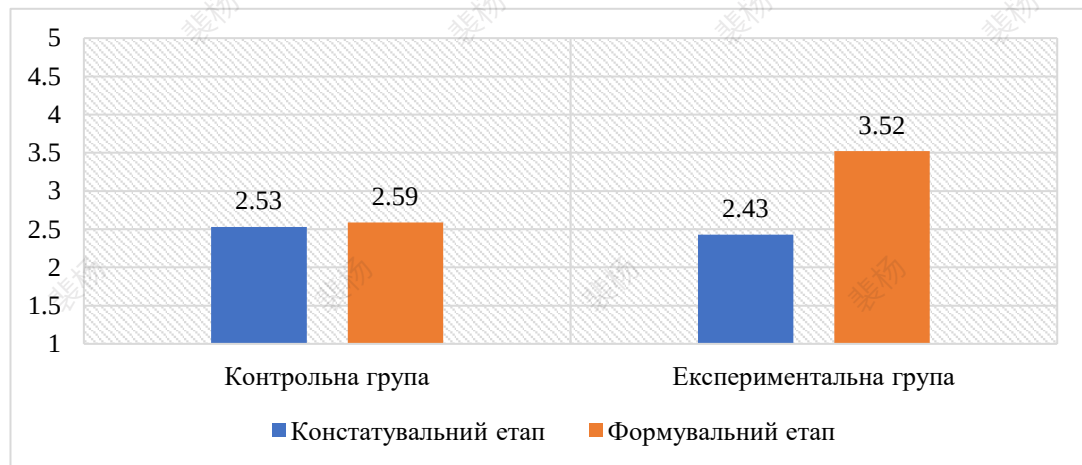


Рис. 3.2. Порівняльна гістограма вираженості термінальної цінності «Здоров'я (фізичні та психічне)» на констатувальному та формувальному етапах експерименту

У контрольній групі, яка не брала участі у програмі, зміни є незначними і статистично недостовірними: середні значення показників практично не змінилися, а рівні значущості ($p > 0,5$; $p > 0,6$) вказують на відсутність суттєвих відмінностей між результатами констатувального і формувального етапів. Це дозволяє зробити висновок, що позитивна динаміка у експериментальній групі зумовлена саме впливом розробленої програми, яка виявилася дієвим інструментом підвищення когнітивної складової ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти.

Такі результати є переконливим свідченням, того що внаслідок

цілеспрямованого педагогічного впливу діти стали краще усвідомлювати значення здоров'я як особистісної цінності, розширили та поглибили свої знання про складові здоров'я, чинники його збереження, засвоїли елементи здоров'язбережувальної поведінки, що є критерієм сформованості когнітивного компонента ставлення до здоров'я. Зростання показника термінальної цінності «Здоров'я» говорить про те, що діти після участі в програмі почали більш усвідомлено розглядали здоров'я як одну з головних життєвих цінностей. Саме усвідомлення значущості здоров'я формує мотиваційну основу для відповідальної поведінки щодо власного фізичного й психічного стану. Підвищення середніх значень за питаннями когнітивного критерію вказує на розширення знань дітей про здоров'я – і не лише в аспекті фізіології, а й у контексті психологічного благополуччя, соціальних зв'язків, безпечної поведінки, тобто у межах сучасного цілісного уявлення про здоров'я.



Рис. 3.3. Порівняльна гістограма усереднених значень за результатами відповіді на питання когнітивного критерію методики HPLP-II

С. Уолкер на констатувальному та формувальному етапах експерименту

Статистично достовірне зростання сумарного показника когнітивного критерію є переконливим підтвердженням того, що діти в результаті програми не лише набули розрізнених знань, а сформували цілісну систему уявлень про здоров'я як життєву цінність, що виступало одним із найбільш значущих

завдань реалізованого нами формувального впливу.

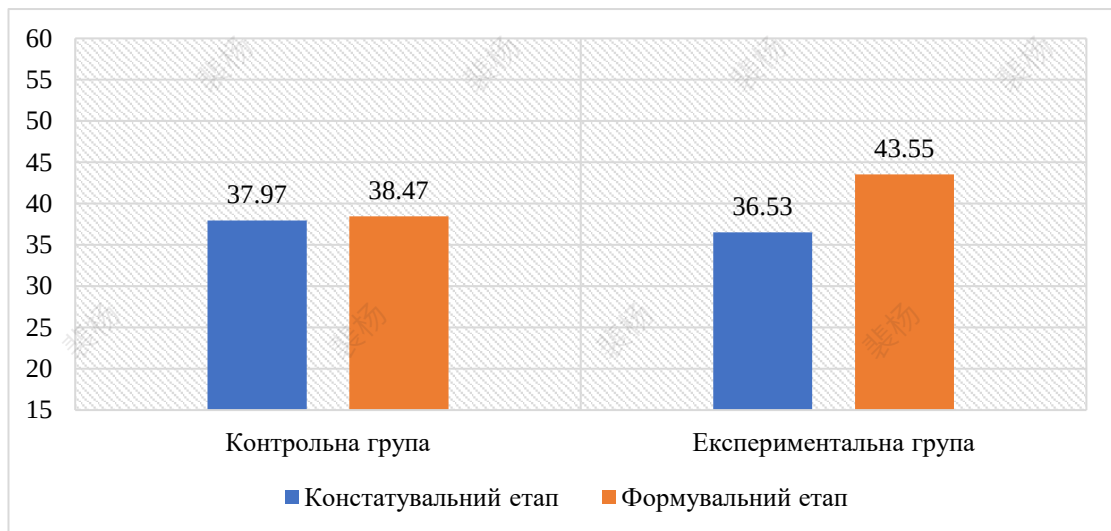


Рис. 3.4. Порівняльна гістограма усереднених значень сумарного показника сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я на констатувальному та формувальному етапі експерименту

Можна констатувати ефективність запропонованої програми формування ціннісного ставлення до здоров'я також і у вимірі мотиваційного критерію (додаток Р). Так, у ході опрацювання результатів формувального етапу експерименту було порівняно рівні сформованості мотиваційного компонента у контрольній та експериментальній групах на початку і після завершення педагогічного впливу. Результати контрольної діагностики в контрольній групі засвідчили незначне підвищення середнього значення показника (з 112,84 до 114,63), яке не є статистично значущим ($U = 18237,5$; $p = 0,861$), що свідчить про відносну сталість показника мотиваційного критерію за відсутності цілеспрямованого впливу (табл. 3.2).

У той же час в експериментальній групі зафіксовано істотне зростання відповідного показника – з 114,33 на етапі первинної діагностики до 124,50 на етапі контрольної діагностики. Ці відмінності є статистично достовірними більше, ніж 1 % – й рівень значущості ($U = 23477,0$; $p < 0,001$), що дозволяє вважати зміни результатом реалізації програми (рис. 3.5). Таким чином, можна констатувати, що педагогічний вплив був дієвим і сприяв зростанню

мотиваційної складової ціннісного ставлення до здоров'я у дітей.

Таблиця 3.2

Результати порівняння показників сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я на констатувальному та формувальному етапі експерименту

Показники	Середні значення дитячих підгруп дослідження		U-критерій Манна-Уїтні	p
	Первинна діагностика	Контрольна діагностика		
Контрольна група	112,84	114,63	18237,5	0,861
Експериментальна група	114,33	124,50	23477,0	<0,001*

* – відмінності статистично достовірні на 1 % – му рівні значущості

Джерело: розраховано автором

Додаткову інформацію щодо якісної динаміки змін надає аналіз розподілу досліджуваних за відсотковими частками рівнів сформованості мотиваційного критерію. У контрольній групі відсотковий розподіл респондентів залишився практично незмінним: частка дітей із низьким рівнем знизилася з 24,74 % до 23,68 %, а з середнім рівнем зросла з 75,26 % до 75,79 %. Частка з високим рівнем мотивації незначно підвищилася (з 0,0 % до 0,53 %). Проте жодна з цих змін не є статистично достовірною ($p > 0,05$), що підтверджує відсутність суттєвої динаміки у контрольній групі (табл. 3.3).

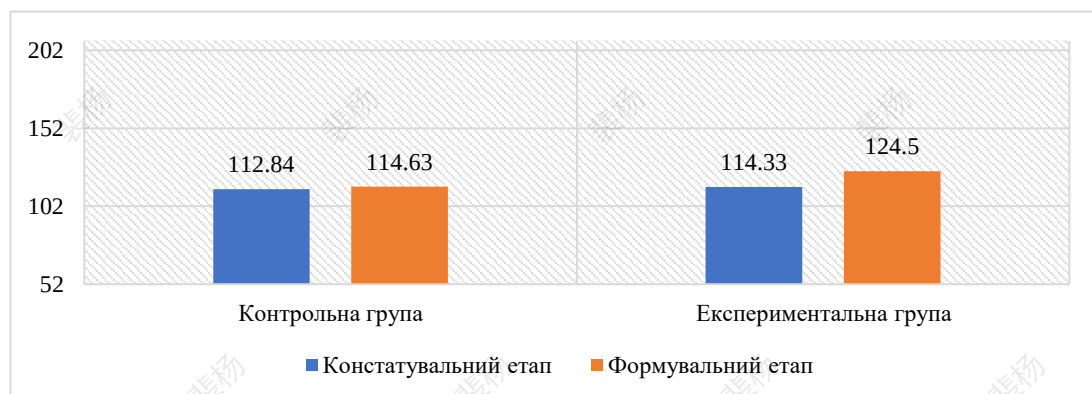


Рис. 3.5. Порівняльна гістограма усереднених значень сумарного показника сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я на констатувальному та формувальному етапі експерименту

В експериментальній групі спостерігаються значні позитивні зміни. Частка дітей із низьким рівнем мотиваційного критерію зменшилася з 26,06 % до 12,23 %, що є статистично достовірним на 1 % – му рівні значущості ($\phi^* = 3,460$; $p < 0,01$). У той же час частка дітей із середнім рівнем суттєво зросла з 72,87 % до 84,04 % ($\phi^* = 2,655$; $p < 0,01$). Найбільш показовим є підвищення кількості учасників із високим рівнем – з 1,06 % до 3,72 %, що є достовірним на 5 % – му рівні значущості ($\phi^* = 1,783$; $p < 0,05$).

Таблиця 3.3

Результати порівняння відсоткових часток досліджуваних контрольної та експериментальної групи з різними рівнями сформованості мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я

Рівень	Група дослідження				Значення ϕ^*	p
	Первинна діагностика		Контрольна діагностика			
	Кількість	Відсоткова	Кількість	Відсоткова		
	респондентів	частка	респондентів	частка		
Контрольна група (N = 190)						
Низький	47	24,74%	45	23,68%	0,240	p>0,05
Середній	143	75,26%	144	75,79%	0,119	p>0,05
Високий	0	0,00%	1	0,53%	1,415	p>0,05
Експериментальна група (N = 188)						
Низький	49	26,06%	23	12,23%	3,460	p<0,01**
Середній	137	72,87%	158	84,04%	2,655	p<0,01**
Високий	2	1,06%	7	3,72%	1,783	p<0,05*

* – відмінності статистично достовірні на 5% – му рівні значущості;

** – відмінності статистично достовірні на 1% – му рівні значущості

Джерело: розраховано автором

Компаративний аналіз відсоткових часток респондентів контрольної та експериментальної групи з різними рівнями сформованості мотиваційного компоненту ціннісного ставлення до свого здоров'я дозволяють констатувати, що у контрольній групі динаміка змін була несуттєвою, тоді як в

експериментальній групі виявлено статистично значущі зрушення: зменшення частки дітей з низьким рівнем та зростання частки з середнім і високим рівнями мотиваційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я. Це підтверджує ефективність упровадженої програми у формуванні позитивних змін мотиваційної сфери дітей.

Отже, з урахуванням обох джерел даних – як кількісних, так і якісних – можна стверджувати, що програма формування ціннісного ставлення до здоров'я виявилася ефективною щодо посилення мотиваційної складової у дітей молодшого шкільного віку. Учасники експериментальної групи краще усвідомили значущість здоров'я, характеризуються зростанням особистої зацікавленості у дотриманні здорового способу життя, формуванні здоров'язбережувальних звичок і підвищенні внутрішньої готовності до активного ставлення до власного здоров'я. Це особливо важливо в контексті виховання відповідального ставлення до свого фізичного й психічного стану у сучасних соціокультурних умовах, які нерідко сприяють пасивності або ігноруванню потреб здоров'я. Результати підтверджують гіпотезу про те, що спеціально розроблений та методично обґрунтований педагогічний вплив може цілеспрямовано активізувати мотиваційну сферу дітей, спрямовану на усвідомлене і відповідальне ставлення до власного здоров'я, а отже, сприяти гармонійному розвитку особистості в цілому.

Аналіз результатів за авторською малюнковою методикою «Малюнок здоров'я» (додаток С), отриманих на формувальному етапі експерименту, дає підстави для обґрунтованих висновків щодо ефективності реалізованої програми формування ціннісного ставлення до здоров'я в контексті розвитку емоційного критерію у вихованців закладів позашкільної освіти. На формувальному етапі експерименту було здійснено оцінку трьох складових емоційного критерію – змістового, кольорового та символічного, що дозволяє комплексно охарактеризувати рівень емоційного залучення дітей у сферу збереження та ціннісного усвідомлення здоров'я (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Результати порівняння показників сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я на констатувальному та формувальному етапах експерименту

Показники	Середні значення дитячих підгруп дослідження		U-критерій Манна-Уїтні	p
	Первинна діагностика	Контрольна діагностика		
Контрольна група				
Змістовий критерій	4,0	3,8	16753,0	0,176
Критерій кольорової гами	3,9	3,7	16797,5	0,176
Символічний критерій	3,5	3,5	18729,0	0,504
Сумарний показник сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я	11,4	11,0	16091,0	0,061
Експериментальна група				
Змістовий критерій	4,0	4,2	20359,5	0,003*
Критерій кольорової гами	4,0	4,3	21980,0	<0,001*
Символічний критерій	3,3	4,1	26742,5	<0,000*
Сумарний показник сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я	11,3	12,6	27498,5	<0,000*

* – відмінності статистично достовірні на 1% – му рівні значущості

Джерело: розраховано автором

У контрольній групі не було зафіксовано жодних статистично значущих змін за жодною зі складових емоційного критерію. Зокрема, показник за змістовим критерієм знизився з 4,0 до 3,8 бали, однак ця динаміка є статистично незначущою ($U = 16753,0$; $p = 0,176$) (рис. 3.6).



Рис. 3.6. Середні показники вираженості критеріїв за авторською малюнковою методикою «Малюнок здоров'я», досліджуваних контрольної групи на констатувальному та формувальному етапах експерименту

Аналогічна тенденція простежується і за критерієм кольорової гами (зниження з 3,9 до 3,7; $U = 16797,5$; $p = 0,176$), а також за символічним критерієм, значення якого залишилося незмінним (3,5 бали; $U = 18729,0$; $p = 0,504$). Сумарний показник сформованості емоційного критерію також знизився з 11,4 до 11,0 балів, проте зміни не досягли рівня статистичної значущості ($U = 16091,0$; $p = 0,061$). Таким чином, за відсутності цілеспрямованого педагогічного впливу рівень емоційного ставлення до здоров'я залишився або незмінним, або навіть зазнав незначного зниження, що може бути наслідком ситуативних або середовищних чинників, але аж ніяк не результатом розвитку внутрішніх особистісних настанов щодо здоров'я.

Що ж стосується експериментальної групи, то після реалізації програми серед її учасників було виявлено виразну позитивну динаміку за всіма складовими емоційного критерію (рис. 3.7).

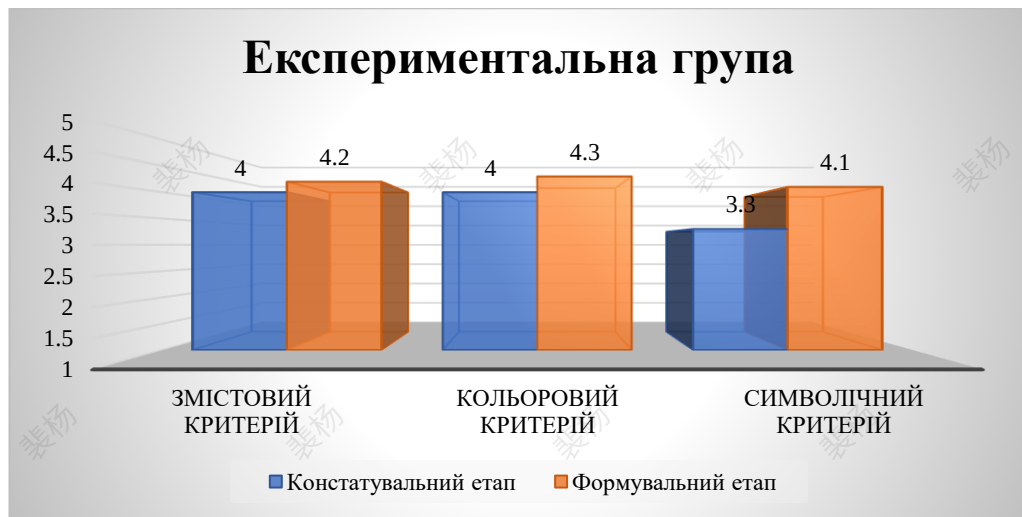


Рис. 3.7. Середні показники вираженості критеріїв, визначених за авторською малюнковою методикою «Малюнок здоров'я», досліджуваних експериментальної групи на констатувальному та формувальному етапах експерименту

Так, показник за змістовим критерієм підвищився з 4,0 до 4,2 бали і ці відмінності є статистично значущими ($U = 20359,5$; $p = 0,003$). Тобто відбулося зростання глибини та щирості емоційних асоціацій дітей, пов'язаних із темою здоров'я. Ще більш виразної позитивної динаміки вдалося досягти за критерієм кольорової гами – з 4,0 до 4,3 балів ($U = 21980,0$; $p < 0,001$), що вказує на посилення позитивної емоційної тональності у сприйнятті здоров'я, що виявляється у виборі відповідних кольорів, пов'язаних із безпекою, радістю, гармонією.

Однак найбільше зростання відбулося за символічним критерієм: з 3,3 до 4,1 балів ($U = 26742,5$; $p < 0,000$), що є свідченням більш глибокого усвідомлення та символічної репрезентації у свідомості цінності здоров'я за рахунок використання візуальних емоційно насичених образів. Тобто в експериментальній групі вихованців відбулася особистісна інтеріоризація ідей, пов'язаних зі здоров'ям, тобто включення їх у глибину емоційно-смыслову сфери.

В експериментальній групі суттєво зріс і сумарний показник сформованості емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я, що

також можна вважати прямим наслідком цілеспрямованого педагогічного впливу, який ураховував не лише когнітивні та мотиваційні складові, а й передбачав розвиток емоційної сфери досліджуваних. З огляду на результати, можна стверджувати, що програма сприяла емоційній відкритості дітей у сприйнятті теми здоров'я, формуванню позитивного ставлення до збереження й зміцнення здоров'я як внутрішньо бажаного стану, що має емоційну привабливість і є джерелом радості, впевненості та гармонії.

Таким чином, реалізація авторської програми дозволила доволі ефективно прискорити та оптимізувати розвиток емоційного ставлення до здоров'я у вихованців ЗПО, на користь чого вказує суттєве зростання рівня емоційної включеності, позитивної афективної оцінки та внутрішньої емоційної мотивації щодо здоров'я.

За **поведінковим критерієм** (додаток Т) в експериментальній групі також спостерігаються виражені позитивні зміни. Зокрема, середній показник за експертною оцінкою батьків в цій групі дітей підвищився з 7,8 до 8,5 балів ($U = 23370,5$; $p < 0,001$), що свідчить про прогресивне формування поведінкових проявів здоров'язбережувальної орієнтації в повсякденному житті дітей – як удома, так і поза межами навчального простору (табл. 3.5).

Експертна оцінка педагогів зросла з 6,5 до 7,2 балів ($U = 22731,0$; $p < 0,001$), що свідчить про якісне покращення поведінкової активності дітей у контексті дотримання здорового способу життя в умовах освітнього середовища – включення в рухову активність, дотримання режиму дня, правил гігієни, ініціативність у виборі корисних видів дозвілля. Найбільш показовим є зростання сумарного показника сформованості поведінкового критерію з 14,3 до 15,7 бали ($U = 24779,0$; $p < 0,001$), що підтверджує системну ефективність програми у формуванні реальних, зовнішньо спостережуваних моделей поведінки, які ґрунтуються на внутрішній ціннісній орієнтації на здоров'я (рис. 3.8).

Результати порівняння показників сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я в контрольній (N = 190) та експериментальній (N = 188) групах дітей

Показники	Середні значення дитячих підгруп дослідження		U- критерій Манна- Уїтні	p
	Первинна діагностика	Контрольна діагностика		
Контрольна група				
Експертна оцінка батьків	7,8	8,0	15254,5	0,064
Експертна оцінка педагогів	6,6	6,8	19235,5	0,230
Сумарний показник сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я	14,4	14,8	16129,0	0,071
Експериментальна група				
Експертна оцінка батьків	7,8	8,5	23370,5	<0,001*
Експертна оцінка педагогів	6,5	7,2	22731,0	<0,001*
Сумарний показник сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я	14,3	15,7	24779,0	<0,001*

* – відмінності статистично достовірні на 1% – му рівні значущості

Джерело: розраховано автором

Варто підкреслити, що зафіксоване зростання не є суто кількісним покращенням, а вказує на якісну зміну у способі життя дітей: вони стали більш самостійними у прийнятті рішень, що сприяють збереженню здоров'я, демонстрували ініціативність у фізичній активності, свідоме дотримання гігієнічних норм і готовність підтримувати інших у питаннях

здоров'язбереження. Така трансформація поведінкової складової, підтверджена незалежними експертами – як батьками, так і педагогами, – свідчить про ефективну інтеріоризацію набутих знань, установок та емоційних переживань, що стало можливим завдяки інтегративному підходу програми, яка забезпечила взаємозв'язок когнітивного, мотиваційного, емоційного й поведінкового компонентів.

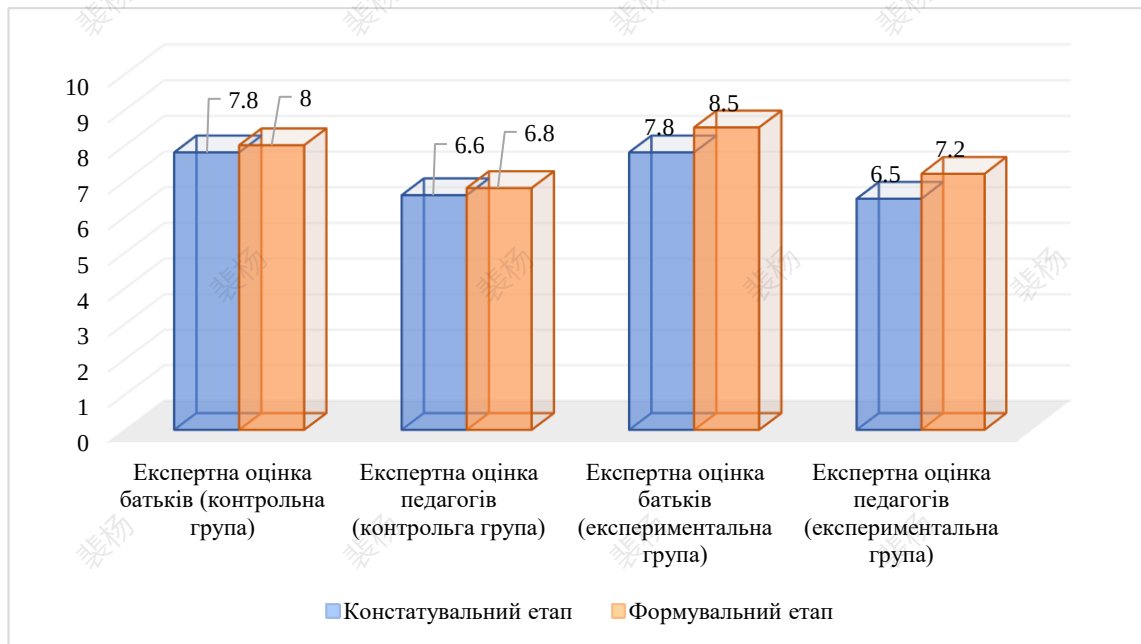


Рис. 3.8. Середні показники експертних оцінок педагогів та батьків на констатувальному та формувальному етапах експерименту

У контрольній групі, яка не зазнала цілеспрямованого впливу експериментальної програми, не зафіксовано статистично значущих змін. Так, середнє значення за експертною оцінкою батьків зросло незначно – з 7,8 до 8,0 балів ($U = 15254$; $p = 0,064$), а за експертною оцінкою педагогів – з 6,6 до 6,8 балів ($U = 19235,5$; $p = 0,230$). Сумарний показник сформованості поведінкового критерію в контрольній групі також зазнав лише незначного підвищення – з 14,4 до 14,8 балів ($U = 16129,0$; $p = 0,071$), що не є статистично достовірною зміною. Отримані дані вказують на відсутність самостійної динаміки у поведінкових проявах ціннісного ставлення до здоров'я в умовах звичного освітнього процесу, що не містив системної цілеспрямованої роботи

в означеному напрямі.

На останньому етапі опрацювання результатів формувального етапу експерименту було здійснено **порівняння показників сформованості загального рівня ціннісного ставлення до здоров'я на констатувальному та формувальному етапах експерименту** (табл. 3.6) (Додаток У).

Таблиця 3.6

Результати порівняння показників сформованості загального рівня ціннісного ставлення до здоров'я на констатувальному та формувальному етапах експерименту

Показники	Середні значення дитячих підгруп дослідження		U-критерій Манна-Уїтні	p
	Первинна діагностика	Контрольна діагностика		
Контрольна група (N = 95)	176,5	178,9	18839,0	0,461
Експериментальна група (N = 94)	176,5	196,4	26989,0	<0,000*

* – відмінності статистично достовірні на 1% – му рівні значущості

Джерело: розраховано автором

Можна констатувати наявність виразної позитивної динаміки в експериментальній групі та відсутність суттєвих змін у контрольній. У контрольній групі, яка не була залучена до реалізації програми цілеспрямованого педагогічного впливу, показники залишилися практично незмінними: середнє значення загального рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я зросло незначно – з 176,7 до 178,9 балів (рис. 3.9).

Така відсутність динаміки є цілком очікуваною в умовах традиційного освітнього процесу в ЗПО, що не передбачає системної та цілеспрямованої діяльності, спрямованої на розвиток особистісного ставлення до здоров'я як цінності. Це свідчить про недостатню ефективність спонтанного формування відповідного ставлення в позашкільному освітньому середовищі без педагогічного впливу, що враховує цілісність і взаємозв'язок когнітивного,

мотиваційного, емоційного та поведінкового компонентів ціннісної сфери дитини.

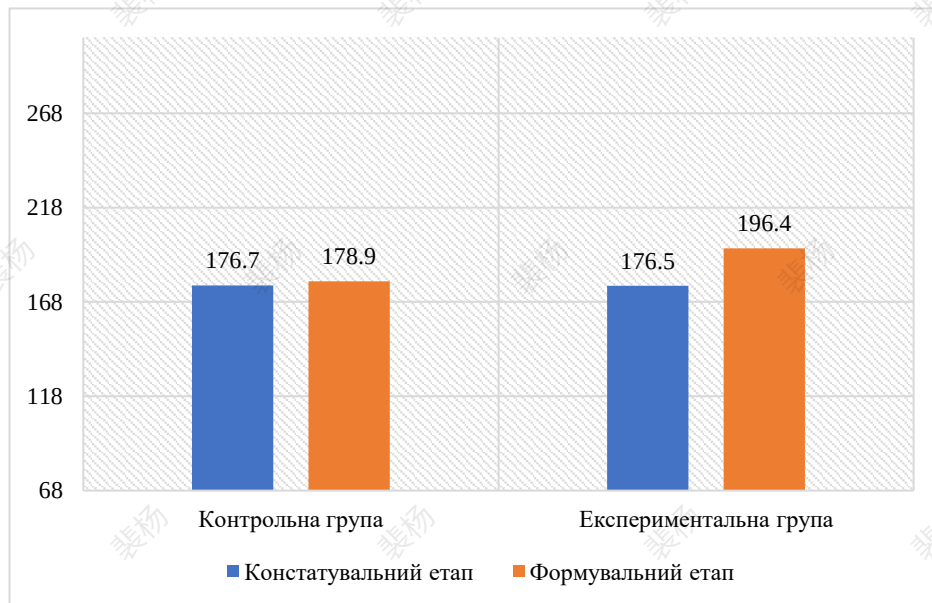


Рис. 3.9. Середні значення загального рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я на констатувальному та формувальному етапах експерименту

Кардинально інша картина спостерігається в експериментальній групі – зафіксовано суттєве підвищення узагальненого показника з 176,5 до 196,4 балів. Зростання є статистично достовірним на високому рівні значущості ($U = 26989,0$; $p < 0,000$), що свідчить про ефективність здійсненого педагогічного впливу. Підвищення узагальненого показника є результатом зростання рівня обізнаності дітей щодо здоров'язбереження, підсилення внутрішньої мотивації до здорового способу життя, позитивного емоційного забарвлення уявлень про здоров'я, а також більш усвідомлених і стабільних моделей поведінки, спрямованих на його збереження. Комплексний характер змін свідчить про успішне формування цінності здоров'я в структурі особистості дітей, що підтверджує доцільність використання програмно-цільового підходу у позашкільній освіті, орієнтованого на формування життєво важливих особистісних орієнтацій.

Таким чином, отримані дані дозволяють констатувати, що реалізація

програми забезпечила цілісне і глибоке формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти. Зміни в експериментальній групі не лише переважають за величиною, а й відзначаються високою статистичною значущістю. У всіх структурних компонентах ціннісного ставлення до здоров'я відзначено суттєве покращення показників в експериментальній групі, що свідчить про системний вплив педагогічних засобів на формування цілісного особистісного ставлення до здоров'я. У контрольній же групі зміни виявились незначними, що підтверджує необхідність цілеспрямованого педагогічного втручання для досягнення позитивної динаміки в розвитку ціннісних орієнтацій у сфері здоров'язбереження. Результати контрольної групи вказують на дещо обмежену результативність звичного освітнього середовища ЗПО, якщо в ньому не здійснюється цілеспрямована виховна взаємодія в аспекті формування ціннісного ставлення до здоров'я. У той же час виражена позитивна динаміка формування ціннісного ставлення до здоров'я в умовах цілеспрямованого впливу підтверджує, що ЗПО є перспективними фасилітуючими майданчиками для формування здоров'язберігаючих компетенцій.

3.3. Науково-методичні рекомендації щодо впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців позашкільних закладів та установ

Необхідність розробки науково-методичних рекомендацій щодо впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців позашкільних закладів та установ зумовлена низкою об'єктивних соціально-педагогічних, психолого-вікових та організаційно-інституційних чинників, які визначають актуальність проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей у сучасному освітньому середовищі. Сьогодні питання формування ціннісного ставлення до здоров'я набуває особливої ваги в

контексті зростання ризиків для фізичного, психічного та соціального благополуччя підростаючого покоління, що спричинені як глобальними викликами, так і локальними чинниками освітнього та соціального середовища. При цьому традиційна система шкільної освіти з огляду на її орієнтацію на академічні результати, регламентованість навчального процесу та обмеженість у варіативних формах освітньої діяльності, не завжди спроможна повною мірою забезпечити розвиток цілісної системи цінностей, пов'язаних зі здоров'ям. На цьому тлі позашкільна освіта постає як надзвичайно перспективний простір для формування ціннісного ставлення до здоров'я, оскільки її специфіка – добровільність участі, неформальна атмосфера спілкування, гнучкість програм, орієнтація на інтереси та здібності дитини – створює сприятливі умови для гармонійного розвитку особистості, включаючи її ціннісно-смыслову сферу.

У зв'язку з цим було створено науково обґрунтовану та цілісну та модель формування ціннісного ставлення до здоров'я в умовах закладу позашкільної освіти, в якій процес формування відповідного ставлення структуровано за критеріями, що мають концептуальне значення – когнітивним, мотиваційним, емоційним та поведінковим. Зважаючи на це, розробка науково-методичних рекомендацій є необхідною передумовою для практичного впровадження моделі, адже вона забезпечує педагогів позашкільної освіти дієвими інструментами, технологіями, методиками та організаційними формами, що відповідають сучасним педагогічним вимогам і специфіці діяльності закладів позашкільної освіти. Таким чином, науково-методичне забезпечення моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я виступає не лише організаційно-методичним ресурсом, а й необхідною умовою підвищення якості та ефективності виховної роботи в позашкільній освіті, яка спрямована на всебічний розвиток особистості дитини як відповідального суб'єкта збереження й зміцнення власного здоров'я.

У відповідності до виділених критеріїв сформованості ціннісного ставлення до здоров'я науково-методичні рекомендації також можна

структурувати на рекомендації, що оптимізують формування когнітивного, мотиваційного, емоційного та поведінкового компонента ціннісного ставлення до здоров'я вихованців ЗПО.

1. Науково-методичні рекомендації щодо впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти у вимірі когнітивного критерію базуються на урахуванні специфічних особливостей функціонування цих інституцій. Насамперед, добровільність участі дітей у позашкільних освітніх програмах вимагає створення цікавого навчального контексту, у якому інформація про здоров'я не нав'язується, а подається як цікава, особистісно значуща та практично застосовна. Варіативність освітньої діяльності дозволяє адаптувати зміст когнітивного компонента до різних напрямів гурткової роботи – художньо-естетичного, еколого-натуралістичного, туристсько-краєзнавчого, науково-технічного, спортивного тощо [102].

У межах кожного профілю знання про здоров'я необхідно інтегрувати в освітній процес шляхом реалізації тематичних інтерактивних проєктів, інтелектуальних ігор, квестів, дослідницьких міністудій, що водночас сприяє розвитку когнітивної сфери та актуалізації ціннісних орієнтацій вихованців.

В організації освітнього процесу у закладі позашкільної освіти зміст когнітивного критерію необхідно реалізовувати за рахунок модульних занять, міждисциплінарних освітніх подій, виїзних освітніх акцій, що дозволяє уникнути шаблонності, дотримуючись принципу природного включення знань про здоров'я в контекст цілісної освітньо-виховної діяльності [80; 159].

Враховуючи можливість активної взаємодії закладів позашкільної освіти із громадами, до процесу формування ціннісних орієнтацій вихованців доцільно залучати місцевих фахівців у сфері охорони здоров'я, фізичної культури, психології, екології до проведення пізнавальних заходів, а також ініціювати проєкти соціального спрямування, у яких діти зможуть не лише здобути нові знання, а й застосувати їх на практиці в межах волонтерської чи громадської діяльності.

Важливо, що у позашкільлі відсутня практика академічного оцінювання, тож для забезпечення зворотного зв'язку та оцінки рівня сформованості когнітивного компонента слід використовувати альтернативні форми оцінювання: самооцінювання, рефлексивні щоденники, квест-заліки, демонстраційні виступи, проєктні презентації тощо. Ці методи дають змогу підкріплювати суб'єктну позицію дитини та підтримувати позитивне емоційне ставлення до знань про здоров'я. Оскільки освітній процес у закладах позашкільної освіти відбувається у неформальній, партнерській атмосфері, особливої ваги набуває особистість педагога. Він повинен виступати не стільки джерелом знань, скільки фасилітатором пізнання, що заохочує до пізнавальної активності, критичного осмислення отриманої інформації, дискусій, творчого мислення [45; 74; 219].

2. Науково-методичні рекомендації щодо впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців позашкільних закладів у частині мотиваційного критерію спрямовані на створення таких умов освітньої взаємодії, які забезпечують стійке особистісне прагнення дитини до здорового способу життя, усвідомлення його значущості для власного благополуччя, самореалізації та життєвого успіху. Для цього робота педагога у формуванні мотиваційного компонента ціннісного ставлення до здоров'я передбачає суб'єктне залучення вихованця до процесів самопізнання, самоактуалізації та цілепокладання в сфері збереження й зміцнення здоров'я. Це завдання особливо органічно вплітається в специфічні умови організації позашкільної освіти завдяки її добровільному та варіативному характеру. Освітній процес у формуванні ціннісного ставлення вихованців до здоров'я повинен бути організований таким чином, щоб кожний учасник мав змогу обирати зміст, форми та інтенсивність участі у здоров'язбережувальній діяльності відповідно до власних інтересів, уподобань і здібностей. Необхідно враховувати профільну спрямованість гурткової роботи, інтегрувати здоров'язбережувальні цінності відповідно до напрямку роботи гуртка, враховуючи специфіку творчої, спортивної, технічної, туристсько-красознавчої

та екологічної діяльності. Це сприяє підвищенню інтересу дитини до питань збереження здоров'я, розширює можливості для особистісного смислового залучення дитини до занять відповідної тематики [47; 123].

Для формування мотиваційного критерію в роботу закладу позашкільної освіти необхідно запроваджувати проєктну та дослідницьку діяльність за означеним напрямком. Вона повинна бути орієнтована на аналіз реальних життєвих ситуацій, розробку власних стратегій збереження здоров'я, участь у просвітницьких та волонтерських ініціативах, що мають соціально значущий характер і забезпечують зв'язок між індивідуальною мотивацією та суспільним контекстом. Гнучкість організації освітнього процесу в закладі позашкільної освіти дозволяє педагогу обирати найбільш ефективні форми мотиваційної роботи. Тому варто зосереджувати увагу на таких формах як тренінги, рольові ігри, ситуаційне моделювання, рефлексивні сесії, квести, медіапроєкти. Завдяки їх запровадженню можна не лише активізувати внутрішню мотивацію вихованців на ведення здорового способу життя, а й сприяти формуванню стійких переконань щодо значущості здоров'я як особистої цінності [74].

Важливо, що у позашкільному освітньому середовищі, основним механізмом підтримки мотивації є не зовнішній контроль, а позитивне підкріплення, особистісне схвалення, створення атмосфери взаємної довіри, підтримки та рівноправного партнерства між вихованцем і педагогом. Ця неформальна взаємодія є надзвичайно сприятливою для емоційного прийняття здоров'я як життєвої цінності та розвитку внутрішньої зацікавленості у її збереженні [108]. Необхідно активно використовувати цей механізм особливо в роботі із формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців підліткового віку. Цей період відбувається стрімкий перехід до світу дорослих без наявності достатнього життєвого досвіду, схильністю дитини до різних форм самоствердження, навіть за рахунок ризикованої поведінки, що потребує від дорослих переходу від директивних настанов до рівноправного діалогу. Саме такий підхід дозволить створити цілісний виховний простір, де

здоров'язбережувальні цінності транслуються у свідомість підлітка через соціальні зв'язки.

3. Впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців позашкільних закладів освіти у контексті розвитку емоційного компонента ціннісного ставлення до здоров'я передбачає активізацію емоційно-ціннісного ставлення дітей до здоров'я як невід'ємної складової повноцінного, гармонійного та щасливого життя. Для формування емоційного компонента цього ставлення необхідно створити такі педагогічні умови, за яких дитина зможе пережити суб'єктивно значущі позитивні емоції, пов'язані з досвідом здоров'язбережувальної поведінки, що сприятиме емоційному прийняттю здоров'я як особистісної цінності [109].

Особливості позашкільної освіти дозволяють вибудовувати освітній процес таким чином, щоб емоційне залучення дітей до різних форм діяльності відбувалося на основі їхніх особистих інтересів, нахилів та естетичних уподобань, що створює сприятливі передумови для емоційного насичення досвіду піклування про здоров'я. Необхідно використовувати профільну спрямованість гурткової роботи для інкорпорації елементів здоров'язбереження в художньо-творчу, рухову, пізнавальну або соціально-активну діяльність, яка здатна викликати або підсилити естетичну, моральну або емпатійну емоційну реакцію [135].

Необхідно залучати вихованців до створення символічних продуктів (малюнків, плакатів, сценок, перформансів, історій), що відображають їхнє уявлення про здоров'я, у яких за допомогою кольору, образу, сюжету або інтерпретації відтворюється емоційна значущість цієї теми [54]. Такий підхід дозволяє дитині емоційно осмислити власне ставлення до здоров'я, надає можливість індивідуального самовираження та сприяє внутрішньому закріпленню позитивного ставлення до себе як суб'єкта здоров'я.

Важливо враховувати гнучкість організації освітнього процесу у позашкільній освіті для урізноманітнення засобів емоційного впливу на вихованців. Зокрема, залучення вихованців до інтерактивних ігор,

використання арт-терапевтичних методик, кольоротерапії, казкотерапії, театралізованого дійства, дозволить активізувати позитивні почуття, пов'язані з тілесним і психоемоційним комфортом, відчуттям радості, безпеки, підтримки та спільності.

Необхідно зміцнювати емоційний компонент ціннісного ставлення до здоров'я за допомогою безоцінювальної підтримки переживань дитини. Створення безпечного простору, де вона зможе вільно виявляти свої почуття, буде стимулювати її до вільного самовираження, вияву співпереживання і співчуття, міжособистісної емпатії [6].

Важливою умовою ефективної реалізації зазначених підходів є встановлення в колективі довірливої, неформальної атмосфери спілкування і взаємодії, яка дозволить забезпечити психологічну відкритість, свободу вираження, емоційний комфорт і прийняття кожного вихованця [219].

Участь у флешмобах, творчих виставках або волонтерських акціях із тематики здоров'я підсилить емоційний вплив соціального контексту, сформує позитивні почуття від приналежності до спільної корисної справи, буде сприяти емоційному закріпленню настанов на здоровий спосіб життя через відчуття значущості власного внеску. Таким чином, впровадження моделі формування емоційного компоненту ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців позашкільних дозволить забезпечити інтеграцію емоційно насичених, естетично та морально значущих освітніх впливів у контекст добровільної, творчої, неформальної взаємодії, що забезпечує глибоке внутрішнє прийняття цінності здоров'я як основи гармонійного розвитку особистості.

4. Поведінковий компонент ціннісного ставлення до здоров'я у дискурсі запропонованої моделі формується в умовах практичного втілення набутих знань та переживань у реальні дії, що уособлюють здоров'язбережувальну поведінку. Поведінковий критерій відображає здатність дитини не лише усвідомлювати важливість здоров'я, але й здійснювати в повсякденному житті відповідні вчинки, які свідчать про ціннісне ставлення до нього. У контексті

функціонування закладів позашкільної освіти, де освітня діяльність реалізується на добровільних засадах, практику відпрацювання поведінкових навичок здоров'язбереження необхідно інтегрувати в цікаві, змістовно насичені та профільно орієнтовані форми активності, що відповідають інтересам дітей і створюють можливості для вільного вибору способів реалізації власної поведінкової позиції щодо здоров'я [108].

Особливу увагу варто приділити формуванню стійких навичок саморегуляції, гігієни, безпечної поведінки, раціонального харчування, рухової активності, емоційного самозбереження та взаємодії на засадах поваги і підтримки. Ці навички закріплюються в реальному досвіді дитини шляхом залучення до активних форм діяльності – тренінгів, майстер-класів, змагань, ігор, маршрутів здоров'я, квестів, інтерактивних оздоровчих таборів, волонтерських ініціатив та суспільно значущих заходів, які дозволяють дітям практикувати здоров'язбережувальні дії у природному або змодельованому середовищі [74].

Різноманіття форм гурткової діяльності дає змогу реалізовувати різні підходи, що відповідають змісту конкретного напрямку позашкільної освіти. У спортивних гуртках варто запроваджувати щоденні практики фізичної культури та елементи фітнесу; в туристсько-краєзнавчих – дії щодо збереження фізичного ресурсу під час подорожей; у мистецьких – поведінкові стратегії збереження психоемоційного балансу, ритму праці та відпочинку. Важливо також забезпечити включення дітей до створення й реалізації мініпроектів або ініціатив, пов'язаних із популяризацією здорового способу життя у своєму освітньому або локальному середовищі, що сприяє закріпленню настанов на проактивну поведінку щодо здоров'я [219].

Використовуйте гнучкість організації освітнього процесу для адаптації поведінкових завдань до ритму та емоційного стану вихованців, уникайте перевантаження та формалізації, натомість підтримуйте природне прагнення дитини до дії, експерименту, руху та пізнання себе через практику [219]. Специфічні умови закладу позашкільної освіти вимагають від педагогів

зосередженості не на контролі та санкціях, а на мотиваційному заохоченні, позитивному підкріпленні, підтримці самореалізації та емоційному резонансі поведінкових проявів.

Таким чином, ефективне впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти має забезпечити перехід від абстрактного знання до конкретної дії, інтегрованої в практику повсякденного життя, що реалізується в умовах добровільної, профільно спрямованої та емоційно комфортної освітньої взаємодії.

Висновки до третього розділу

У межах даного розділу було представлено модель формування ціннісного ставлення до здоров'я серед вихованців ЗПО та проаналізовано результати її емпіричної апробації у рамках реалізації формувального етапу експерименту. У підсумку розробки, теоретичного обґрунтування та експериментальної перевірки розробленої моделі можна зробити наступні висновки.

У ході дослідження було сконструйовано модель розвитку ціннісного ставлення до здоров'я серед вихованців установ позашкільної освіти. Структура моделі охоплює три взаємопов'язані компоненти: підготовчо-цільовий, організаційно-методичний та аналітико-результативний блоки. Кожен із них має власну змістову структуру, що містить сукупність педагогічних принципів, підходів, форм організації, методів впливу, а також критеріїв і рівнів сформованості ціннісного ставлення до здоров'я. Значущим аспектом запропонованої моделі є акцентування на унікальних педагогічних умовах, характерних саме для закладів позашкільної освіти, які створюють сприятливе середовище для формування позитивного ставлення до здоров'я. На основі цієї моделі було розроблено методику формування ціннісного ставлення до здоров'я в умовах ЗПО, що пройшла узагальнення й структуризацію в межах єдиної програми формування ціннісного ставлення до здоров'я у здобувачів освіти в позашкільному просторі. Зазначена програма

виступає практичним втіленням концептуальної моделі й водночас служить інструментом для оцінки її ефективності.

За результатами проведеного формувального експерименту підтверджено ефективність розробленої моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти, що була реалізована через програму, створену на її основі. У динаміці когнітивного компонента зафіксовано суттєве підвищення рівня обізнаності дітей щодо сутності поняття «здоров'я», його складових, факторів збереження та зміцнення, а також основ здоров'язбережувальної поведінки. Розширення і поглиблення знань, їх систематизація й усвідомлення ціннісного змісту відбулися завдяки цілеспрямованому педагогічному впливу в умовах позашкільної освіти, що створює сприятливе середовище для засвоєння інформації через діяльнісний і дослідницький підходи. Позитивна динаміка сумарного показника когнітивного критерію є свідченням формування у вихованців цілісної уяви про здоров'я як життєву цінність.

Мотиваційний компонент також зазнав помітних позитивних змін. Діти виявили зростання зацікавленості у здоровому способі життя, підвищення внутрішньої готовності до збереження й зміцнення власного здоров'я, сформували усвідомлену потребу у дотриманні здоров'язбережувальної поведінки. Зростання показника термінальної цінності «здоров'я» в структурі особистісних орієнтацій засвідчує не лише декларативне визнання значущості здоров'я, а й еволюцію внутрішньої мотивації, що формувалась під впливом практико-орієнтованих занять, індивідуального рефлексивного супроводу та позитивної соціальної взаємодії. Це підтверджує можливість цілеспрямованого впливу на мотиваційну сферу дітей шляхом залучення їх до діяльності, що має особистісний сенс.

Емоційний компонент ціннісного ставлення до здоров'я також характеризується вираженою позитивною динамікою. У процесі реалізації програми було зафіксовано зростання емоційної включеності дітей у зміст тематики здоров'я, посилення позитивного емоційного фону у ставленні до

здорового способу життя, формування емоційної привабливості ідеї здоров'я як джерела радості, впевненості, гармонії. Діти навчились пов'язувати тематику здоров'я із позитивними символами, кольорами та образами, що засвідчує формування глибоких емоційно-смыслових зв'язків. Особистісна інтеріоризація цінності здоров'я в емоційному вимірі є ознакою зрілої афективної інтеграції, яка є необхідною умовою для стабільного функціонування ціннісних орієнтацій.

Динаміка формування поведінкового компонента дозволяє констатувати ефективність програми у контексті формування конкретних моделей здоров'язбережувальної поведінки. Учасники експериментальної групи продемонстрували якісні зміни в поведінковій активності: вони частіше ініціювали участь у руховій активності, дотримувалися режиму дня, правил гігієни, свідомо обирали корисні форми дозвілля. Ці зміни є не лише зовнішніми проявами, а й результатом внутрішнього ціннісного осмислення здоров'я як особистої пріоритетної установки. Поведінкові прояви стали більш стабільними, свідомими та індивідуально значущими, що свідчить про успішну інтеграцію цінності здоров'я у повсякденні життєві практики дітей.

За результатами проведення експериментальної перевірки ефективності моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців ЗПО було розроблено науково-методичні рекомендації, що окреслюють шляхи формування когнітивного, мотиваційного, емоційного та поведінкового компонентів ціннісного ставлення до здоров'я у цієї категорії здобувачів освіти.

ВИСНОВКИ

Комплексне теоретико-емпіричне дослідження особливостей формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти, що було виконане у межах підготовки дисертаційної роботи, дозволяє зробити наступні висновки.

1. Проведений ретроспективний аналіз проблеми формування ціннісного ставлення до здоров'я засвідчив, що уявлення про здоров'я як суспільну і особистісну цінність змінювалися в контексті домінування певної світоглядної парадигми, суспільних потреб і розвитку наукових знань. Впродовж соціально-культурного розвитку людства спостерігається трансформація поглядів на здоров'я від об'єкта зовнішнього впливу до індивідуального ресурсу, відповідальність за який несе сама особистість. У сучасному соціокультурному просторі здоров'я дедалі більше розглядається як інтегрована біопсихосоціальна цінність, що потребує усвідомленого ставлення, особливо в умовах глобальних викликів і криз.

2. Аналіз наукової літератури з проблеми формування ціннісного ставлення до здоров'я дозволив виокремити основні підходи до його тлумачення. Ціннісне ставлення до здоров'я розглядається як інтегративне особистісне утворення, що охоплює когнітивний (знання про здоров'я, його значення, способи збереження), мотиваційний (усвідомлення здоров'я як життєвої цінності), емоційний (емоційно-позитивне ставлення до здорового способу життя) та поведінковий (практична реалізація здоров'язбережувальної поведінки) компоненти. Уточнено сутність і структуру поняття «ціннісне ставлення до здоров'я», що стало основою для побудови діагностичної системи та моделі формування досліджуваного феномена.

3. Теоретичний аналіз особливостей функціонування закладів позашкільної освіти дозволив визначити їхній потенціал у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я. Виокремлено специфічні характеристики

позашкільної освіти: добровільність та варіативність діяльності, профільна спрямованість гурткової роботи, гнучкість організації освітнього процесу, акцент на розвиток інтересів і здібностей дитини, неформальна атмосфера взаємодії, активна співпраця з родинами та громадами. Такі особливості створюють сприятливі умови для реалізації виховного потенціалу позашкільної освіти у сфері формування ціннісного ставлення до здоров'я.

4. Розроблено систему критеріїв, показників і рівнів сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти. До критеріїв віднесено: когнітивний (обізнаність щодо здоров'я), мотиваційний (усвідомлення значущості здоров'я), емоційний (емоційне ставлення до здоров'я), поведінковий (відповідні дії та звички). На основі емпіричних показників визначено три рівні сформованості ціннісного ставлення до здоров'я: високий, середній та низький.

5. На констатувальному етапі експерименту встановлено, що більшість вихованців мають середній рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я, зокрема за когнітивним і мотиваційним критеріями. Емоційний і поведінковий компоненти виявилися більш розвиненими. Це свідчить про потенціал для подальшого вдосконалення освітнього впливу через збагачення знань, розвиток внутрішньої мотивації і закріплення позитивного досвіду здоров'язбережувальної поведінки. Встановлено наявність пропорційного початкового рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я в експериментальній і контрольній групах, що створило підґрунтя для перевірки ефективності авторської моделі.

6. У процесі формувального етапу експерименту перевірено ефективність моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців позашкільного закладу. Модель передбачає реалізацію комплексу організаційно-педагогічних умов, які забезпечують поетапне і системне засвоєння знань, розвиток мотиваційно-ціннісної сфери, емоційне залучення до проблеми здоров'я, формування практичних навичок здорового способу життя. За результатами експерименту виявлено статистично значущі

позитивні зміни у рівнях сформованості всіх компонентів досліджуваного феномена в експериментальній групі, що підтверджує ефективність запропонованої моделі.

7. Розроблено науково-методичні рекомендації щодо впровадження моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я у практику діяльності закладів позашкільної освіти. У рекомендаціях враховано специфіку функціонування цих закладів, потреби дітей, вимоги сучасної освітньої політики, а також важливість інтеграції зусиль педагогів, батьків, громади. Визначено ефективні підходи, форми і методи роботи з вихованцями, зокрема: тематичні заняття, ігрові програми, проєктну діяльність, тренінги, інтегровані заходи, які формують позитивну мотивацію до збереження здоров'я.

Перспективи подальших досліджень у контексті формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти пов'язані з розширенням предмету дослідження, зокрема аналізом впливу соціокультурних, етнопсихологічних, гендерних та вікових особливостей дітей і підлітків, які відвідують ЗПО, на динаміку формування ціннісного ставлення до здоров'я. Перспективним також є аналіз ефективності різних моделей педагогічного супроводу здоров'язбережувальної поведінки в умовах позашкільного освітнього простору. Можна також розширити емпіричну базу дослідження шляхом проведення порівняльного аналізу досвіду формування здоров'язбережувальної культури у позашкільній освіті різних регіонів України та за кордоном.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абашнік В. О. Френсіс Бекон у Харківській університетській філософії. *Новий органон (1620) та університетська філософія. До 400-річчя виходу трактату «Новий органон» Френсіса Бекона* : матеріали міжнар. наук. конф., м. Харків, 18–19 грудня 2020 р. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. С. 5–13.
2. Авдеєнко І. М. Культура здоров'я студентів та середовищний підхід в умовах вищого навчального закладу. *Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження* : монографія. Харків, 2017. С. 289–293.
3. Алексеєнко Т. Ф. Змістовно-технологічний концепт формування ціннісного ставлення до здоров'я підлітків під час війни у школі та позашкільних закладах освіти. *Наукові записки. Психолого-педагогічні науки*. 2025. № 4. С. 9–18.
4. Алексеєнко Т. Ф., Кушнар'ов С. В. Ризикова поведінка. Вінниця: ТОВ «Фірма-Планер», 2013. 172 с.
5. Алексеєнко Т. Ф. Онтологічний зміст поняття «ціннісне ставлення до здоров'я». *Наукові записки. Психолого-педагогічні науки*. 2025. № 3. С. 9–15. DOI: <https://doi.org/10.31654/2663-4902-2025-PP-3-9-15>
6. Андрищенко Т. К. Формування здоров'язбережувальної компетентності як соціально-педагогічна проблема. *Науковий вісник Волинського національного університету імені Лесі Українки*. 2012. № 7. С. 123–127.
7. Андрищенко Т. К. Формування ціннісного ставлення до власного здоров'я в дітей старшого дошкільного віку : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Держ. вищ. навч. заклад «Переяслав-Хмельницький держ. пед. ун-т ім. Григорія Сковороди». Переяслав-Хмельницький, 2007. 268 с.
8. Аносов І. П., Ізбаш С. С. Здоров'язбережувальні освітні технології у професійно-педагогічній підготовці вчителя. *Педагогіка здоров'я* : зб. наук.

праць IV Всеукр. наук.-практ. конф. наук., м. Харків, 7 квіт. 2014 р. / за заг. ред. Прокопенка І. Ф. Харків, 2014. С. 22–28.

9. Антоненко Т. Л. Психологічні засади становлення ціннісно-сміслової сфери особистості майбутнього фахівця : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07 / Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова. Київ, 2019. 453 с.

10. Антонова О. Є., Поліщук Н. М. Здоров'язберігаюча компетентність особистості як наукова проблема (аналіз поняття). *Вища освіта у медсестринстві: проблеми і перспективи* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., м. Житомир 10–11 лист. 2011 р. Полісся, 2011. С. 27–31.

11. Антонюк Г. Д. Ідеї раннього Просвітництва в освітньо-культурному просторі України XVII–першої половини XVIII ст. : монографія. Львів, 2015. 496 с.

12. Аристотель. Метафізика. Київ : Темпора, 2023. 848 с. (Серія: «Філософія»).

13. Аристотель. Нікомахова етика / пер. з давньогр. В. Ставнюка. Київ: Аквілон-Плюс, 2002. 480 с. URL: http://am.history.univ.kiev.ua/Nikomakhova_etyka.pdf (дата звернення: 08.07.2024).

14. Асланов Г. А. Здоров'я як цінність сучасної успішної особистості. *Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка*. 2016. № 25. С. 23–27.

15. Асланов Г. А. Формування ціннісного ставлення до здоров'я у студентів медичного університету. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2013. № 27. С. 36–41.

16. Бабич В. І. Зміст та структура поняття «соціальне здоров'я підлітка». *Народна освіта : електронне фахове видання*. 2012. Вип. 1 (16). URL: <http://www.narodnaosvita.kiev.ua/vupysku/16/index16.htm> (дата звернення: 30.06.2024).

17. Бабич В. І. Професійна підготовка майбутніх учителів до виховання соціально здорових підлітків : теорія і практика : монографія.

Луганськ, 2015. 488 с.

18. Бабич В. І., Полулященко Ю. М. Визначення можливостей формування соціального здоров'я підлітків в контексті реформування фізичної культури у загальноосвітніх навчальних закладах. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка (педагогічні науки)* : зб. наук. пр. 2018. № 4 (318). Ч. 1. С. 172–179.

19. Бабюк Т. Й. Характеристика компонентів ціннісного ставлення до здоров'я як інтегрального показника сформованості здорового способу життя дітей старшого дошкільного віку. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. 2015. Вип. 8. С. 69–75.

20. Бастун Н. А. Особистісні цінності як системотвірний чинник життєвої активності людини. *Актуальні проблеми психології. Психологія обдарованості* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2016. Том 6. Вип. 12. С. 34–42. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v6/i12/5.pdf> (дата звернення: 04.08.2024).

21. Бастун Н. А. Передумови духовного розвитку у дитячому віці: можливі перешкоди *Проблеми загальної і педагогічної психології* : зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2010. Т. XII. Ч. 4. С. 32–40.

22. Бельорін-Еррера О. М., Корженко І. О., Удовенко М. А. Холістичний підхід до збереження здоров'я студентської молоді. *Педагогіка здоров'я* : зб. наук. пр. VII Всеукр. наук. - практ. конф., м. Чернігів, 7–8 квіт. 2017 р. Чернігів, 2017. Т. 1. С. 57–59.

23. Бех І. Д. Виховна гуманістична парадигма в освітній інновації. *Педагогіка і психологія*. 2016. № 2. С. 14–21.

24. Бех І. Д. Духовні цінності в розвитку особистості. *Педагогіка і психологія*. 1997. № 1. С. 124–129.

25. Бех І. Д. Особистісно зорієнтоване виховання : наук.-метод. посіб. Київ : ІЗМН, 1998. 204 с.

26. Бех І. Д. Особистість на шляху до духовних цінностей : монографія. Київ; Чернівці, 2018. 320 с.
27. Білоус О. С. Системний підхід у формуванні творчої активності майбутнього педагога. *Вісник Дніпропетровського університету імені Альфреда Нобеля. Серія Педагогіка і психологія. Педагогічні науки*. 2015. № 1 (9). С. 227–232.
28. Бобро А. А. Сутність поняття «соціальне здоров'я» у науковій літературі. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*. 2014. Вип. 122. С. 19–23.
29. Богучарова О. І. Внутрішня картина здоров'я як умова формування особистості (спроба проблематизації). *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ., 2002. Т. IV. Ч. 1. С. 11–20.
30. Богучарова О. І. Здоров'я особистості у психологічній перспективі : монографія. Луганськ, 2012. 487 с.
31. Богучарова О. І. Психологія ставлення до здоров'я: парадигми, моделі, чинники розвитку: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01 / Київ. нац. Ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ, 2013. 484 с.
32. Бойко Т. В. Здоров'язберігаючі технології і сучасна система освіти. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Педагогічні науки*. 2013. Вип. 108.1. С. 56–62.
33. Бойко Ю. С. Формування аксіологічних установок до здорового способу життя у студентів вищих навчальних закладів: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.07 / Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини. Умань, 2015. 268 с.
34. Бойченко М., Никифоров А., Гулей О. Світоглядний аспект естетичного виховання особистості в українській педагогіці. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2022. № 3 (117). С. 3-12. DOI: 10.24139/2312-5993/2022.03/003-012
35. Бойчук Ю. Д., Турчинов А. В. Сутність здоров'язберігаючої

компетентності в контексті валеологічної парадигми. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти*. 2015. № 48/49. С. 180–186.

36. Борисенко В. В. Модель здоров'язберезувальної компетентності майбутніх фахівців технічних спеціальностей в умовах неформальної освіти. *Збірник наукових праць «Педагогіка і психологія»*. Харків, 2019. Вип. 62. С. 30–38.

37. Борисюк А. С. До проблеми психічного та психологічного здоров'я молоді. *Психологічні науки* : зб. наук. пр. Том 2, вип. 10 (91). 2013. С. 46–51.

38. Боришевський М. Й. Особистість у вимірах самосвідомості : монографія. Суми, 2012. 608 с.

39. Бутузова Л. П. Психологічні особливості становлення у особистості відповідального ставлення до власного здоров'я. *Актуальні проблеми сімейної медицини : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф.* / за ред. Мороза В. М. Житомир: Полісся, 2011. С. 135–143.

40. Вакуленко О. В. Сучасні аспекти формування здорового способу життя в Україні та світі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка*: зб. наук. пр. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 21. С. 114–121.

41. Велика А. М. Ситуація успіху як визначальна умова підвищення якості навчання старшокласників гуманітарним дисциплінам. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини*, Умань, 2009. Ч. 3. С. 30–38. URL: https://www.aphn-journal.in.ua/archive/27_2020/part_1/42.pdf (дата звернення: 30.03.2025).

42. Вершина В. А. Посібник до вивчення курсу «Філософія середніх віків та Відродження». Дніпро : РВВ ДНУ, 2015. 24 с.

43. Висоцька О., Шабаєва Л., Яшина О. Наскрізні змістові лінії здоров'язберігаючих технологій у позашкільній освіті. *Вісник Дніпровської академії неперервної освіти. Філософія. Педагогіка*. 2025. № 1(8). С. 151–157.

44. Він дивився у майбутнє : Песталоцці Й. Г. про мистецтво виховання : бібліогр. покажч. / уклад.: С. Н. Грипич, О. В. Іванчук, Л. В. Ковальчук. Рівне: РДГУ, 2018. 33 с.
45. Волкова Н. П. Педагогіка : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2007. 616 с.
46. Володарська Н. Д. Роль ієрархії цінностей особистості в процесі самотворення. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. 2015. Вип. 35. С. 166–176.
47. Волянчук А. Мотивація як фактор підвищення навчальної успішності молодших школярів. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2020. Вип. 27, т. 1. С. 241–245. DOI: <https://doi.org/10.24919/2308-4863.1/27.203423>
48. Воронова Т. В., Пономаренко В. С. Основи здоров'я : посіб. для вчителя. Київ : Алатон, 2005. 145 с.
49. Ворохаєв О. А. Соціальне здоров'я особистості як проблема здоров'язбереження. *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка* 2020. Вип. 6(162). С. 18–22.
50. Габелкова О. Є., Веретельник Г. С. Ставлення до свого здоров'я залежно від особистісних особливостей і специфіки освіти в осіб молодого віку. *Вісник Харківського національного університету*. 2011. № 985. С. 115–118.
51. Галенко Т. П. Особливості формування ціннісного ставлення старших підлітків до власного здоров'я. *Науковий вісник Донбасу*. 2014. № 1 (25). URL: <https://nvd.luguniv.edu.ua/archiv/NN25/2.pdf> (дата звернення: 07.08.2024).
52. Галян І. М., Галян О. І. Психологія смисложиттєвих переживань сучасної студентської молоді. *Психологічний часопис*. 2018. № 8. С. 38–57.
53. Гасюк М. Б. Роль внутрішньої картини здоров'я в лікуванні та реабілітації соматичного хворого. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. Т. 1, № 1. С. 124–128.
54. Гасюк М. Б., Щурик І. М. Особливості психологічної корекції

внутрішньої картини здоров'я підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2018. № 5. С. 260–265.

55. Гетман В., Новицький Ю. Системоутворюючі чинники здоров'я людини. *Вища освіта України*. 2010. № 2. С. 76–80.

56. Горбаль І. С. Відчуття суб'єктивного благополуччя як передумова та втілення психологічного здоров'я особистості. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2012. Вип. 2 (2). С. 293–303.

57. Гусак П. М., Зимівець Н. В., Петрович В. С. Відповідальне ставлення до здоров'я: теорія та технології : монографія. Луцьк, 2009. 219 с.

58. Гуцан Л. А. Компетентнісний підхід у сучасній освіті. *Формування базових компетентностей у вихованців позашкільних навчальних закладів : матеріали Міжнар наук.-практ. конф., м. Київ, 25-27 лютого 2013 р.* Київ, 2013. С. 52–56. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/2349/1/Gutsan_50025.pdf (дата звернення: 30.03.2025).

59. Давидюк В. С. Застосування тренінгових технологій на уроках основи здоров'я : навч.-метод. посіб. Березне, 2013. 43 с.

60. Декарт Р. Метафізичні розмисли / пер. з франц. З. Борисюк. Київ : Юніверс, 2000. 298 с.

61. Дембровська Г. М. Розвиток позашкільних закладів спортивного профілю в Україні (50–70 рр. XX століття): дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Херсонський державний університет. Херсон, 2017. 190 с.

62. Демчук С. П., Романова В. І. До питання сформованості ціннісних орієнтацій студентів на здоровий спосіб життя. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2016. №. 4. С. 18–21.

63. Джакартська декларація про провідну роль зміцнення здоров'я у XXI ст. *Всесвітня організація охорони здоров'я: веб-сайт*. URL:

www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf (дата звернення: 06.12.2025).

64. Дзюбинська М. Я. Особливості структури внутрішньої картини здоров'я дітей хворих на епілепсію. *Психологічний часопис*. 2017. № 3(7). С. 26–35.

65. Дорожко І. І., Малихіна О. Є., Абаньшина С. Є. Вивчення структурних компонентів ціннісно-смислової сфери особистості. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. № 3. С. 103–108. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.21>

66. Дудченко В. С. Духовні цінності в контексті соціокультурного розвитку сучасного українського суспільства. *Філософські обрії*. 2012. № 27. С. 60–68.

67. Еко У. Історія європейської цивілізації. Епоха Відродження. Історія. Філософія. Наука і техніка. Київ: Фоліо, 2020. 523 с.

68. Єжова О. О. Критеріальний підхід до оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я учнівської молоді. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. 2010. № 2 (14). С. 311–322.

69. Єжова О. О. Створення освітнього середовища, спрямованого на формування ціннісного ставлення до здоров'я учнів професійно-технічних навчальних закладів. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді: зб. наук. праць*. 2011. Вип. 15. Кн. 1. С. 464–471.

70. Єжова О. О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів : монографія. Суми, 2011. 412 с.

71. Єрмакова Т. Етапи розвитку ідей формування здорового способу життя старшокласників у вітчизняній педагогіці (друга половина ХХ століття). *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2010. № 4. С. 29–36.

72. Єрмакова Т., Цеслицька М., Мушкета Р. Формування здорового способу життя старшокласників: теорія і практика : монографія. Познань, 2018. 204 с. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1477747>

73. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: кол. монографія / за заг. ред. Ю. Д. Бойчука. Харків : Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.
74. Задорожна-Княгницька Л. В., Тимофєєва І. Б. Загальні основи педагогіки : навч. посіб. для здоб. вищої освіти за освітнім ступенем «Бакалавр» спец. 013 «Початкова освіта». Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2020. 192 с.
75. Зайченко І. В. Педагогіка : навч. посіб. для студентів вищих пед. навч. закладів, 2-ге вид. Київ : Освіта України, КНТ, 2008. 528 с.
76. Зарубіжні письменники. Енциклопедичний довідник : у 2 т. Т. 1 : А-К / за ред. Н. Михальської та Б. Щавурського Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2005. 824 с.
77. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Сучасні тренінгові технології розвитку особистості в освіті. Київ, 2022. 184 с.
78. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Теорія та практика психологічних тренінгів. Київ-Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2019. 209 с.
79. Кант І. Відповідь на питання: що таке просвітництво? *Всесвіт*. 1989. № 4. С. 135–138.
80. Каньоса Н., Бабюк Т. Організація психолого-педагогічного супроводу дітей дошкільного віку на основі партнерської взаємодії між суб'єктами педагогічного процесу закладу дошкільної освіти. *Вісник науки та освіти*. 2024. № 8(26). С. 982–995. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-6165-2024-8\(26\)-982-995](https://doi.org/10.52058/2786-6165-2024-8(26)-982-995)
81. Карамушка Л. М. Тренінгова програма «Як зберегти та підтримати психічне здоров'я освітнього персоналу в умовах війни». Українська психологія. : зміст, структура, процедура. *Kyiv Journal of Modern Psychology and Psychotherapy*. 2022. № 4. С. 24–45.
82. Карпенко Є. В. Основи психотренінгу : навч. посіб. Дрогобич: Посвіт, 2015. 78 с.
83. Кенсицька І. Модель формування цінностей здорового способу життя студентів у процесі фізичного виховання. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2017. № 4. С. 69–76.

84. Кенсицька І. Л. Формування цінностей здорового способу життя студентів у процесі фізичного виховання : дис. ... канд. наук з фіз. вихов. та спорту : 24.00.02 / Національний університет фізичного виховання і спорту України. Київ, 2017. 213 с.

85. Кириченко О. В. Теоретичні та методичні засади формування основ культури здоров'я у дітей дошкільного віку. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2007. № 11. С. 237–241.

86. Кисельов С. Локк Джон. *Політична енциклопедія* /редкол.: Ю. Левенець, Ю. Шаповал та ін. Київ : Парламентське видавництво, 2011. 409 с.

87. Коберник Л. О. Психологічні особливості ціннісних орієнтацій студентів вищих педагогічних навчальних закладів. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. Київ, 2008. №23. С. 235–241.

88. Коберник Л. О. Роль та місце ціннісних орієнтацій у формуванні особистості. *Наука і освіта: Науково-практичний журнал південного наукового центру АПН України*. Одеса. 2008. № 4–5. С. 28–33.

89. Коваленко Є. І., Белкіна Н. І. Історія зарубіжної педагогіки : хрестоматія. Київ : Центр навчальної літератури, 2006. 664 с.

90. Ковальчук В. А. Педагогіка партнерства у професійній діяльності вчителя : навч. посіб. Житомир : Вид-во ЖДУ, 2023. 100 с.

91. Козак Є. П., Жевага С. І. Зміст і структура ціннісного ставлення студентів педагогічних університетів до фізичної культури. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. Кам'янець-Подільський, 2009. Т. 1. С. 43–45.

92. Коменський Я. А. Велика дидактика. Закони добре організованої школи. *Історія зарубіжної педагогіки : хрестоматія* : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / укл. Є. І. Коваленко, Н. І. Белкіна. Київ: Центр учбової літератури, 2006. С. 155–185.

93. Коменський Я. А. Лабіринт світу і рай серця : фрагменти. *Хроніка. 2000 : Україна – Чехія*. 2000. Ч. 1. С. 125–150.
94. Комінарець Т. В., Кучер О. А. Гуманістичні ідеї Сковороди Г. С. в поглядах на виховання особистості. *Таврійський вісник освіти*. 2013. № 1 (41). С. 5–9.
95. Кондзьолка В. Історія середньовічної філософії : навч. посіб. для студ. вищих навч. закл. Львів : Світ, 2001. 395 с.
96. Корж Г. І., Козловський Ю., Мукан Н. Розвиток ціннісного ставлення до власного здоров'я у системі професійної підготовки фахівців із цивільної безпеки : монографія; Львів, 2021. 210 с.
97. Корж Г. І. Ставлення сучасних студентів цивільної безпеки до власного здоров'я як педагогічна проблема. *Безпека життя і діяльності людини – освіта, наука, практика*: матеріали XVI Міжнар. наук.-метод. конф., м. Львів, 25-27 квіт. 2018 р. Львів, 2018. С. 33–35.
98. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини : навч. посіб. Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
99. Кравченко А. І. Цінності як соціальний, суспільний феномен: теоретичне осмислення сутнісного змісту і соціально-філософська характеристика. *Наукові праці МАУП*. Київ, 2014. Вип. 2 (41). С. 60–63.
100. Кравчинська Т. С. Педагогіка партнерства – основні ідеї, принципи та сутність. *Підготовка керівних та педагогічних кадрів до реалізації Концепції Нової української школи : зб. ст. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф.* Харків, 14 черв. 2017 р. Харків, 2017. С. 85–88.
101. Кравчук Н. П. Педагогічні умови формування здоров'язберігаючої компетентності в майбутніх вихователів дошкільних навчальних закладів. *Педагогічні науки : теорія, історія, інноваційні технології*. 2015. № 8 (52). С. 135–146.
102. Крекотіна Т. М., Перепелиця Н. М., Сидоренко Н. С. Позашкільна освіта : теоретичні і практичні аспекти розвитку : у 3 кн. Кн. 3. Суми :

Університетська книга, 2023. 272 с.

103. Кремень В. Г., Ільїн В. В. Філософія: мислителі, ідеї, концепції : підручник. Київ : Книга, 2005. 356 с.

104. Крупник З. І. Формування відповідального ставлення до здоров'я у вихованців центрів соціально-психологічної реабілітації : теоретичний аспект. *Освітологічний дискурс*. 2015. № 4. С. 110–118.

105. Лаертський Д. Про життя, вчення та вислови відомих філософів. Київ : Абетка, 2020. 608 с.

106. Лисенко О. Ціннісне ставлення до здоров'я як системотворча складова ціннісних орієнтацій особистості. *Освітній простір України*. 2017. Вип. 11. С. 144–154.

107. Литвинов В. Д. Просвітництво. Енциклопедія історії України : у 10 т. / редкол. : В. А. Смолій В. (голова) та ін.; Ін-т історії України НАН України. Київ : Наукова думка, 2012. Т. 9 : Прил–С. С. 36.

108. Литовченко О. Заклади позашкільної освіти України в умовах війни: освітня, просвітницька, громадська діяльність. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді* : зб. наук. праць. Київ, 2022. Вип. 26, кн. 1. С. 213–225. DOI: <https://doi.org/10.32405/2308-3778-2022-26-1-213-225> (дата звернення: 22.06.2024).

109. Литовченко О. В. Роль позашкільних навчальних закладів у формуванні світогляду та ціннісних орієнтацій учнів. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. Київ, 2015. Вип. 19 (1). С. 330–340.

110. Локк Д. Два трактати про правління / пер. П. Содомора. Київ : Наш Формат, 2020. 312 с.

111. Локк Д. Розвідка про людське розуміння / пер. Н. Бордукова. Харків: Акта, 2007. 289 с.

112. Лук'янченко М. Здоров'я людини через призму моделі салютогенезу: теорія та практика. *Молодь і ринок*. 2010. № 12 (71). С. 49–52.

113. Лук'янченко М. І. Суспільне здоров'я в контексті

здоров'язберігаючої педагогіки. *Духовність особистості*. 2011. Вип. 6. С. 32–41.

114. Лях Т., Спірін А., Жуков В. Соціальна профілактика ризикованої поведінки підлітків. *Вічливість. Humanitas*. 2023. Вип. 1. С. 64-72. DOI: <https://doi.org/10.32782/humanitas/2023.1.9>

115. Малахов В. А. Цінність як категорія культури. *Філософська думка*. 2002. № 5. С. 76–85.

116. Малімон Л. Я., Пашкіна А. М. Гармонізація індивідуальних та групових організаційних цінностей в місцевих органах виконавчої влади : навч. – метод. посіб. Луцьк : СПД Гадяк Жанна Володимирівна, 2014. 136 с.

117. Марків О. Т. Здоров'я людини як фундаментальна цінність культури. *Гілея. Філософські науки*. 2009. Вип. 27. С. 176–182.

118. Маруненко І. М., Тимчик О. В. Медико-соціальні основи здоров'я : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : Київськ. ун-т ім. Бориса Грінченка, 2016. 331 с.

119. Марчук С. С. Порівняльний аналіз педагогічних ідей видатних слов'янських мислителів Коменського Я. та Ушинського К. щодо проблеми фізичного виховання дітей. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. Чернігів, 2012. Вип. 96. С. 136–140.

120. Маслов Р. В. Формування свідомого ставлення до власного здоров'я у майбутніх фахівців з фізичної реабілітації. *Освітологічний дискурс*. 2015. № 4 (12). С. 141–148.

121. Мацко Л. А., Прищак М. Д., Годлевська В. Г. Основи психології та педагогіки : навч. посіб. для студентів заочної форми навчання. Вінниця : ВНТУ, 2009. 163 с.

122. Мельник Ю. Б. Класифікація понять «здоров'я» на підґрунті системного підходу. *Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна. Сер.: Валеологія: Сучасність і майбутнє* : зб. наук. пр. Харків. 2011. № 951. Вип. 10. С. 76–81.

123. Мельничук І. М., Сапіжак М. І. Мотивація формування здорового

способу життя серед різних категорій населення. *Медсестринство*. 2014. № 2. С. 34–37.

124. Митчик О., Сапожник О. Етапи формування здоров'язбережувальної компетенції в студентів вищих навчальних закладів. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві* : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. 2011. № 3 (15). С. 75–79.

125. Міхеєнко О. І. Особиста відповідальність за стан здоров'я як стратегічний принцип оздоровчої практики. *Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження* : монографія. Харків, 2017. С. 238–244.

126. Міцкевич Н. І. Здоров'я як цінність. *Культура здоров'я, фізичне виховання, реабілітація в сучасних умовах* : зб. матер. XI Всеукр. наук.-практ. конф. Луганськ, 20-21 лист. 2013 р. Луганськ, 2013. С. 178–182.

127. Моделювання та впровадження програм щодо здорового способу життя : метод. матер. для тренера / авт.-упор. : В. В. Лях , Т. Л. Лях ; під заг. ред. І. Д. Зверєвої, Г. М. Лактіонової. Київ : Наук. світ, 2002. 58 с.

128. Москаленко О. В. Структурні компоненти ціннісно-сміслової сфери особистості. *Вісник Національного технічного університету України «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка*. 2013. № 1 (37). С. 91–98.

129. Мудрак М. А. Особливості психологічного підходу до вивчення системи цінностей особистості. *Наукова педагогічна думка: науково-методичний журнал*. 2014. № 1 (77). С. 195–199.

130. Муранова Н. П., Волярська О. С., Літвінчук Л. Й. Ідеї філософії Просвітництва в українському освітньому контексті : монографія. Київ, 2020. 154 с.

131. Муранова Н. П. Особистісно-орієнтований підхід як методологічна основа допрофесійної підготовки старшокласників. *Нові технології навчання*. 2014. Вип. 80. С. 222–225.

132. Назаренко О. М. Педагогіка : навч. посіб. Одеса : Фенікс, 2022. 146 с.

133. Науменко Н. В. Формування духовного здоров'я особистості як

сучасна педагогічна проблема. *Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. Психолого-педагогічні науки*. 2012. № 2. С. 32–35.

134. Ніконенко В. М. Альберт Швейцер і концепція «благоговіння перед життям». *Збірник праць Тернопільського осередку НТШ*. Тернопіль : Джура, 2010. Том 5: Нобелівський рух і Україна. С. 199–203.

135. Німич Г. М. Позашкільні навчальні заклади : до проблеми виховання особистості. *Педагогічні науки* : зб. наук. пр. за матеріалами VII Міжнар. наук.-практ. конф. та XXI Всеукр. пед. читань. 2014. Вип. 1.47 (114). Миколаїв, 2014. С. 198–202.

136. Павлик Н. В. Структура й критерії психологічного здоров'я особистості. *Психологія і особистість*. 2022. № 1 (21). С. 34–59. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2022.1.252051>

137. Павлик Н. В. Ціннісна детермінація морального становлення особистості в юнацькому віці : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Інститут педагогіки і психології професійної освіти АПН України. Київ, 2006. 26 с.

138. Павліченко А. Ціннісні орієнтації у системі становлення особистості. *Психологія і суспільство*. 2005. № 4. С. 98–120.

139. Пей Ян. Вплив ідей просвітництва на розвиток сучасної теорії і практики формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти. *Актуальні проблеми в системі освіти: загальноосвітній заклад середньої освіти — доуніверситетська підготовка — заклад вищої освіти*. Київ, 2025. № 1(5). С. 479–484. DOI: <https://doi.org/10.18372/2786-5487.1.20302>

140. Пей Ян. Критерії, рівні та показники розвитку ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти. *Aktualne problemy społeczne Ukrainy i Polski. Nowoczesne tendencje w pracy socjalnej i praktyce pedagogicznej*: monografia. Red. nauk.: Н. Bejger, О. Lisovets, S. Borysiuk. Chełm: Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie; Chełmskie Towarzystwo Naukowe, 2025. 292 s. С. 165–179.

141. Пей Ян. Культурно-історична ретроспектива проблеми формування ціннісного ставлення особистості до власного здоров'я. *Молодь і сучасні тренди наукової думки* : зб. тез доп. Всеукр. мультидисц. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Ніжин, 15 квіт. 2025 р.) / упоряд. Н. М. Демченко. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2025. С. 70–74.

142. Пей Ян. Обґрунтування діагностичного інструментарію дослідження ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського*. 2025. № 1 (150). С. 124–131.

143. Пей Ян. Партнерство-запорука успішного розвитку здоров'язбережувального середовища закладу позашкільної освіти. *Партнерська взаємодія у системі інститутів соціальної сфери* : зб. матеріалів V Міжн. наук.-практ. конф. (26 лист. 2024 р., м. Ніжин) / За заг. ред. О. В. Лісовця. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2024. С. 190–193.

144. Пей Ян. Розвиток освітньо-виховного потенціалу закладу позашкільної освіти в умовах інтеграції в європейський освітній простір. *Молодь і сучасні тренди наукової думки* : зб. тез доп. Всеукр. мультидисц. наук.-практ. інтернет-конф., м. Ніжин, 01 бер. 2024 р. / упоряд. Н. О. Івахно Ніжин, 2024. С. 235–240.

145. Пей Ян. Теоретичні аспекти формування ціннісного ставлення до власного здоров'я дітей молодшого шкільного віку. *Науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення* : зб. матеріалів VIII Міжн. наук.-практ. конф. (21 травня 2024 р., м. Ніжин) / за ред. О. В. Лісовця, С. О. Борисюк. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2024. 187 с. С. 47–49.

146. Пей Ян. Формування ціннісного ставлення особистості до здоров'я в умовах закладу освіти: теоретичний аспект. *Вісник студентського наукового товариства* : зб. наук. пр. студентів, магістрантів і аспірантів / за заг. ред. О. В. Мельничука. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2024. Вип. 30. С. 213–217.

147. Пей Ян. Соціально-педагогічні умови формування ціннісного

ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2025. № 1. С. 137–143. DOI: <https://doi.org/10.12958/3083-6514-2025-1-137-143>

148. Пей Ян. Теоретико-методологічні засади формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти. *Наукові записки. Психолого-педагогічні науки*. 2024. № 4. С. 131–136. DOI: <https://doi.org/10.31654/2663-4902-2024-PP-4-131-136>

149. Печка Л. Є. Зміст дослідження формування ціннісного ставлення до здоров'я дітей 6–7 року життя. *Освітньо-науковий простір*. 2021. Вип. 1. С. 50–56. DOI: 10.31392/ONP-npu-1.2021.06

150. Печка Л. Є. Теоретичний аспект імплементації здоров'язбережувальної діяльності в заклади дошкільної освіти і початкової школи. *Психологічний і педагогічний дискурс : наукові записки вчених : зб. матеріалів конф. / за заг. ред. проф. Т. О. Олефіренка*. Київ, 2020. С. 145–147.

151. Печка Л. Є. Ціннісне ставлення до власного здоров'я дітей: наступність у роботі закладу дошкільної освіти і початкової школи : монографія. Київ; Кременчук : NOVABOOK, 2021. 504 с.

152. Піндер Л. Новий погляд на структуру: вивчення становища щодо розвитку політики пропагування здоров'я в Канаді. *Пропагування здоров'я*. 1988. Т. 3. № 2. С. 205–212.

153. Платон. Діалоги / пер: Й. Кобів, Ю. Мушак. Київ : Фоліо, 2022. 352 с.

154. Позашкільна освіта: теоретичні і практичні аспекти : монографія / за ред. Л. В. Тихенко. Суми : Університетська книга, 2020. Кн. 1. 270 с.

155. Поліщук Н. М. Характеристика змісту поняття «здоров'я людини» в сучасних дослідженнях. *Педагогічні науки : теорія, історія, інноваційні технології*. 2010. № 1 (3). С. 124–132.

156. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII. Редакція від 27.06.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text> (дата

звернення: 12.06.2024).

157. Про позашкільну освіту: Закон України від 22.06.2000 № 1841-III. Редакція від 22.05.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1841-14#Text> (дата звернення: 10.06.2024).

158. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 05.08.2024).

159. Протас О. Л. Соціально-педагогічний супровід розвитку креативно обдарованих дітей в умовах загальноосвітнього навчального закладу. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2019. Вип. 33. С. 108–122.

160. Психічне здоров'я особистості : підручник для вищих навчальних закладів / С. Д. Максименко та ін. Київ : Видавництво Людмила, 2021. 438 с.

161. Психологічна енциклопедія / автор-упорядник О. М. Степанов Київ: Академвидав, 2006. 424 с.

162. Пустовіт Г. П. Позашкільна освіта: дидактичні методи навчально-виховної роботи : монографія. Суми : Університетська книга, 2021. Кн. 2. 272 с.

163. Решетов О. О., Кирильчук В. Т., Стежко З. В. Проблеми елліністичної та римської філософії. *Наукові записки Кіровоградського національного технічного університету*. 2011. Вип. 11, ч. 1. С. 50–51.

164. Решетов О. О., Кирильчук В. Т., Стежко З. В. Філософія відродження. *Наукові записки Кіровоградського національного технічного університету*. 2012. Вип. 12, ч. 1. С. 40–41.

165. Решетов О. О., Кирильчук В. Т., Стежко З. В. Філософія середньовіччя. *Наукові записки Кіровоградського національного технічного університету*. 2011. Вип. 11, ч. 1. С. 51–54.

166. Романюк Л. Становлення цінностей особистості: концептуальна

модель та її методологічний потенціал. *Психологія особистості*. 2013. № 1. С. 138–148.

167. Романюк Л. В. Психологія становлення цінностей особистості : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07 / Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. Київ, 2014. 280 с.

168. Сивохоп Я. М. Особливості ціннісного ставлення до здоров'я та здорового способу життя учнів 6–9 класів в умовах позашкільних навчальних закладів. *Науковий вісник Ужгородського університету: Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2015. Вип. 35. С. 169–172.

169. Ситник Г. І. Ціннісне ставлення особистості. *Нова педагогічна думка*. 2009. № 3. С. 93–95.

170. Сич Т. В. Особливості застосування методологічних підходів у дослідженнях проблем управління освітою. *Інноваційна педагогіка*. 2021. Вип. 32. Т. 2. С. 140–143. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-6085/2021/32-2.28>

171. Сковорода Г. Повне зібрання творів : у 2-х т. Київ : Наукова думка, 1973. Т. 2. 576 с.

172. Сковорода Г. Сад божественних пісень: поезії, байки, притчі, філос. трактати, листи / упорядкув. текстів, передм., прим. Шевчука В. Київ : Національний книжковий проект, 2011. 334 с.

173. Скратон Р. Коротка історія новітньої філософії: від Декарта до Вітгенштайна / пер. з англ. Київ : Основи, 1998. 331с.

174. Соколенко О. І. Формування ціннісного ставлення студентів вищих педагогічних навчальних закладів до свого здоров'я : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Луганськ, 2008. 23 с.

175. Сосніхіна Є. Особливості ціннісно-сислової сфери студентів з різним сімейним статусом. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2017. Вип. 55. С. 237–249.

176. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я від 22.07.1946 р. *Liga* 360: веб-сайт. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MU46004> (дата звернення: 06.12.2025).

177. Сундукова І. В. Формування ціннісного ставлення старшокласників до психічного здоров'я засобами фізичної культури : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 Київ, 2018. 22 с.
178. Сутність, види та особливості здоров'язберігаючих технологій у дітей в умовах сучасного навколишнього середовища / С. Є. Лупаренко та ін. *Гігієна населених місць*. 2010. № 55. С. 382–386.
179. Сухомлинський В. О. Серце віддаю дітям. Київ : Акта, 2012. 182 с.
180. Танасійчук Ю. М. Підготовка майбутніх учителів фізичної культури до формування в учнів ціннісного ставлення до власного здоров'я : дис. ... д-ра філософії : 011 / Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини. Умань, 2020. 210 с.
181. Терлецька Н. Внутрішня картина хвороби і якість життя хворих із психогенними депресіями невротичного рівня. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2021. Вип. 11. С. 195–202. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2021.11.24> (дата звернення: 20.07.2024).
182. Тимофієва М. П., Двіжона О. В. Психологія здоров'я : навч. посіб. Чернівці : Книги – ХХІ, 2009. 296 с.
183. Тренінгові вправи для початківців і професіоналів. Кн. 3 : навч.-метод. посіб. / за наук. ред. Ніколаєва Л. Київ : 7БЦ, 2025. 196 с.
184. Трощій Н. П. Теоретичні засади формування ціннісного ставлення до здорового способу життя у майбутніх педагогів. *Педагогіка та психологія*. 2011. Вип. 40 (3). С. 71–77.
185. Труляєв Р. О. Ціннісні настанови дорослого як джерело творення особистості дитини: культурно-історичний контекст. *Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія». Педагогічні науки*. 2020. № 1(19). С. 118–129. DOI: 10.32342/2522–4115–2020–1-19–13
186. Трутень А. В. Поняття ціннісне ставлення особистості до водних ресурсів у науковій літературі. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія: Педагогіка, психологія, філософія*. 2017. № 267. С. 209–215.

187. Туренко В. Чи був Піфагор політиком? (історико-філософська спроба переосмислення). *Політологічний вісник*. 2022. № 88. С. 149–159.
188. Туриніна О. Л. Методологія та методи психологічного дослідження: навч.-метод. посіб. Київ : Персонал, 2018. 206 с.
189. Турубарова А. В. Теоретико-методологічні підходи до дослідження внутрішньої картини здоров'я дитини. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2013. Вип. 46(1). С. 204–211.
190. Узбек К. М. Антична математика і становлення системних підвалин філософського раціоналізму : дис. ... д-ра філос. наук : 09.00.09 / Інститут філософії ім. Г. С. Сковороди НАН України. Київ, 2005. 392 с.
191. Узбек К. М. Фрагменти побудови античної науки, філософії і культури. Донецьк: Східний видавничий дім, 2010. 234 с.
192. Файчук О. Л. Формування здорового способу життя особистості: історико-теоретичний аспект. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія»*. Серія: Педагогіка. 2011. Т. 153, вип. 141. С. 89–92.
193. Федорчук В. М. Тренінг особистісного зростання : навч. посіб. Київ: «Центр учбової літератури», 2014. 250 с.
194. Федченко К. О. Діагностика сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у студентів університетів наук про життя та навколишнє середовище. *Науковий вісник Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. Серія: Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021. № 3 (107). С. 283–294.
195. Федченко К. О. Педагогічні умови формування ціннісного ставлення до здоров'я у студентів університетів наук про життя та навколишнє середовище. *Цілі сталого розвитку третього тисячоліття: виклики для університетів наук про життя: матеріали міжнародної наук.- практ. конф.ї* (м. Київ, 18–19 трав.2018). Київ, 2018. С. 331–333.
196. Федченко К. О. Сутність і структура поняття «ціннісне ставлення

до здоров'я у студентів». *Сучасний рух науки* : тези доповідей V міжнародної наук.-практ. інтернет-конф. (м. Дніпро, 7–8 лют. 2019 р.). Дніпро, 2019. С. 731.

197. Федченко К. О. Сутність і структура поняття «ціннісне ставлення до здоров'я у студентів університетів наук про життя та навколишнє середовище». *Педагогічні науки : теорія, історія, інноваційні технології*. 2020. № 10 (104). С. 280–289. DOI: <https://doi.org/10.24139/2312-5993/2020.10/280–289>

198. Федченко К. О. Узагальнення національного досвіду формування ціннісного ставлення до здоров'я у студентів університетів наук про життя та навколишнє середовище. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2021. IX (98). № 247. С. 14–18.

199. Федченко К. О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я у студентів університетів наук про життя та навколишнє середовище : дис. ... д-ра філософії: 015 / Нац. ун-т біоресурсів і природокористування України. Київ, 2022. 213 с.

200. Федько О. А. Багатоаспектність поняття здоров'я у сучасній науковій думці. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2009. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=76> (дата звернення: 29.11.2023).

201. Фізкультурно-оздоровчі та спортивні технології в освітньому просторі: теорія і практика : колективна монографія / за заг. ред. О. О. Момот, Ю. В. Зайцевої Полтава : ПНПУ імені В. Г. Короленка, 2020. 339 с.

202. Філософія в короткому викладі : навч. посіб. / В. Кирильчук та ін. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 188 с. URL: <https://dspace.kntu.kr.ua/handle/123456789/10464> (дата звернення: 29.06.2024).

203. Філософія : навч. посіб. / Ю. Вільчинський та ін. Київ : КНЕУ, 2019. 368 с.

204. Філософський енциклопедичний словник / голов. редкол. В. І. Шинкарук та ін. Київ : Абрис, 2002. 481 с.

205. Фіцула М. М. Педагогіка : навч. посіб. для студентів вищих пед. закл. освіти. Київ: Академія, 2002. 528 с.

206. Формування компетентності індивідуального здоров'язбереження: теорія і практика в освітніх процесах : монографія / за наук. ред. І. Д. Беха. Київ: Видавництво, 2020. 200 с.
207. Формування ціннісних орієнтирів навчально-виховного процесу у позашкільних навчальних закладах : монографія / за ред. В. В. Мачуського. Київ : Задруга, 2017. 220 с.
208. Х'єлл Л., Зіглер Д. Теорії особистості. Основні положення, дослідження і застосування. Київ : PSYLIB, 2006. 516 с.
209. Хитрякова Л. О. Особливості сприйняття здорового способу життя у підлітків та юнаків. *Педагогічний вісник*. 2011. № 1. С. 45–46.
210. Хольченкова Н. М. Роль та місце позашкільної освіти у формуванні здоров'язбереження учнів. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*. 2017. Вип. 144. С. 314–319.
211. Цюняк О. П. Система професійної підготовки майбутніх магістрів початкової освіти до інноваційної діяльності : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04 / Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна. Київ, 2020. 387 с.
212. Чепурко І. П. Здоров'язберегаючі технології як складова освітнього процесу ВНЗ. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти*. 2015. № 48–49. С. 214–220.
213. Чистякова І., Бойченко М., Харченко Т. Педагогічні умови формування музично-пізнавальної компетентності молодших школярів у закладах позашкільної мистецької освіти. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2022. № 7–8 (121–122). С. 379–389. DOI: 10.24139/2312-5993/2022.07-08/379-389
214. Швалб Ю. М., Данчева О. В. Практична психологія в економіці та бізнесі. Київ : Лібра, 1999. 270 с.
215. Шпак Д. О. Цінності як чинник детермінації психологічного здоров'я особистості у сучасних соціокультурних умовах. *Габітус*. 2024. Вип. 60. С. 194–201. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.60.31>

216. Щербань П. Застосування ігрових технологій в освіті: історія і перспективи. *Витоки педагогічної майстерності. Сер. : Педагогічні науки*. 2014. Вип. 13. С. 286–291.
217. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського; МОЗ України Д. У. «УІСД МОЗ України». Київ, 2016. 452 с.
218. Язловецька О. В. Проблема здоров'язбереження вихованців у закладах позашкільної освіти в Україні. *Наукові записки. Серія: Педагогічні науки*. 2024. № 213. С. 260–265. DOI: <https://doi.org/10.36550/2415-7988-2024-1-213-260-265>
219. Якубовська С. С. Психологія і педагогіка : навч. посіб. Рівне : НУВГП, 2012. 324 с.
220. Яременко Л. А. Позашкільна освіта як навчальна, виховна і дозвілєва діяльність. *Вища освіта України*. 2012. № 4. С. 52–58.
221. A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile / Walker S. N., Kerr M. J., Pender N. J., Sechrist K. R. *Nursing Research*. 1990. Vol. 39. No. 5. P. 268–273.
222. Active living every day / Blair S. N., Dunn A. L., Marcus B. H., Carpenter R. A. Jaret P. *Human Kinetics*. 2001. 175 p.
223. Allport G. The nature of prejudice. Massachusetts: Addison-Wesley, 1954. 228 p.
224. Anderson F. H. Francis Bacon: his career and his thought. Los Angeles: University of Southern California Press, 1962. 367 p.
225. Bacon F. New Atlantis. Three early modern utopias. New York: Academic Press, 1999. 292 p.
226. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman, 1997. 604 p.
227. Beck A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press, 1976. 420 p.

228. Bendick J. *Galen and the Gateway to Medicine*. Bathgate: Bethlehem Books, 2002. 131 p.
229. Bilsky W., Janik M., Schwartz S. The Structural Organization of Human Values: Evidence From Three Rounds of the European Social Survey (ESS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2010. № 3. P. 27–44.
230. Binswanger L. *Being-in-the-World: Selected Papers of Ludwig Binswanger*. New York: Basic Books, 1963. 280 p.
231. Boichenko M. Citizenship education in the out-of-school education institutions of Ukraine: methodological foundations. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021. № 6 (110). С. 93-103. DOI: 10.24139/2312-5993/2020.06/092-103
232. Boichenko M.A., Chystiakova I.A., Boichenko (Nechyporenko) A.V. Creative individuality of the pupils of out-of-school education institutions of artistic-aesthetic direction: essence and structure. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. Педагогічні науки*. 2021. Вип. 4 (107). С. 5–13. DOI: [https://doi.org/10.35433/pedagogy.4\(107\).2021.5-13](https://doi.org/10.35433/pedagogy.4(107).2021.5-13)
233. Brain P. *Galen on Bloodletting: A Study of the Origins, Development and Validity of His Opinions, with a Translation of the Three Works*. Cambridge : Cambridge University Press, 2009. 204 p.
234. Constitution of World Health Organization. *World Health Organization* : website. URL: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution> (last accessed: 25.07.2024).
235. Declaration of Alma-Ata from 06 September 1978. *World Health Organization* : website. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471> (last accessed: 06.12.2025).
236. Diener E. Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*. 1984. Vol. 95, no 3. P. 542–575.
237. Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New Jersey : Lyle Stuart, 1962. 256 p.
238. Foucault M. *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical*

Perception. New York : Pantheon Books, 1973. 215 p.

239. Frankl V. E. Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy. New York : Simon and Schuster, 1984. 184 p.

240. Freud A. The Ego and the Mechanisms of Defence. New York : International Universities Press, 1966. 320 p.

241. Goldiner S. Medicine in the Middle Ages. *Heilbrunn Timeline of Art History*. New York : The Metropolitan Museum of Art, 2000. URL: http://www.metmuseum.org/toah/hd/medm/hd_medm.htm (last accessed: 18.06.2024).

242. Goldsmith E. The ecology of health. *Ecologist*. 1980. Vol. 10, № 6–7. P. 235–245.

243. Gutas D. Avicenna and the Aristotelian Tradition. New York : Brill, 1988. 516 p.

244. Halaievska L. V. Peculiarities of the use of interactive methods in teaching students of education in the conditions of school language education. *Proceedings of the XIII International Scientific and Practical Conference: A Substantive Representation of the System of Scientific Knowledge*. Riga : InterSci, 2023. P. 40–43.

245. Health promoting Behaviors Among Adolescents: A Cross-sectional Study / A. S. Musavian et al. *Nursing and Midwifery Studies*. 2014. Vol. 3. no. 1. Art. e14560. DOI: 10.17795

246. Health Promotion Glossary. Geneva : World Health Organization, 1998. 34 p.

247. Health Promotion Model – Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II]. M Library – Deep Blue Documents. University of Michigan Library : website. URL: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349> (date of access: 03.10.2024).

248. Health psychology: Theory, Research and Practice / Marks D., Murray M., Evans B., Willing C. London : Sage, 2000. 355 p.

249. Health-promoting lifestyle profile and associated factors among

medical students in a Saudi university / S. H. Alzahrani et al. *SAGE Open Med.* 2019. Vol. 7. P. 2050312119838426. DOI: 10.1177/2050312119838426

250. Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns / S. N. Walker et al. *Advances in Nursing Science*. 1988. Vol. 11, no. 1. P. 76–90.

251. Healthy lifestyle behavior in university students and influential factors in eastern Turkey / R. Hacıhasanoglu et al. *International Journal of Nursing Practice*. 2011. № 17. P. 43–51.

252. Hippocrat. The Complete Works of Hippocrates. Illustrated / translators: C. D. Adams, W. Jones. Київ : Мультимедійне видавництво Стрельбицького, 2021. 724 p.

253. Husserl E. The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology: An Introduction to Phenomenological Philosophy. Illinois : Northwestern University Press, 1970. 405 p.

254. Israel J. Enlightenment Contested: Philosophy, Modernity, and the Emancipation of Man, 1670–1752. New York : Oxford University Press, 2006. 1008 p.

255. Johnston I. Galen on diseases and symptoms. Cambridge : Cambridge University Press, 2006. 334 p.

256. Klein M. Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921–1945. New York : Vintage Books, 1975. 456 p.

257. Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. Berkeley : University of California Press, 1980. 427 p.

258. Leaman O. A Brief Introduction to Islamic Philosophy. Malden, Mass. : Blackwell, 1999. 211 p.

259. Locke J. Some Thoughts Concerning Education. *Wikisource* : website. URL: https://en.wikisource.org/wiki/Some_Thoughts_Concerning_Education (last accessed: 10.07.2024).

260. Marmot M. The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our

Health and Longevity. New York : Times Books, 2005. 319 p.

261. May R. Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology. New York : Basic Books, 1958. 320 p.

262. Nosov A. G. Diagnosis of the level of formation of healthy lifestyle among students. *Modern problems of science and education*. 2014. No. 12, part 12. P. 2644–2648.

263. Parsons T. The social system. London : Routledge, 1991. 404 p. (Routledge sociology classics). URL: <https://voidnetwork.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Social-System-by-Talcott-Parsons.pdf> (last accessed: 08.07.2024).

264. Philosophy in the Middle Ages: The Christian, Islamic, and Jewish Traditions / A. Hyman, J. J., Walsh, T. Williams. New York : Hackett Publishing Company, 1983, 425 p. URL: <https://www.amazon.com/Philosophy-Middle-Ages-Christian-Traditions/dp/160384208X> (last accessed: 08.07.2024).

265. Retief F., Cilliers L. P. The influence of Christianity on medicine from Graeco-Roman times up to the Renaissance. *Acta Theologica*. 2006. Vol. 26, no. 2.

266. Rogers C., Freiberg H. I. Freedom to learn. New York : Maxwell Macmillan Inter, 1994. 422 p.

267. Rokeach M. Beliefs, Attitudes and Values: A Theory of Organization and Change. *Review of Religious Research*. 1968. Vol. 13, no. 2. P. 118–134.

268. Rosenberg M. Self-concept and Psychological Well-being. Panter A. T., Shaver C. M. M. (Eds.). Handbook of Self and Identity. New York : Guilford Press, 2000. P. 537–556.

269. Ryff C. D., Singer B. H. The Contours of Positive Health. *Psychological Inquiry*. 1998. Vol. 9, no. 1. P. 1–28.

270. Schwartz S. H. Studying Values: Personal Adventure, Future Directions. *Journal of Cross-cultural Psychology*. 2011. No. 42. P. 307–319.

271. Schwartz S. H., Sortheix F. M. Values and subjective well-being. / ed. by E. Diener, S. Oishi, L. Tay. Salt U. Lake T. City : DEF Publishers, 2018. P. 833–847. URL: <https://www.nobascholar.com/> (date of access: 03.07.2024).

272. Smith J. A., Flowers P., Larkin M. Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research. London : SAGE Publications, 2009. 232 p.
273. The Valued Living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework / K. G. Wilson et al. *The Psychological Record*. 2010, Vol. 60, no. 2. P. 249–272.
274. Thompson G. Health And Medicine In Medieval Times : Exploring The Connection Between Body And Mind. *World History* : website. URL: <https://www.worldhistory.org.uk/medieval-life-health-and-medicine> (date of access: 01.07.2024).
275. Urvoy D. Ibn Rushd (Averroes). New York : Routledge, 1991. 163 p. URL: <https://www.routledge.com/Ibn-Rushd-Averroes/Urvoy/p/book/9781138947382> (last accessed: 06.07.2024).
276. Van Manen M. Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy. New York : SUNY Press, 1990. 202 p.
277. Waldron J. God, Locke and Equality : Cambridge: Cambridge University Press, 2002. 288 p.
278. Walker S. N., Hill-Polerecky D. M. Psychometric evaluation of the Health-Promoting I. Lifestyle I. Profile II. Unpublished manuscript. University of Nebraska Medical Center, 1996.
279. Walker S. N., Sechrist K. R., Pender N. J. The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 1987. Vol. 36, no. 2. P. 76–81.
280. Wilkinson R. G., Pickett K. E. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*. 2006. Vol. 62, no. 7. P. 1768–1784. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.08.036
281. Yalom I. D. Existential Psychotherapy. New York : Basic Books, 1980. 535 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Стимульний матеріал методики «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча

Список А (термінальні цінності)	
1. Активне діяльне життя (повнота та емоційна насиченість життя)	
2. Життєва мудрість (зрілість суджень та здоровий глузд, що приходять з досвідом)	
3. Здоров'я (фізичне та психічне)	
4. Цікава робота	
5. Краса природи і мистецтва (переживання прекрасного в природі та в мистецтві)	
6. Кохання (духовна та фізична близькість з коханою для Вас людиною)	
7. Матеріальна забезпеченість життя (відсутність матеріальних труднощів)	
8. Наявність хороших та вірних друзів	
9. Суспільне визнання (повага оточуючих, колективу, товаришів по роботі);	
10. Пізнання (можливість поглибити свою освіту, розширити світогляд, загальну культуру; інтелектуальний розвиток)	
11. Продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил та здібностей);	
12. Розвиток (робота над собою, постійне фізичне та духовне вдосконалення)	
13. Розваги (приємне, необтяжливе проведення часу, відсутність обов'язків)	
14. Свобода (самостійність, незалежність у судженнях та вчинках)	
15. Щасливе сімейне життя	
16. Щастя інших (добробут, розвиток та вдосконалення інших людей, всього народу, людства загалом)	
17. Творчість (можливість творчої діяльності)	
18. Впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів).	

Список Б (інструментальні цінності)	
1. Акуратність (вміння дотримуватись порядку у речах та справах)	
2. Вихованість (і ари і манери)	
3. Високі запити (високі вимоги до життя і високі домагання)	
4. Життєрадісність (почуття гумору)	
5. Виконавськість (дисциплінованість)	
6. Незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче);	
7. Непримиренність до недоліків у собі та інших	
8. Освіченість (широта знань, висока загальна культура);	
9. Відповідальність (почуття обов'язку, вміння дотримуватись слова)	
10. Раціоналізм (вміння тверезо та логічно мислити, приймати продумані, раціональні рішення)	
11. Самоконтроль (стриманість, самодисципліна);	
12. Сміливість у відстоюванні своєї думки, своїх поглядів	
13. Тверда воля (вміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами)	
14. Терпимість (до поглядів та думок інших, вміння прощати іншим їх помилки)	
15. Широта поглядів (вміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інакші смаки, звичаї, звички)	
16. Чесність (правдивість, щирість)	
17. Ефективність у справах (працелюбність, продуктивність у роботі)	
18. Чуйність (турботливість)	

Додаток Б

Методика «Профіль здорового способу життя» (Health-Promoting Lifestyle Profile, HPLP-II) С. Уолкера

Інструкція. Ця анкета містить твердження про ваш спосіб життя та особисті звички. Будь ласка, відповідайте на кожне твердження якомога точніше, намагаючись не пропускати жодного пункту. Позначте частоту, з якою ви займаєтесь кожною з перелічених дій, обводячи відповідну відповідь: Н – ніколи, І – іноді, Ч – часто, З – завжди.

Твердження	Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
1. Обговорюю свої проблеми та переживання з близькими людьми	Н	І	Ч	З
2. Обираю дієту з низьким вмістом жирів, насичених жирів і холестерину	Н	І	Ч	З
3. Повідомляю про будь-які незвичні ознаки або симптоми лікарю чи іншому медичному працівнику	Н	І	Ч	З
4. Дотримуюсь запланованої програми вправ	Н	І	Ч	З
5. Сплю достатньо часу, щоб виспатися	Н	І	Ч	З
6. Відчуваю, що розвиваюся та змінююся в позитивному напрямку	Н	І	Ч	З
7. Легко хвалю інших за їхні досягнення	Н	І	Ч	З
8. Обмежую вживання цукру та продуктів із його вмістом (солодошів)	Н	І	Ч	З
9. Читаю або дивлюся програми про покращення здоров'я	Н	І	Ч	З
10. Займаюся енергійними фізичними вправами не менше 20 хвилин тричі на тиждень (наприклад, швидка ходьба, їзда на велосипеді, аеробні танці, підйом сходами)	Н	І	Ч	З
11. Щодня приділяю час для розслаблення	Н	І	Ч	З
12. Вірю, що моє життя має сенс	Н	І	Ч	З
13. Підтримую значущі та повноцінні стосунки з іншими людьми	Н	І	Ч	З
14. Щодня їм 6–11 порцій хліба, круп, рису та макаронних виробів	Н	І	Ч	З
15. Прошу медичних працівників пояснити їхні інструкції, якщо щось незрозуміло	Н	І	Ч	З
16. Займаюся легкою або помірною фізичною активністю (наприклад, ходьба 30–40 хвилин, не менше п'яти разів на тиждень)	Н	І	Ч	З

Твердження	Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
17. Приймаю в своєму житті те, що не можу змінити	Н	І	Ч	З
18. Оптимістично дивлюся в майбутнє	Н	І	Ч	З
19. Проводжу час із близькими друзями	Н	І	Ч	З
20. Щодня їм 2–4 порції фруктів	Н	І	Ч	З
21. Отримую альтернативну думку, коли це необхідно, звертаючись до іншого лікаря	Н	І	Ч	З
22. Беру участь у фізичній активності для задоволення (наприклад, плавання, танці, їзда на велосипеді)	Н	І	Ч	З
23. Перед сном налаштовуюся на приємні думки	Н	І	Ч	З
24. Відчуваю задоволення та спокій із собою	Н	І	Ч	З
25. Легко виявляю турботу, любов і теплоту до оточуючих	Н	І	Ч	З
26. Щодня їм 3–5 порцій овочів	Н	І	Ч	З
27. Обговорюю свої проблеми зі здоров'ям із медичними працівниками	Н	І	Ч	З
28. Виконую вправи на розтяжку не менше трьох разів на тиждень	Н	І	Ч	З
29. Використовую конкретні методи для контролю над своїм стресом	Н	І	Ч	З
30. Працюю над досягненням довгострокових цілей у своєму житті	Н	І	Ч	З
31. Відчуваю близькість із тими, хто мені небайдужий	Н	І	Ч	З
32. Щодня їм 2–3 порції молока, йогурту або сиру	Н	І	Ч	З
33. Щомісяця перевіряю своє тіло на наявність змін або небезпечних ознак	Н	І	Ч	З
34. Виконую фізичні вправи під час повсякденних справ (наприклад, ходжу під час перерв, використовую сходи замість ліфта)	Н	І	Ч	З
35. Знаходжу баланс між навчанням та відпочинком	Н	І	Ч	З
36. Кожен день відкриваю для себе нові інтереси та виклики	Н	І	Ч	З
37. Шукаю способи задовольнити свої потреби у близькості	Н	І	Ч	З
38. Їм лише 2–3 порції продуктів з групи м'яса, птиці, риби, бобів, яєць та горіхів щодня	Н	І	Ч	З
39. Звертаюся за порадою до медичних працівників, щоб дізнатися, як краще піклуватися про себе	Н	І	Ч	З
40. Перевіряю частоту пульсу під час тренувань	Н	І	Ч	З

Твердження	Ніколи	Іноді	Часто	Завжди
41. Щодня практикую релаксацію або медитацію протягом 15–20 хвилин	Н	І	Ч	З
42. Усвідомлюю, що для мене є важливим у житті	Н	І	Ч	З
43. Заручаюся підтримкою близького кола	Н	І	Ч	З
44. Читаю етикетки, щоб з'ясувати вміст поживних речовин, жирів і натрію в упакованих продуктах	Н	І	Ч	З
45. Відвідую освітні програми з особистого догляду та здоров'я	Н	І	Ч	З
46. Досягаю цільової частоти пульсу під час тренувань	Н	І	Ч	З
47. Розподіляю свій час так, щоб не перевтомлюватися	Н	І	Ч	З
48. Відчуваю зв'язок із силою, яка більша за мене	Н	І	Ч	З
49. Розв'язую конфлікти з іншими шляхом обговорення та компромісу	Н	І	Ч	З
50. Регулярно снідаю	Н	І	Ч	З
51. Звертаюся по допомогу або пораду, коли це необхідно	Н	І	Ч	З
52. Пробую новий досвід та приймаю нові виклики	Н	І	Ч	З

Додаток В**Авторська малюнка методика оцінки емоційного критерію ціннісного ставлення до здоров'я «Малюнок здоров'я»**

Мета тесту – виявлення емоційного ставлення молодших школярів до власного здоров'я та способу життя.

Обладнання:

1. Аркуші паперу (формат А4)
2. Кольорові олівці, фломастери чи крейди
3. Зручні умови для малювання, де діти можуть зосередитися

Інструкція для дітей:

Учитель або психолог пояснює дітям завдання наступним чином:

«Уявіть собі здоров'я як щось, що може мати форму, колір або вигляд. Намалюйте своє уявлення про здоров'я. Це може бути все, що завгодно – предмет, персонаж, місце або навіть ситуація. Коли завершите, придумайте назву для свого малюнка і розкажіть, що на ньому зображено.»

Процедура проведення:

1. Підготовка до тестування – створити спокійну атмосферу. Дітей заохочують висловити свої думки в малюнку, при цьому не потрібно поспішати чи намагатися малювати «правильно».

2. Час для виконання – на малюнок відводиться близько 20–30 хвилин, залежно від індивідуальних потреб дітей.

3. Опис малюнка – після завершення малюнка кожна дитина коротко описує, що зображено, чому саме так уявляє здоров'я, що вона відчуває, коли дивиться на малюнок. Учитель може поставити додаткові питання для уточнення.

4. Закінчення тесту – малюнки збираються для подальшого аналізу.

Оцінка результатів:

Аналіз проводиться за трьома основними критеріями:

1. Змістовий аналіз:

Позитивне сприйняття здоров'я – малюнок зображує здоров'я як щось

світле, приємне, позитивне (наприклад, сонце, квіти, щасливі обличчя).

Нейтральне або змішане ставлення – зображені образи, які не мають яскраво вираженого позитивного чи негативного забарвлення (наприклад, прості символи, схематичні зображення, відсутність деталей).

Негативне сприйняття здоров'я – темні кольори, асоціації зі страхом або хворобою (малюнки, де фігурують хвороби, небезпека, смуток).

2. Аналіз кольорів:

Теплі кольори (жовтий, оранжевий, зелений, червоний) зазвичай свідчать про позитивне сприйняття здоров'я.

Холодні та темні кольори (синій, фіолетовий, чорний) можуть вказувати на змішане або негативне ставлення.

3. Символічний аналіз:

Якщо діти зображують людей, які займаються спортом або ведуть активний спосіб життя, це свідчить про позитивне ставлення до здоров'я.

Символи хвороб (пластирі, ліки, лікарі) можуть вказувати на те, що дитина має занепокоєння стосовно свого здоров'я або часто хворіє.

Образи природи (дерева, сонце, тварини) можуть означати сприйняття здоров'я як щось природне і приємне.

Інтерпретація результатів:

1. Позитивне ставлення – дитина позитивно ставиться до здоров'я, розуміє його цінність, можливо, має добре сформовані уявлення про здоровий спосіб життя.

2. Нейтральне ставлення – дитина не приділяє значної уваги здоров'ю, можливо, в її родині або середовищі не так багато уваги приділяється темі здорового життя.

3. Негативне ставлення – дитина може мати певні страхи або занепокоєння, пов'язані зі здоров'ям, можливо, часто хворіє або пережила негативний досвід, пов'язаний з хворобами.

Оцінка малюнків є орієнтовною і має враховувати індивідуальні особливості дитини. Якщо спостерігається стійке негативне ставлення, можна

організувати додаткові бесіди з дитиною та її батьками.

Для кількісної оцінки емоційного ставлення до здоров'я можна розробити систему бальної оцінки. Такий підхід дозволить об'єктивніше оцінювати результати та порівнювати їх між собою. Ось приклад простої бальної шкали для цього тесту.

Бальна система оцінки

Кожен малюнок можна оцінити за трьома критеріями – зміст, кольори та символи. Кожен критерій оцінюється за 5-бальною шкалою.

1. Змістовий критерій:

5 балів – малюнок демонструє яскраво виражене позитивне ставлення до здоров'я. Зображені символи радості, активності, гармонії.

4 бали – переважають позитивні елементи, хоча можуть бути й нейтральні.

3 бали – нейтральне ставлення, відсутність яскраво виражених емоцій.

2 бали – змішані емоції, частково зображені негативні образи.

1 бал – яскраво виражене негативне ставлення, багато символів хвороби, темні образи.

2. Критерій кольорової гами:

5 балів – переважання теплих, яскравих кольорів (жовтий, оранжевий, зелений).

4 бали – здебільшого теплі кольори, хоча можуть бути і нейтральні.

3 бали – переважно нейтральні кольори, без чіткої емоційної вираженості.

2 бали – часткове використання темних або холодних кольорів.

1 бал – переважання холодних, темних тонів (синій, чорний, темно-фіолетовий).

3. Символічний критерій:

5 балів – зображення здоров'я через активні дії (спорт, рух), символи природи або радості.

4 бали – переважно позитивні символи, хоча є і нейтральні.

3 бали – символи без явної емоційної виразності (наприклад, прості схеми або абстрактні зображення).

2 бали – наявність символів хвороби або негативних асоціацій.

1 бал – малюнок насичений символами хвороби або негативними асоціаціями зі здоров'ям.

Підрахунок загальної оцінки

Сума балів за всіма критеріями визначає рівень емоційного ставлення до здоров'я:

13–15 балів – яскраво позитивне ставлення до здоров'я.

10–12 балів – переважно позитивне ставлення.

7–9 балів – нейтральне ставлення до здоров'я.

4–6 балів – змішане, скоріше негативне ставлення.

3 бали і менше – виражене негативне ставлення.

Зразки малюнків респондентів з ілюстраціями оцінюваних критеріїв

Змістовий критерій

Позитивна оцінка за змістовим критерієм



Негативна оцінка за змістовим критерієм

Критерій кольорової гами

Позитивна оцінка за критерієм кольорової гами



Негативна оцінка за критерієм кольорової гами

Символічний критерій

Позитивна оцінка за символічним критерієм



Негативна оцінка за символічним критерієм

Додаток Д

**Протокол експертного спостереження для оцінки педагогами
позашкільних закладів освіти сформованості поведінкового критерію
ціннісного ставлення до здоров'я у своїх вихованців**

Інструкція. Позначте кожне твердження відповіддю «Так» або «Ні», оцінюючи прояви поведінки вихованця стосовно здорового способу життя.

Зміст протоколу

Прізвище, ім'я вихованця: _____

Поведінкові прояви вихованця	Так	Ні
1. Свідомо дотримується правил особистої гігієни		
2. Обирає більш здорові альтернативи у харчуванні, наприклад, фрукти замість солодощів		
3. Регулярно виконує фізичні вправи або бере участь у спортивних заходах		
4. Контролює свою поставу під час сидіння і виконання різних видів діяльності		
5. Виявляє здатність уникати або обмежувати час, проведений за гаджетами, і натомість віддає перевагу фізичній активності		
6. Демонструє знання про шкідливі звички та уникає ситуацій, пов'язаних з ними (наприклад, пасивне куріння, вживання енергетичних напоїв)		
7. Відповідально ставиться до режиму навантажень та відпочинку і намагається дотримуватись його		
8. Активно бере участь у заходах і бесідах на тему здорового способу життя, організованих закладом		
9. Демонструє готовність дотримуватися рекомендацій педагогів і батьків щодо здоров'язберігаючої поведінки		
10. Підтримує чистоту і порядок на робочому місці (наприклад, прибирає після себе, підтримує охайність)		

Опрацювання результатів. За кожну відповідь «Так» нараховується 1 бал, за відповідь «Ні» – 0 балів. Загальна сума балів коливається від 1 до 10 балів, де 1 бал свідчить про низький рівень поведінкової орієнтації на збереження здоров'я, а 10 балів – про високий рівень такої орієнтації.

Загальна оцінка: (підсумуйте кількість відповідей «Так»)

Рівень поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я:

- 1–3 бали – низький рівень
- 4–6 балів – середній рівень
- 7–10 балів – високий рівень

Додаток Е

**Протокол експертного спостереження для оцінки батьками
сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я
у своїх дітей**

Інструкція. Оцініть поведінку вашої дитини, обираючи відповідь «Так» або «Ні» для кожного твердження.

Зміст протоколу

Прізвище, ім'я дитини: _____

Ваша дитина:	Так	Ні
1. Регулярно виконує щоденні гігієнічні процедури (душ, миття рук, чистка зубів)		
2. Віддає перевагу корисним продуктам у повсякденному раціоні, зокрема, вибирає фрукти та овочі замість нездорових перекусів		
3. Охоче займається фізичною активністю або відвідує спортивні секції		
4. Дотримується здорового режиму сну, засинає та прокидається у встановлений час		
5. Усвідомлено обмежує час, проведений за екраном комп'ютера або телефона, і обирає альтернативні активності		
6. Уникає або виявляє негативне ставлення до шкідливих звичок, таких як куріння чи вживання енергетиків		
7. Проявляє зацікавленість і обізнаність у питаннях, що стосуються збереження здоров'я та здорового способу життя		
8. Підтримує чистоту в особистих речах і своєму житловому просторі, слідує за охайністю свого одягу		
9. Позитивно ставиться до активного відпочинку на свіжому повітрі та бере участь у сімейних прогулянках чи поїздках на природу		
10. Охоче виконує рекомендації батьків щодо здорового способу життя та дотримується їх у повсякденному житті		

Опрацювання результатів. За кожну відповідь «Так» нараховується 1 бал, за відповідь «Ні» – 0 балів. Підсумкова оцінка коливається від 1 до 10

балів, де 1 бал свідчить про низький рівень сформованості здоров'язберігаючої поведінки, а 10 балів – про високий рівень.

Загальна оцінка: (підсумуйте кількість відповідей «Так»)

Рівень сформованості поведінкового критерію ціннісного ставлення до здоров'я у дитини:

1–3 бали – низький рівень

4–6 балів – середній рівень

7–10 балів – високий рівень.

Додаток Ж

Результати попередньої діагностики (констатувальний етап експерименту) сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я у дітей контрольної та експериментальної групи

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
Контрольна група (N = 190)				
1	2	27	29	Низький
2	3	37	40	Середній
3	3	31	34	Середній
4	1	36	37	Середній
5	3	41	44	Середній
6	3	30	33	Середній
7	3	35	38	Середній
8	2	44	46	Середній
9	2	38	40	Середній
10	2	35	37	Середній
11	3	33	36	Середній
12	3	40	43	Середній
13	3	31	34	Середній
14	2	24	26	Низький
15	2	39	41	Середній
16	4	40	44	Середній
17	4	39	43	Середній
18	2	38	40	Середній
19	3	32	35	Середній
20	2	38	40	Середній
21	3	37	40	Середній
22	2	49	51	Високий
23	2	35	37	Середній
24	1	37	38	Середній
25	2	35	37	Середній
26	2	29	31	Низький
27	2	29	31	Низький
28	2	40	42	Середній
29	1	41	42	Середній
30	3	29	32	Низький
31	3	38	41	Середній
32	3	23	26	Низький
33	2	42	44	Середній
34	3	40	43	Середній
35	3	47	50	Високий
36	4	45	49	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
37	2	37	39	Середній
38	3	41	44	Середній
39	2	33	35	Середній
40	2	25	27	Низький
41	1	28	29	Низький
42	2	34	36	Середній
43	3	56	59	Високий
44	2	45	47	Середній
45	3	35	38	Середній
46	2	35	37	Середній
47	3	31	34	Середній
48	1	25	26	Низький
49	2	33	35	Середній
50	4	26	30	Низький
51	2	41	43	Середній
52	3	45	48	Середній
53	3	43	46	Середній
54	2	46	48	Середній
55	3	46	49	Середній
56	3	44	47	Середній
57	3	44	47	Середній
58	1	43	44	Середній
59	2	22	24	Низький
60	4	21	25	Низький
61	2	49	51	Високий
62	3	23	26	Низький
63	2	31	33	Середній
64	1	41	42	Середній
65	4	28	32	Низький
66	2	35	37	Середній
67	2	39	41	Середній
68	3	32	35	Середній
69	3	15	18	Низький
70	3	35	38	Середній
71	3	39	42	Середній
72	2	30	32	Низький
73	4	31	35	Середній
74	3	30	33	Середній
75	2	32	34	Середній
76	2	35	37	Середній
77	3	27	30	Низький
78	1	21	22	Низький
79	4	40	44	Середній
80	3	29	32	Низький

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
81	3	47	50	Високий
82	4	33	37	Середній
83	4	35	39	Середній
84	2	43	45	Середній
85	4	38	42	Середній
86	5	31	36	Середній
87	1	36	37	Середній
88	2	35	37	Середній
89	1	40	41	Середній
90	2	36	38	Середній
91	3	34	37	Середній
92	2	36	38	Середній
93	2	24	26	Низький
94	2	43	45	Середній
95	3	31	34	Середній
96	2	18	20	Низький
97	3	31	34	Середній
98	2	25	27	Низький
99	3	59	62	Високий
100	4	22	26	Низький
101	3	41	44	Середній
102	2	29	31	Низький
103	3	28	31	Низький
104	1	23	24	Низький
105	2	46	48	Середній
106	3	23	26	Низький
107	3	30	33	Середній
108	3	53	56	Високий
109	2	36	38	Середній
110	2	45	47	Середній
111	4	48	52	Високий
112	1	39	40	Середній
113	3	35	38	Середній
114	3	35	38	Середній
115	2	45	47	Середній
116	1	46	47	Середній
117	2	20	22	Низький
118	3	48	51	Високий
119	3	32	35	Середній
120	3	38	41	Середній
121	4	40	44	Середній
122	2	38	40	Середній
123	3	35	38	Середній
124	3	34	37	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
125	3	46	49	Середній
126	2	36	38	Середній
127	1	19	20	Низький
128	2	41	43	Середній
129	3	44	47	Середній
130	3	42	45	Середній
131	3	32	35	Середній
132	2	36	38	Середній
133	1	55	56	Високий
134	4	37	41	Середній
135	3	42	45	Середній
136	3	49	52	Високий
137	2	47	49	Середній
138	3	42	45	Середній
139	2	23	25	Низький
140	3	24	27	Низький
141	3	28	31	Низький
142	2	33	35	Середній
143	2	15	17	Низький
144	2	41	43	Середній
145	3	23	26	Низький
146	2	39	41	Середній
147	2	42	44	Середній
148	2	33	35	Середній
149	3	48	51	Високий
150	1	39	40	Середній
151	2	42	44	Середній
152	2	50	52	Високий
153	3	47	50	Високий
154	3	35	38	Середній
155	3	32	35	Середній
156	2	17	19	Низький
157	2	22	24	Низький
158	3	16	19	Низький
159	2	44	46	Середній
160	2	36	38	Середній
161	3	34	37	Середній
162	2	30	32	Низький
163	2	34	36	Середній
164	4	32	36	Середній
165	3	42	45	Середній
166	2	30	32	Низький
167	2	44	46	Середній
168	3	32	35	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
169	4	31	35	Середній
170	3	24	27	Низький
171	2	36	38	Середній
172	3	17	20	Низький
173	2	25	27	Низький
174	3	33	36	Середній
175	2	20	22	Низький
176	3	32	35	Середній
177	3	27	30	Низький
178	2	23	25	Низький
179	3	41	44	Середній
180	2	31	33	Середній
181	4	60	64	Високий
182	1	44	45	Середній
183	3	35	38	Середній
184	3	36	39	Середній
185	3	29	32	Низький
186	4	50	54	Високий
187	1	51	52	Високий
188	2	29	31	Низький
189	4	36	40	Середній
190	2	40	42	Середній
Середнє	2,53	35,44	37,97	
Експериментальна група (N = 188)				
1	2	26	28	Низький
2	1	45	46	Середній
3	2	40	42	Середній
4	2	42	44	Середній
5	2	19	21	Низький
6	2	19	21	Низький
7	3	33	36	Середній
8	2	30	32	Низький
9	2	36	38	Середній
10	3	26	29	Низький
11	2	37	39	Середній
12	3	44	47	Середній
13	2	23	25	Низький
14	2	41	43	Середній
15	3	28	31	Низький
16	3	37	40	Середній
17	4	20	24	Низький
18	3	34	37	Середній
19	2	36	38	Середній
20	2	33	35	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
21	3	23	26	Низький
22	1	32	33	Середній
23	3	22	25	Низький
24	2	35	37	Середній
25	3	49	52	Високий
26	1	43	44	Середній
27	2	32	34	Середній
28	2	34	36	Середній
29	2	34	36	Середній
30	2	42	44	Середній
31	2	31	33	Середній
32	2	25	27	Низький
33	4	39	43	Середній
34	4	29	33	Середній
35	3	41	44	Середній
36	2	40	42	Середній
37	3	41	44	Середній
38	4	50	54	Високий
39	1	52	53	Високий
40	4	34	38	Середній
41	2	38	40	Середній
42	2	33	35	Середній
43	4	44	48	Середній
44	1	34	35	Середній
45	2	22	24	Низький
46	4	38	42	Середній
47	1	36	37	Середній
48	1	19	20	Низький
49	2	24	26	Низький
50	5	41	46	Середній
51	4	26	30	Низький
52	2	34	36	Середній
53	2	43	45	Середній
54	2	24	26	Низький
55	3	22	25	Низький
56	4	37	41	Середній
57	2	32	34	Середній
58	4	37	41	Середній
59	3	46	49	Середній
60	2	38	40	Середній
61	3	25	28	Низький
62	4	48	52	Високий
63	2	45	47	Середній
64	1	21	22	Низький

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
65	2	51	53	Високий
66	1	46	47	Середній
67	3	34	37	Середній
68	2	38	40	Середній
69	2	25	27	Низький
70	1	26	27	Низький
71	4	20	24	Низький
72	4	35	39	Середній
73	2	27	29	Низький
74	1	47	48	Середній
75	3	23	26	Низький
76	2	49	51	Високий
77	3	33	36	Середній
78	2	36	38	Середній
79	2	32	34	Середній
80	2	36	38	Середній
81	3	33	36	Середній
82	2	15	17	Низький
83	3	46	49	Середній
84	3	31	34	Середній
85	1	51	52	Високий
86	1	43	44	Середній
87	3	35	38	Середній
88	2	40	42	Середній
89	3	33	36	Середній
90	2	19	21	Низький
91	3	25	28	Низький
92	2	42	44	Середній
93	2	31	33	Середній
94	3	20	23	Низький
95	2	44	46	Середній
96	4	46	50	Високий
97	2	42	44	Середній
98	1	18	19	Низький
99	2	36	38	Середній
100	4	38	42	Середній
101	1	20	21	Низький
102	3	36	39	Середній
103	3	35	38	Середній
104	4	36	40	Середній
105	2	43	45	Середній
106	2	20	22	Низький
107	2	25	27	Низький
108	3	37	40	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
109	1	49	50	Високий
110	2	40	42	Середній
111	3	25	28	Низький
112	2	33	35	Середній
113	3	36	39	Середній
114	4	39	43	Середній
115	2	26	28	Низький
116	3	40	43	Середній
117	4	32	36	Середній
118	2	36	38	Середній
119	4	35	39	Середній
120	2	36	38	Середній
121	2	38	40	Середній
122	2	41	43	Середній
123	3	29	32	Низький
124	2	51	53	Високий
125	3	43	46	Середній
126	2	38	40	Середній
127	2	16	18	Низький
128	3	47	50	Високий
129	1	46	47	Середній
130	2	28	30	Низький
131	3	34	37	Середній
132	1	39	40	Середній
133	3	47	50	Високий
134	2	32	34	Середній
135	4	51	55	Високий
136	3	30	33	Середній
137	2	39	41	Середній
138	2	47	49	Середній
139	3	37	40	Середній
140	2	39	41	Середній
141	2	39	41	Середній
142	2	27	29	Низький
143	3	35	38	Середній
144	4	30	34	Середній
145	3	35	38	Середній
146	2	33	35	Середній
147	2	26	28	Низький
148	1	34	35	Середній
149	4	39	43	Середній
150	2	31	33	Середній
151	2	15	17	Низький
152	3	37	40	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
153	3	49	52	Високий
154	2	41	43	Середній
155	2	36	38	Середній
156	4	30	34	Середній
157	2	44	46	Середній
158	4	42	46	Середній
159	3	20	23	Низький
160	2	19	21	Низький
161	2	45	47	Середній
162	2	35	37	Середній
163	3	31	34	Середній
164	3	16	19	Низький
165	1	30	31	Низький
166	3	31	34	Середній
167	2	34	36	Середній
168	3	28	31	Низький
169	3	35	38	Середній
170	2	20	22	Низький
171	1	36	37	Середній
172	2	38	40	Середній
173	3	45	48	Середній
174	2	24	26	Низький
175	2	20	22	Низький
176	1	32	33	Середній
177	3	35	38	Середній
178	1	35	36	Середній
179	1	21	22	Низький
180	2	29	31	Низький
181	3	38	41	Середній
182	3	23	26	Низький
183	4	37	41	Середній
184	3	38	41	Середній
185	2	21	23	Низький
186	2	33	35	Середній
187	3	41	44	Середній
188	1	19	20	Низький
Середнє	2,43	34,11	36,54	
Середнє за усією вибіркою	2,48	34,78	37,26	

Додаток И

**Результати попередньої діагностики сформованості мотиваційного
критерію ціннісного ставлення до здоров'я у дітей контрольної та
експериментальної групи**

№ респ.	НPLP-II С. Уолкер			
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Бал	Рівень	Бал	Рівень
1	122	Середній	95	Низький
2	119	Середній	122	Середній
3	103	Низький	115	Середній
4	113	Середній	125	Середній
5	117	Середній	69	Низький
6	117	Середній	108	Середній
7	118	Середній	86	Низький
8	119	Середній	90	Низький
9	107	Середній	126	Середній
10	128	Середній	133	Середній
11	122	Середній	153	Середній
12	113	Середній	116	Середній
13	110	Середній	141	Середній
14	129	Середній	99	Низький
15	112	Середній	130	Середній
16	99	Низький	122	Середній
17	135	Середній	78	Низький
18	81	Низький	106	Середній
19	119	Середній	105	Середній
20	109	Середній	116	Середній
21	97	Низький	122	Середній
22	106	Середній	116	Середній
23	138	Середній	125	Середній
24	122	Середній	123	Середній
25	122	Середній	93	Низький
26	95	Низький	66	Низький
27	127	Середній	93	Низький
28	121	Середній	150	Середній
29	123	Середній	143	Середній
30	117	Середній	148	Середній
31	105	Середній	133	Середній
32	115	Середній	129	Середній
33	100	Низький	121	Середній
34	103	Низький	117	Середній
35	120	Середній	136	Середній
36	125	Середній	113	Середній
37	123	Середній	107	Середній
38	122	Середній	67	Низький
39	120	Середній	115	Середній
40	92	Низький	143	Середній
41	125	Середній	103	Низький

№ респ.	HPLP-II С. Уолкер			
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Бал	Рівень	Бал	Рівень
42	93	Низький	138	Середній
43	96	Низький	94	Низький
44	95	Низький	114	Середній
45	129	Середній	101	Низький
46	133	Середній	123	Середній
47	136	Середній	143	Середній
48	99	Низький	110	Середній
49	105	Середній	76	Низький
50	98	Низький	137	Середній
51	100	Низький	89	Низький
52	126	Середній	131	Середній
53	89	Низький	91	Низький
54	123	Середній	187	Високий
55	107	Середній	66	Низький
56	120	Середній	132	Середній
57	147	Середній	137	Середній
58	91	Низький	64	Низький
59	104	Низький	74	Низький
60	129	Середній	91	Низький
61	102	Низький	125	Середній
62	111	Середній	85	Низький
63	88	Низький	67	Низький
64	92	Низький	108	Середній
65	150	Середній	95	Низький
66	93	Низький	102	Низький
67	92	Низький	137	Середній
68	112	Середній	141	Середній
69	111	Середній	122	Середній
70	122	Середній	126	Середній
71	114	Середній	129	Середній
72	109	Середній	99	Низький
73	92	Низький	121	Середній
74	127	Середній	88	Низький
75	135	Середній	104	Низький
76	106	Середній	104	Низький
77	120	Середній	137	Середній
78	141	Середній	127	Середній
79	96	Низький	116	Середній
80	68	Низький	133	Середній
81	108	Середній	163	Високий
82	111	Середній	119	Середній
83	136	Середній	97	Низький
84	85	Низький	152	Середній
85	131	Середній	112	Середній
86	116	Середній	154	Середній
87	113	Середній	112	Середній
88	133	Середній	123	Середній

№ респ.	HPLP-II С. Уолкер			
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Бал	Рівень	Бал	Рівень
89	104	Низький	104	Низький
90	115	Середній	121	Середній
91	92	Низький	91	Низький
92	96	Низький	115	Середній
93	120	Середній	98	Низький
94	114	Середній	124	Середній
95	135	Середній	108	Середній
96	114	Середній	129	Середній
97	106	Середній	97	Низький
98	115	Середній	124	Середній
99	147	Середній	108	Середній
100	111	Середній	129	Середній
101	115	Середній	127	Середній
102	118	Середній	125	Середній
103	122	Середній	123	Середній
104	103	Низький	98	Низький
105	109	Середній	102	Низький
106	142	Середній	108	Середній
107	108	Середній	127	Середній
108	109	Середній	122	Середній
109	116	Середній	113	Середній
110	127	Середній	119	Середній
111	110	Середній	119	Середній
112	106	Середній	113	Середній
113	119	Середній	147	Середній
114	112	Середній	96	Низький
115	135	Середній	123	Середній
116	104	Низький	110	Середній
117	105	Середній	98	Низький
118	126	Середній	110	Середній
119	107	Середній	112	Середній
120	90	Низький	128	Середній
121	109	Середній	102	Низький
122	105	Середній	110	Середній
123	109	Середній	104	Низький
124	126	Середній	97	Низький
125	145	Середній	118	Середній
126	118	Середній	125	Середній
127	86	Низький	115	Середній
128	114	Середній	127	Середній
129	129	Середній	119	Середній
130	129	Середній	124	Середній
131	97	Низький	111	Середній
132	115	Середній	79	Низький
133	124	Середній	126	Середній
134	108	Середній	113	Середній
135	108	Середній	122	Середній

№ респ.	HPLP-II С. Уолкер			
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Бал	Рівень	Бал	Рівень
136	116	Середній	115	Середній
137	92	Низький	121	Середній
138	108	Середній	129	Середній
139	140	Середній	102	Низький
140	114	Середній	147	Середній
141	108	Середній	106	Середній
142	125	Середній	110	Середній
143	113	Середній	101	Низький
144	116	Середній	121	Середній
145	119	Середній	110	Середній
146	122	Середній	114	Середній
147	133	Середній	100	Низький
148	104	Низький	83	Низький
149	105	Середній	109	Середній
150	99	Низький	111	Середній
151	79	Низький	118	Середній
152	113	Середній	115	Середній
153	112	Середній	112	Середній
154	131	Середній	120	Середній
155	113	Середній	120	Середній
156	96	Низький	111	Середній
157	125	Середній	110	Середній
158	111	Середній	112	Середній
159	109	Середній	100	Низький
160	132	Середній	112	Середній
161	120	Середній	106	Середній
162	109	Середній	113	Середній
163	123	Середній	114	Середній
164	92	Низький	111	Середній
165	116	Середній	99	Низький
166	119	Середній	121	Середній
167	67	Низький	113	Середній
168	55	Низький	150	Середній
169	134	Середній	109	Середній
170	127	Середній	139	Середній
171	110	Середній	115	Середній
172	67	Низький	127	Середній
173	135	Середній	123	Середній
174	84	Низький	115	Середній
175	79	Низький	120	Середній
176	118	Середній	119	Середній
177	125	Середній	106	Середній
178	92	Низький	109	Середній
179	118	Середній	132	Середній
180	107	Середній	125	Середній
181	104	Низький	93	Низький
182	123	Середній	121	Середній

№ респ.	HPLP-II С. Уолкер			
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Бал	Рівень	Бал	Рівень
183	120	Середній	107	Середній
184	129	Середній	108	Середній
185	116	Середній	104	Низький
186	130	Середній	115	Середній
187	116	Середній	107	Середній
188	120	Середній	110	Середній
189	112	Середній	114,33	
190	119	Середній		
Середнє	112,84			

Додаток К

**Результати попередньої діагностики сформованості емоційного критерію
ціннісного ставлення до здоров'я у дітей контрольної та
експериментальної групи**

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
Контрольна група					
1	5	4	3	12	Високий
2	4	5	4	13	Високий
3	3	4	3	10	Середній
4	4	4	4	12	Високий
5	4	4	4	12	Високий
6	3	4	2	9	Середній
7	4	3	2	9	Середній
8	4	4	2	10	Середній
9	3	4	5	12	Високий
10	4	4	3	11	Середній
11	4	3	3	10	Середній
12	4	4	5	13	Високий
13	3	3	4	10	Середній
14	4	4	3	11	Середній
15	5	4	3	12	Високий
16	4	4	3	11	Середній
17	4	3	3	10	Середній
18	4	4	3	11	Середній
19	4	4	3	11	Середній
20	4	4	3	11	Середній
21	4	4	3	11	Середній
22	5	4	3	12	Високий
23	3	4	4	11	Середній
24	5	4	4	13	Високий
25	3	4	3	10	Середній
26	3	4	5	12	Високий
27	4	4	3	11	Середній
28	4	4	3	11	Середній
29	4	4	4	12	Високий
30	4	3	4	11	Середній
31	4	3	3	10	Середній
32	4	4	3	11	Середній
33	4	4	3	11	Середній
34	4	4	5	13	Високий
35	3	4	4	11	Середній
36	4	4	4	12	Високий
37	5	4	4	13	Високий
38	3	4	5	12	Високий
39	4	4	3	11	Середній
40	4	4	4	12	Високий
41	3	5	4	12	Високий

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
42	4	4	2	10	Середній
43	4	4	3	11	Середній
44	3	4	3	10	Середній
45	3	4	4	11	Середній
46	4	4	2	10	Середній
47	3	4	3	10	Середній
48	4	4	3	11	Середній
49	4	3	4	11	Середній
50	5	3	5	13	Високий
51	4	4	3	11	Середній
52	5	3	5	13	Високий
53	4	3	3	10	Середній
54	4	4	2	10	Середній
55	4	4	3	11	Середній
56	4	4	5	13	Високий
57	4	4	4	12	Високий
58	4	4	4	12	Високий
59	4	3	3	10	Середній
60	5	4	4	13	Високий
61	5	4	3	12	Високий
62	4	4	3	11	Середній
63	4	4	4	12	Високий
64	5	4	5	14	Високий
65	4	5	5	14	Високий
66	4	5	2	11	Середній
67	4	5	3	12	Високий
68	4	5	5	14	Високий
69	3	4	4	11	Середній
70	4	4	3	11	Середній
71	4	5	3	12	Високий
72	3	3	3	9	Середній
73	4	4	3	11	Середній
74	4	3	3	10	Середній
75	4	4	4	12	Високий
76	5	5	4	14	Високий
77	4	4	3	11	Середній
78	4	4	3	11	Середній
79	5	4	3	12	Високий
80	4	4	5	13	Високий
81	4	5	3	12	Високий
82	5	4	4	13	Високий
83	4	4	3	11	Середній
84	5	4	3	12	Високий
85	4	3	4	11	Середній
86	5	4	2	11	Середній
87	5	5	4	14	Високий
88	3	4	4	11	Середній
89	4	3	3	10	Середній

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
90	5	4	4	13	Високий
91	5	4	4	13	Високий
92	5	4	3	12	Високий
93	4	4	3	11	Середній
94	4	4	4	12	Високий
95	4	4	2	10	Середній
96	5	5	4	14	Високий
97	5	4	3	12	Високий
98	5	4	4	13	Високий
99	4	4	4	12	Високий
100	4	4	4	12	Високий
101	4	4	3	11	Середній
102	4	3	4	11	Середній
103	4	3	3	10	Середній
104	4	3	2	9	Середній
105	4	4	3	11	Середній
106	4	4	3	11	Середній
107	5	4	3	12	Високий
108	4	4	4	12	Високий
109	4	4	4	12	Високий
110	4	4	3	11	Середній
111	3	5	3	11	Середній
112	4	4	4	12	Високий
113	4	4	3	11	Середній
114	4	3	3	10	Середній
115	4	4	3	11	Середній
116	4	4	3	11	Середній
117	4	4	4	12	Високий
118	4	4	3	11	Середній
119	4	5	3	12	Високий
120	4	3	4	11	Середній
121	3	4	3	10	Середній
122	4	4	4	12	Високий
123	4	4	4	12	Високий
124	4	4	3	11	Середній
125	4	4	3	11	Середній
126	3	3	4	10	Середній
127	4	3	2	9	Середній
128	4	4	3	11	Середній
129	4	4	3	11	Середній
130	4	4	3	11	Середній
131	4	4	4	12	Високий
132	3	3	3	9	Середній
133	4	4	4	12	Високий
134	4	4	3	11	Середній
135	4	4	3	11	Середній
136	4	3	3	10	Середній
137	4	4	3	11	Середній

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гама	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
138	4	5	4	13	Високий
139	4	3	3	10	Середній
140	5	5	3	13	Високий
141	4	3	3	10	Середній
142	3	4	3	10	Середній
143	5	4	2	11	Середній
144	3	5	4	12	Високий
145	4	3	3	10	Середній
146	4	4	4	12	Високий
147	4	4	3	11	Середній
148	3	4	3	10	Середній
149	3	3	3	9	Середній
150	3	4	3	10	Середній
151	4	3	3	10	Середній
152	4	4	3	11	Середній
153	4	4	3	11	Середній
154	3	4	4	11	Середній
155	4	5	4	13	Високий
156	5	5	2	12	Високий
157	4	4	3	11	Середній
158	4	4	4	12	Високий
159	5	3	3	11	Середній
160	3	4	4	11	Середній
161	4	4	3	11	Середній
162	4	3	3	10	Середній
163	4	5	5	14	Високий
164	4	4	4	12	Високий
165	4	4	4	12	Високий
166	4	4	4	12	Високий
167	3	4	4	11	Середній
168	5	4	3	12	Високий
169	5	3	4	12	Високий
170	4	4	4	12	Високий
171	4	4	4	12	Високий
172	3	4	5	12	Високий
173	4	5	5	14	Високий
174	4	5	3	12	Високий
175	4	4	3	11	Середній
176	5	4	3	12	Високий
177	3	3	4	10	Середній
178	4	4	5	13	Високий
179	5	4	3	12	Високий
180	4	4	4	12	Високий
181	4	3	4	11	Середній
182	4	4	4	12	Високий
183	4	3	3	10	Середній
184	4	4	4	12	Високий
185	4	4	3	11	Середній

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
186	4	4	4	12	Високий
187	4	4	4	12	Високий
188	4	3	4	11	Середній
189	3	3	3	9	Середній
190	4	4	4	12	Високий
Середнє	4,0	3,9	3,5	11,4	
Експериментальна група					
1	4	4	3	11	Середній
2	4	4	2	10	Середній
3	4	4	4	12	Високий
4	3	5	3	11	Середній
5	4	4	3	11	Середній
6	3	4	3	10	Середній
7	5	4	4	13	Високий
8	4	5	3	12	Високий
9	4	5	4	13	Високий
10	4	5	2	11	Середній
11	4	4	3	11	Середній
12	3	4	2	9	Середній
13	4	4	4	12	Високий
14	4	3	3	10	Середній
15	3	4	4	11	Середній
16	4	4	3	11	Середній
17	4	3	3	10	Середній
18	4	4	4	12	Високий
19	3	3	4	10	Середній
20	4	5	3	12	Високий
21	4	4	3	11	Середній
22	4	3	4	11	Середній
23	4	4	3	11	Середній
24	4	4	3	11	Середній
25	5	5	4	14	Високий
26	4	3	4	11	Середній
27	4	4	3	11	Середній
28	4	4	3	11	Середній
29	4	4	3	11	Середній
30	5	3	4	12	Високий
31	4	4	3	11	Середній
32	4	4	4	12	Високий
33	3	4	3	10	Середній
34	5	4	3	12	Високий
35	4	4	3	11	Середній
36	4	4	4	12	Високий
37	5	4	3	12	Високий
38	4	4	4	12	Високий
39	4	5	3	12	Високий
40	4	3	2	9	Середній
41	4	4	3	11	Середній

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
42	4	4	2	10	Середній
43	4	3	3	10	Середній
44	5	4	4	13	Високий
45	3	5	4	12	Високий
46	4	4	3	11	Середній
47	3	4	4	11	Середній
48	4	4	3	11	Середній
49	4	4	3	11	Середній
50	4	4	4	12	Високий
51	4	4	3	11	Середній
52	5	4	4	13	Високий
53	3	3	3	9	Середній
54	5	4	3	12	Високий
55	4	4	3	11	Середній
56	3	4	4	11	Середній
57	4	4	2	10	Середній
58	5	4	3	12	Високий
59	4	4	4	12	Високий
60	4	5	4	13	Високий
61	4	3	3	10	Середній
62	5	4	3	12	Високий
63	4	3	3	10	Середній
64	4	4	4	12	Високий
65	4	4	4	12	Високий
66	4	4	3	11	Середній
67	5	3	4	12	Високий
68	4	3	3	10	Середній
69	4	4	3	11	Середній
70	4	4	4	12	Високий
71	4	4	3	11	Середній
72	5	5	3	13	Високий
73	4	4	3	11	Середній
74	4	4	3	11	Середній
75	4	4	4	12	Високий
76	5	4	4	13	Високий
77	4	3	3	10	Середній
78	4	4	3	11	Середній
79	3	3	3	9	Середній
80	3	4	3	10	Середній
81	4	4	2	10	Середній
82	5	4	3	12	Високий
83	4	4	3	11	Середній
84	4	4	4	12	Високий
85	3	4	4	11	Середній
86	4	5	3	12	Високий
87	4	5	3	12	Високий
88	4	5	4	13	Високий
89	4	4	4	12	Високий

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
90	4	5	3	12	Високий
91	4	5	3	12	Високий
92	4	4	3	11	Середній
93	4	4	3	11	Середній
94	4	4	3	11	Середній
95	4	4	4	12	Високий
96	4	5	2	11	Середній
97	4	4	2	10	Середній
98	4	4	4	12	Високий
99	4	4	3	11	Середній
100	3	5	3	11	Середній
101	3	5	4	12	Високий
102	4	5	4	13	Високий
103	5	5	3	13	Високий
104	3	4	2	9	Середній
105	5	4	3	12	Високий
106	3	5	3	11	Середній
107	4	3	3	10	Середній
108	5	4	3	12	Високий
109	4	3	2	9	Середній
110	4	4	4	12	Високий
111	5	3	2	10	Середній
112	4	4	3	11	Середній
113	4	5	3	12	Високий
114	3	5	2	10	Середній
115	4	4	4	12	Високий
116	2	3	3	8	Середній
117	4	4	3	11	Середній
118	4	5	3	12	Високий
119	4	4	4	12	Високий
120	5	4	4	13	Високий
121	4	5	3	12	Високий
122	3	3	3	9	Середній
123	4	4	4	12	Високий
124	5	4	3	12	Високий
125	3	4	2	9	Середній
126	4	5	4	13	Високий
127	4	4	5	13	Високий
128	4	5	3	12	Високий
129	3	3	3	9	Середній
130	4	4	4	12	Високий
131	4	3	3	10	Середній
132	4	4	3	11	Середній
133	3	4	3	10	Середній
134	4	5	3	12	Високий
135	3	3	2	8	Середній
136	3	4	3	10	Середній
137	5	3	1	9	Середній

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гама	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
138	4	3	2	9	Середній
139	5	5	3	13	Високий
140	4	3	4	11	Середній
141	4	3	4	11	Середній
142	5	4	4	13	Високий
143	4	3	4	11	Середній
144	4	4	4	12	Високий
145	4	4	2	10	Середній
146	3	4	2	9	Середній
147	4	5	2	11	Середній
148	5	5	2	12	Високий
149	4	4	4	12	Високий
150	4	3	3	10	Середній
151	3	4	3	10	Середній
152	5	5	4	14	Високий
153	4	5	4	13	Високий
154	4	3	3	10	Середній
155	4	5	3	12	Високий
156	4	3	3	10	Середній
157	4	5	4	13	Високий
158	3	5	3	11	Середній
159	4	4	4	12	Високий
160	5	4	2	11	Середній
161	5	5	3	13	Високий
162	3	4	3	10	Середній
163	4	3	4	11	Середній
164	3	5	3	11	Середній
165	4	4	3	11	Середній
166	5	4	4	13	Високий
167	4	5	4	13	Високий
168	5	3	4	12	Високий
169	5	5	5	15	Високий
170	3	4	3	10	Середній
171	4	3	4	11	Середній
172	4	2	3	9	Середній
173	5	4	3	12	Високий
174	4	4	3	11	Середній
175	4	4	3	11	Середній
176	3	4	4	11	Середній
177	5	4	4	13	Високий
178	4	5	4	13	Високий
179	5	2	3	10	Середній
180	5	5	5	15	Високий
181	4	3	2	9	Середній
182	3	4	4	11	Середній
183	5	4	4	13	Високий
184	4	5	5	14	Високий
185	4	4	4	12	Високий

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
186	4	4	4	12	Високий
187	3	5	3	11	Середній
188	3	4	3	10	Середній
Середнє	4,0	4,0	3,3	11,3	
Середнє за усією вибіркою	4,0	4,0	3,4	11,3	

Додаток Л

**Результати попередньої діагностики сформованості поведінкового
критерію ціннісного ставлення до здоров'я у дітей контрольної та
експериментальної групи**

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
Контрольна група				
1	6	6	12	Середній
2	7	5	12	Середній
3	6	4	10	Середній
4	7	5	12	Середній
5	8	8	16	Високий
6	7	6	13	Середній
7	6	8	14	Середній
8	9	5	14	Середній
9	6	9	15	Високий
10	8	5	13	Середній
11	5	4	9	Середній
12	9	5	14	Середній
13	8	7	15	Високий
14	6	6	12	Середній
15	7	7	14	Середній
16	7	5	12	Середній
17	8	8	16	Високий
18	6	6	12	Середній
19	8	6	14	Середній
20	9	8	17	Високий
21	9	8	17	Високий
22	7	7	14	Середній
23	9	4	13	Середній
24	8	6	14	Середній
25	9	7	16	Високий
26	7	8	15	Високий
27	7	6	13	Середній
28	8	5	13	Середній
29	9	6	15	Високий
30	8	7	15	Високий
31	9	6	15	Високий
32	9	8	17	Високий
33	8	8	16	Високий
34	7	5	12	Середній
35	8	7	15	Високий
36	8	9	17	Високий
37	7	7	14	Середній
38	10	9	19	Високий
39	9	8	17	Високий
40	6	5	11	Середній

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
41	7	7	14	Середній
42	8	5	13	Середній
43	10	8	18	Високий
44	6	7	13	Середній
45	8	4	12	Середній
46	8	8	16	Високий
47	8	6	14	Середній
48	8	7	15	Високий
49	7	6	13	Середній
50	7	7	14	Середній
51	7	9	16	Високий
52	8	7	15	Високий
53	9	9	18	Високий
54	8	7	15	Високий
55	10	6	16	Високий
56	10	7	17	Високий
57	6	7	13	Середній
58	7	6	13	Середній
59	7	5	12	Середній
60	9	4	13	Середній
61	7	5	12	Середній
62	7	8	15	Високий
63	9	8	17	Високий
64	10	9	19	Високий
65	9	4	13	Середній
66	7	7	14	Середній
67	8	8	16	Високий
68	8	4	12	Середній
69	10	9	19	Високий
70	8	8	16	Високий
71	8	7	15	Високий
72	8	7	15	Високий
73	6	8	14	Середній
74	8	5	13	Середній
75	9	6	15	Високий
76	10	7	17	Високий
77	10	5	15	Високий
78	8	10	18	Високий
79	8	8	16	Високий
80	8	5	13	Середній
81	9	6	15	Високий
82	7	9	16	Високий
83	7	6	13	Середній
84	8	5	13	Середній
85	9	6	15	Високий
86	10	7	17	Високий
87	6	8	14	Середній

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
88	8	6	14	Середній
89	7	4	11	Середній
90	9	7	16	Високий
91	7	4	11	Середній
92	7	8	15	Високий
93	6	6	12	Середній
94	7	7	14	Середній
95	9	5	14	Середній
96	8	6	14	Середній
97	7	8	15	Високий
98	10	7	17	Високий
99	8	7	15	Високий
100	8	7	15	Високий
101	7	7	14	Середній
102	10	6	16	Високий
103	8	6	14	Середній
104	7	8	15	Високий
105	7	4	11	Середній
106	8	6	14	Середній
107	8	6	14	Середній
108	8	9	17	Високий
109	7	6	13	Середній
110	10	7	17	Високий
111	7	6	13	Середній
112	9	8	17	Високий
113	5	6	11	Середній
114	5	8	13	Середній
115	7	4	11	Середній
116	8	7	15	Високий
117	7	7	14	Середній
118	8	8	16	Високий
119	10	5	15	Високий
120	9	8	17	Високий
121	7	6	13	Середній
122	8	7	15	Високий
123	8	5	13	Середній
124	6	5	11	Середній
125	6	9	15	Високий
126	6	6	12	Середній
127	8	6	14	Середній
128	7	6	13	Середній
129	8	6	14	Середній
130	9	8	17	Високий
131	7	7	14	Середній
132	6	9	15	Високий
133	8	9	17	Високий
134	10	5	15	Високий

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
135	7	8	15	Високий
136	7	10	17	Високий
137	9	6	15	Високий
138	9	5	14	Середній
139	8	5	13	Середній
140	8	6	14	Середній
141	8	9	17	Високий
142	6	10	16	Високий
143	6	8	14	Середній
144	7	7	14	Середній
145	10	7	17	Високий
146	8	7	15	Високий
147	7	6	13	Середній
148	8	6	14	Середній
149	7	7	14	Середній
150	9	8	17	Високий
151	7	6	13	Середній
152	6	4	10	Середній
153	7	7	14	Середній
154	9	6	15	Високий
155	7	4	11	Середній
156	8	7	15	Високий
157	7	7	14	Середній
158	7	6	13	Середній
159	6	7	13	Середній
160	10	7	17	Високий
161	8	7	15	Високий
162	8	7	15	Високий
163	6	10	16	Високий
164	6	7	13	Середній
165	8	8	16	Високий
166	9	6	15	Високий
167	8	6	14	Середній
168	8	7	15	Високий
169	9	4	13	Середній
170	7	5	12	Середній
171	8	7	15	Високий
172	9	3	12	Середній
173	7	8	15	Високий
174	9	6	15	Високий
175	8	4	12	Середній
176	6	6	12	Середній
177	7	5	12	Середній
178	8	6	14	Середній
179	6	8	14	Середній
180	8	7	15	Високий
181	9	9	18	Високий

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
182	8	7	15	Високий
183	8	5	13	Середній
184	9	5	14	Середній
185	9	8	17	Високий
186	5	5	10	Середній
187	7	6	13	Середній
188	9	8	17	Високий
189	8	7	15	Високий
190	7	8	15	Високий
Середнє	7,8	6,6	14,4	
Експериментальна група				
1	7	7	14	Середній
2	10	7	17	Високий
3	8	7	15	Високий
4	6	7	13	Середній
5	8	10	18	Високий
6	8	3	11	Середній
7	8	7	15	Високий
8	7	4	11	Середній
9	8	7	15	Високий
10	7	6	13	Середній
11	6	7	13	Середній
12	9	8	17	Високий
13	7	3	10	Середній
14	9	6	15	Високий
15	9	8	17	Високий
16	7	10	17	Високий
17	7	10	17	Високий
18	6	6	12	Середній
19	10	5	15	Високий
20	7	7	14	Середній
21	9	7	16	Високий
22	8	5	13	Середній
23	9	5	14	Середній
24	8	9	17	Високий
25	9	6	15	Високий
26	8	4	12	Середній
27	8	8	16	Високий
28	6	4	10	Середній
29	8	10	18	Високий
30	8	5	13	Середній
31	10	9	19	Високий
32	8	7	15	Високий
33	9	2	11	Середній
34	9	7	16	Високий
35	8	10	18	Високий
36	7	4	11	Середній

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
37	9	6	15	Високий
38	9	8	17	Високий
39	9	6	15	Високий
40	7	6	13	Середній
41	8	5	13	Середній
42	8	6	14	Середній
43	8	7	15	Високий
44	7	6	13	Середній
45	7	6	13	Середній
46	5	10	15	Високий
47	8	5	13	Середній
48	8	8	16	Високий
49	8	6	14	Середній
50	7	7	14	Середній
51	6	6	12	Середній
52	8	10	18	Високий
53	8	5	13	Середній
54	9	9	18	Високий
55	5	5	10	Середній
56	8	8	16	Високий
57	8	7	15	Високий
58	8	6	14	Середній
59	7	4	11	Середній
60	10	10	20	Високий
61	9	9	18	Високий
62	8	7	15	Високий
63	8	8	16	Високий
64	7	5	12	Середній
65	7	2	9	Середній
66	9	7	16	Високий
67	9	7	16	Високий
68	8	5	13	Середній
69	8	5	13	Середній
70	7	6	13	Середній
71	10	6	16	Високий
72	5	5	10	Середній
73	7	8	15	Високий
74	8	7	15	Високий
75	10	10	20	Високий
76	9	4	13	Середній
77	10	5	15	Високий
78	7	7	14	Середній
79	7	7	14	Середній
80	6	7	13	Середній
81	8	7	15	Високий
82	9	5	14	Середній
83	9	8	17	Високий

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
84	8	3	11	Середній
85	8	5	13	Середній
86	6	5	11	Середній
87	7	7	14	Середній
88	9	8	17	Високий
89	5	8	13	Середній
90	8	7	15	Високий
91	7	5	12	Середній
92	6	6	12	Середній
93	7	7	14	Середній
94	9	5	14	Середній
95	9	10	19	Високий
96	6	5	11	Середній
97	9	5	14	Середній
98	10	5	15	Високий
99	10	6	16	Високий
100	7	3	10	Середній
101	7	10	17	Високий
102	9	7	16	Високий
103	6	8	14	Середній
104	7	7	14	Середній
105	6	7	13	Середній
106	8	6	14	Середній
107	7	5	12	Середній
108	8	8	16	Високий
109	7	8	15	Високий
110	7	4	11	Середній
111	9	6	15	Високий
112	7	6	13	Середній
113	6	6	12	Середній
114	9	7	16	Високий
115	8	7	15	Високий
116	8	4	12	Середній
117	8	7	15	Високий
118	9	4	13	Середній
119	6	9	15	Високий
120	10	7	17	Високий
121	8	6	14	Середній
122	9	6	15	Високий
123	10	7	17	Високий
124	7	3	10	Середній
125	7	4	11	Середній
126	9	6	15	Високий
127	9	7	16	Високий
128	8	6	14	Середній
129	7	5	12	Середній
130	7	4	11	Середній

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
131	7	6	13	Середній
132	8	7	15	Високий
133	8	6	14	Середній
134	7	7	14	Середній
135	8	8	16	Високий
136	6	6	12	Середній
137	9	6	15	Високий
138	8	6	14	Середній
139	6	3	9	Середній
140	10	9	19	Високий
141	8	9	17	Високий
142	7	7	14	Середній
143	7	8	15	Високий
144	9	9	18	Високий
145	6	5	11	Середній
146	9	10	19	Високий
147	8	7	15	Високий
148	10	5	15	Високий
149	8	5	13	Середній
150	6	5	11	Середній
151	9	4	13	Середній
152	7	8	15	Високий
153	6	7	13	Середній
154	8	7	15	Високий
155	7	6	13	Середній
156	6	7	13	Середній
157	9	7	16	Високий
158	6	4	10	Середній
159	10	4	14	Середній
160	9	8	17	Високий
161	8	7	15	Високий
162	8	8	16	Високий
163	7	7	14	Середній
164	7	6	13	Середній
165	8	6	14	Середній
166	8	6	14	Середній
167	8	8	16	Високий
168	9	6	15	Високий
169	9	7	16	Високий
170	7	7	14	Середній
171	7	8	15	Високий
172	9	5	14	Середній
173	9	6	15	Високий
174	6	7	13	Середній
175	8	5	13	Середній
176	8	7	15	Високий
177	7	6	13	Середній

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
178	8	9	17	Високий
179	7	4	11	Середній
180	9	8	17	Високий
181	9	6	15	Високий
182	7	6	13	Середній
183	9	5	14	Середній
184	8	8	16	Високий
185	7	8	15	Високий
186	8	7	15	Високий
187	8	6	14	Середній
188	8	7	15	Високий
Середнє	7,8	6,5	14,3	
Середнє за усією вибіркою	7,8	6,5	14,3	

Додаток М

**Результати обрахунку загального рівня вираженості ціннісного
ставлення до здоров'я у дітей контрольної та експериментальної групи
на констатувальному етапі експерименту**

№ респ.	Контрольна група		Експериментальна група	
	Сумарний бал	Рівень	Сумарний бал	Рівень
1	175	Середній	148	Низький
2	184	Середній	195	Середній
3	157	Середній	184	Середній
4	174	Середній	193	Середній
5	189	Середній	119	Низький
6	172	Середній	150	Середній
7	179	Середній	150	Середній
8	189	Середній	145	Низький
9	174	Середній	192	Середній
10	189	Середній	186	Середній
11	177	Середній	216	Середній
12	183	Середній	189	Середній
13	169	Середній	188	Середній
14	178	Середній	167	Середній
15	179	Середній	189	Середній
16	166	Середній	190	Середній
17	204	Середній	129	Низький
18	144	Низький	167	Середній
19	179	Середній	168	Середній
20	177	Середній	177	Середній
21	165	Середній	175	Середній
22	183	Середній	173	Середній
23	199	Середній	175	Середній
24	187	Середній	188	Середній
25	185	Середній	174	Середній
26	153	Середній	133	Низький
27	182	Середній	154	Середній
28	187	Середній	207	Середній
29	192	Середній	208	Середній
30	175	Середній	217	Середній
31	171	Середній	196	Середній
32	169	Середній	183	Середній
33	171	Середній	185	Середній
34	171	Середній	178	Середній
35	196	Середній	209	Середній
36	203	Середній	178	Середній
37	189	Середній	178	Середній
38	197	Середній	150	Середній
39	183	Середній	195	Середній
40	142	Низький	203	Середній
41	180	Середній	167	Середній
42	152	Середній	197	Середній

№ респ.	Контрольна група		Експериментальна група	
	Сумарний бал	Рівень	Сумарний бал	Рівень
43	184	Середній	167	Середній
44	165	Середній	175	Середній
45	190	Середній	150	Середній
46	196	Середній	191	Середній
47	194	Середній	204	Середній
48	151	Середній	157	Середній
49	164	Середній	127	Низький
50	155	Середній	209	Середній
51	170	Середній	142	Низький
52	202	Середній	198	Середній
53	163	Середній	158	Середній
54	196	Середній	243	Високий
55	183	Середній	112	Низький
56	197	Середній	200	Середній
57	219	Середній	196	Середній
58	160	Середній	131	Низький
59	150	Середній	146	Низький
60	180	Середній	164	Середній
61	177	Середній	181	Середній
62	163	Середній	164	Середній
63	150	Середній	140	Низький
64	167	Середній	154	Середній
65	209	Середній	169	Середній
66	155	Середній	176	Середній
67	161	Середній	202	Середній
68	173	Середній	204	Середній
69	159	Середній	173	Середній
70	187	Середній	178	Середній
71	183	Середній	180	Середній
72	165	Середній	161	Середній
73	152	Середній	176	Середній
74	183	Середній	162	Середній
75	196	Середній	162	Середній
76	174	Середній	181	Середній
77	176	Середній	198	Середній
78	192	Середній	190	Середній
79	168	Середній	173	Середній
80	126	Низький	194	Середній
81	185	Середній	224	Середній
82	177	Середній	162	Середній
83	199	Середній	174	Середній
84	155	Середній	209	Середній
85	199	Середній	188	Середній
86	180	Середній	221	Середній
87	178	Середній	176	Середній
88	195	Середній	195	Середній
89	166	Середній	165	Середній
90	182	Середній	169	Середній

№ респ.	Контрольна група		Експериментальна група	
	Сумарний бал	Рівень	Сумарний бал	Рівень
91	153	Середній	143	Низький
92	161	Середній	182	Середній
93	169	Середній	156	Середній
94	185	Середній	172	Середній
95	193	Середній	185	Середній
96	162	Середній	201	Середній
97	167	Середній	165	Середній
98	172	Середній	170	Середній
99	236	Високий	173	Середній
100	164	Середній	192	Середній
101	184	Середній	177	Середній
102	176	Середній	193	Середній
103	177	Середній	188	Середній
104	151	Середній	161	Середній
105	179	Середній	172	Середній
106	193	Середній	155	Середній
107	167	Середній	176	Середній
108	194	Середній	190	Середній
109	179	Середній	187	Середній
110	202	Середній	184	Середній
111	186	Середній	172	Середній
112	175	Середній	172	Середній
113	179	Середній	210	Середній
114	173	Середній	165	Середній
115	204	Середній	178	Середній
116	177	Середній	173	Середній
117	153	Середній	160	Середній
118	204	Середній	173	Середній
119	169	Середній	178	Середній
120	159	Середній	196	Середній
121	176	Середній	168	Середній
122	172	Середній	177	Середній
123	172	Середній	165	Середній
124	185	Середній	172	Середній
125	220	Середній	184	Середній
126	178	Середній	193	Середній
127	129	Низький	162	Середній
128	181	Середній	203	Середній
129	201	Середній	187	Середній
130	202	Середній	177	Середній
131	158	Середній	171	Середній
132	177	Середній	145	Низький
133	209	Середній	200	Середній
134	175	Середній	173	Середній
135	179	Середній	201	Середній
136	195	Середній	170	Середній
137	167	Середній	186	Середній
138	180	Середній	201	Середній

№ респ.	Контрольна група		Експериментальна група	
	Сумарний бал	Рівень	Сумарний бал	Рівень
139	188	Середній	164	Середній
140	168	Середній	218	Середній
141	166	Середній	175	Середній
142	186	Середній	166	Середній
143	155	Середній	165	Середній
144	185	Середній	185	Середній
145	172	Середній	169	Середній
146	190	Середній	177	Середній
147	201	Середній	154	Середній
148	163	Середній	145	Низький
149	179	Середній	177	Середній
150	166	Середній	165	Середній
151	146	Низький	158	Середній
152	186	Середній	184	Середній
153	187	Середній	190	Середній
154	195	Середній	188	Середній
155	172	Середній	183	Середній
156	142	Низький	168	Середній
157	174	Середній	185	Середній
158	155	Середній	179	Середній
159	179	Середній	149	Середній
160	198	Середній	161	Середній
161	183	Середній	181	Середній
162	166	Середній	176	Середній
163	189	Середній	173	Середній
164	153	Середній	154	Середній
165	189	Середній	155	Середній
166	178	Середній	182	Середній
167	138	Низький	178	Середній
168	117	Низький	208	Середній
169	194	Середній	178	Середній
170	178	Середній	185	Середній
171	175	Середній	178	Середній
172	111	Низький	190	Середній
173	191	Середній	198	Середній
174	147	Низький	165	Середній
175	124	Низький	166	Середній
176	177	Середній	178	Середній
177	177	Середній	170	Середній
178	144	Низький	175	Середній
179	188	Середній	175	Середній
180	167	Середній	188	Середній
181	197	Середній	158	Середній
182	195	Середній	171	Середній
183	181	Середній	175	Середній
184	194	Середній	179	Середній
185	176	Середній	154	Середній
186	206	Середній	177	Середній

№ респ.	Контрольна група		Експериментальна група	
	Сумарний бал	Рівень	Сумарний бал	Рівень
187	193	Середній	176	Середній
188	179	Середній	155	Середній
189	176	Середній	176,5	
190	188	Середній		
Середнє	176,5			

ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ ЦІННІСНОГО СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я У ВИХОВАНЦІВ ЗАКЛАДІВ ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

Н.1. Зміст та організаційно-методичні засади реалізації програми

Таблиця Н.1

Структура і тематичний план програми формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти-

№ п/п	Тематика зустрічей	Мета проведення	Форми і методи роботи	Виконавці	Тривалість	Очікувані результати
1	Відкриття програми. Мотиваційна зустріч «Здоров'я – наш скарб і найвища цінність»	Мотивація до здорового способу життя та заохочення учасників до активної участі в програмі	Дискусія, інтерактивна лекція.	Директор освітньої установи, методист з соц-вих роботи	90 хв.	Формування мотивації до здорового способу життя
2	Рольова гра «Як зробити своє життя здоровішим?»	Розвиток комунікативних навичок, емпатії, креативності та відповідальності до ставлення до власного здоров'я	Ігрова Міні-лекція, ситуаційне моделювання. Дискусійна платформа «Як мої рішення впливають на здоров'я?»	Методист з соціально-виховної роботи, керівники гуртків	90 хв.	Розвиток навичок прийняття рішень щодо здорового способу життя
3	Тематична дискусія «Шкідливі звички та як їм протистояти»	Сформувані усвідомлення ризиків та наслідків формування шкідливих звичок, пошук ефективних способів їх подолання	Дискусія, аналіз життєвих ситуацій Метод «Мозкового штурму», «Акваріум»	Методист з соціально-виховної роботи,	90 хв.	Усвідомлення ризиків шкідливих звичок
4	Тренінг «Формування здорових звичок»	Формування ціннісного ставлення до здоров'я	Тренінг Ситуаційне моделювання рефлексивні методики «Колесо здорових звичок»»	Методист з соціально-виховної роботи, психолог	90 хв.	Розвиток відповідальності за власне здоров'я, набуття стійкої мотивації до ЗСЖ

№ п\п	Тематика зустрічей	Мета проведення	Форми і методи роботи	Виконавці	Тривалість	Очікувані результати
5	Майстер-клас «Здорове харчування у повсякденному житті»	Формування знань та навичок збалансованого харчування як основи здоров'я особистості	Практичне заняття, Тарілка здорового харчування, дискусія Міні-лекція «Основи здорового харчування»	Методист з соціально-виховної роботи, психолог, запрошені фахівці	90 хв.	Набуття практичних навичок збалансованого харчування.
6	Екскурсія до спортивного комплексу «Спорт – запорука здоров'я»	Сприяння формуванню усвідомленого ставлення до фізичної активності	Тренінг, Мотиваційна бесіда Мотиваційне інтерв'ю, фізкультурний челендж	Методист з соціально-виховної роботи, керівники гуртків, батьки	90 хв.	Усвідомлення важливості фізичної та рухової
7	Тренінг «Екстремальні практики в житті підлітка-ризик для здоров'я чи спосіб самоствердження?»	Сприяти усвідомленню підлітками відповідальності за власну поведінку	Тренінгова Мозковий штурм, Моделювання ситуацій, метод рівний рівному	Методист з соціально-виховної роботи, підлітки-тренери	90 хв.	Розвиток критичного мислення, відповідальне ставлення до поведінки
8	Тренінг «Стресостійкість у сучасному світі»	Формування ціннісного ставлення до психологічного здоров'я	Тренінг Метод «Квадратне дихання», Метод «Переоцінка ситуації»: Методи м'язової релаксації. Інтерактивна вправа «Мій стрес-профіль»	Психолог	90 хв.	Розвиток емоційного самоконтролю та стресостійкості
9	Виконання проєкту «Мій шлях до здорового	Практичне застосування отриманих знань про здоровий спосіб життя	Проектна, презентація проєктів	Методист з соціально-виховної роботи, керівники гуртків, батьки	90 хв.	Формування відповідальності за власне здоров'я
10	Рольова гра «Я – приклад для інших»	Формування відповідального ставлення до власного	Ігрова Моделювання ситуацій, презентація,	Методист з соціально-виховної роботи,	90 хв.	Розвиток відповідального ставлення до здоров'я

№ п\п	Тематика зустрічей	Мета проведення	Форми і методи роботи	Виконавці	Тривалість	Очікувані результати
		здоров'я	колективний аналіз	старші підлітки-волонтери		
11	Консультація «Як підтримувати здоровий спосіб життя щодня?»	Персоналізовані рекомендації щодо ЗСЖ	Консультаційна	Психолог	90 хв.	Закріплення здобутих знань і навичок
12	Підсумковий фестиваль «Здоров'я в моєму житті»	Підведення підсумків роботи програми	Ігрова Презентація, конкурси, інтерактивні майстер-класи,	Методист з соціально-виховної роботи, Керівники гуртків, батьки	90 хв.	Демонстрація сформованого ціннісного ставлення до здоров'я

Н.2. Зміст занять програми

Н.2.1 Заняття 1.

ВІДКРИТТЯ ПРОГРАМИ. МОТИВАЦІЙНА ЗУСТРІЧ «ЗДОРОВ'Я – НАШ СКАРБ І НАЙВИЩА ЦІННІСТЬ»

Мета: створення позитивного емоційного фону, формування початкової мотивації до ведення здорового способу життя та заохочення учасників до активної участі в програмі.

Обладнання: фліп-чарт, фломастери, комп'ютер, екран для презентації, індивідуальні картки, правила групи, відеоматеріали, картки для фіксації відповідей на питання вікторини, олівці.

Час проведення: 1 год.30 хв.

Хід проведення

1. Організаційний блок (10 хв.)

Привітання учасників заходу. Представлення мети та завдань програми. Ознайомлення з планом реалізації програми та ключовими заходами. Представлення педагогів, експертів і запрошених гостей. Мотиваційний виступ запрошеного спікера (наприклад, спортсмена, лікаря, дієтолога).

2. Вступна частина (15 хв.) Основна частина заходу представлена у

формі лекції, проте вона носить інтерактивний характер. Педагог не лише інформує вихованців про основні складові здорового способу життя, а й активно залучає їх до дискусії, запитуючи про їхні особисті звички, ставлення до фізичної активності, харчування та психічного здоров'я.

Повідомлення. Педагог-тренер: кожна людина буде своє життя самостійно. Ще в дитинстві ми починаємо мріяти про те, ким станемо, яку професію оберемо, яку сім'ю хочемо збудувати, яку роботу мати. Життєві цінності – це те, що люди важливим для свого життя і здійснення мрій. Давайте з вами зараз спробуємо знайти відповідь на питання. Спочатку кожний про себе, а потім поділіться своїми думками. Як би виглядав мій ідеальний день, якби не було жодних обмежень (грошей, часу, обов'язків)? Шоб ви робили? З ким і де провели час? Уявіть, якби ви відповіли на ці питання через 10 років? А через 20?

А тепер, давайте разом обговоримо питання: Що з того, що ви для себе визначили як свої головні мрії, приносить найбільше задоволення? Що для вас найбільш цінно? Давайте по черзі називати ті цінності, які для вас найбільш важливі і спробуємо записати їх у пустих клітинках таблиці.

№ п/п	Назви цінностей життєвих цінностей	
	<i>Приклади цінностей</i>	<i>Цінності, які називають діти</i>
1	самозбереження,	
2	самовдосконалення,	
3	відповідальність,	
4	сім'я	
5	активний спосіб життя	
6	здоров'я	
7	нерухомість	
8	кар'єра	
9	дружба	

Учасники називають різні цінності. Педагог-тренер записує їх на екрані

в тому порядку, в якому їх називають учасники (гроші, освіта, кар'єра, престижна робота, здоров'я, нерухомість тощо)

Групове обговорення. А тепер, давайте разом відповідати на питання «Що є найціннішим у житті людини?» Всі названі цінності обговорюються. Учням пропонується розташувати життєві цінності за критерієм меншої значущості (найважливіші займають останні позиції). Особливу увагу педагог-тренер звертає на здоров'я, як важливу життєву цінність. Він пропонує для обговорення питання «Чому здоров'я є індивідуальною життєвою цінністю кожної людини, але разом з тим і суспільною цінністю?»

Після усіх виступів учасників, педагог – тренер підводить **підсумок**.

Якщо людина віддає пріоритет грошам, нерухомості, але тяжко хворіє, чи може така людина скористатися багатством і насолоджуватися життям? Або, людина отримала блискучу освіту, має престижну роботу, але у неї слабке здоров'я. Вона постійно лікується, має особливий режим життя. Як до цього поставляться на роботі? Адже, відповідне виконання своїх обов'язків у людини пов'язано із станом здоров'я. Важливою цінністю людини є сім'я. Деякі з вас поставили її на перше місце. Це дійсно так. Але, чи може сім'я бути щасливою, якщо в когось із родини є проблеми із здоров'ям?

Отже, запитання: «Що повинно бути на першому місці в рейтингу життєвих цінностей людини?». За загальним висновком аудиторії цінність «здоров'я» переноситься ведучим у відповідну позицію.

3. Основна частина (40 хв.) Для відповіді на питання «Що для вас означає здоров'я?» педагог тренер запрошує учасників виконати вправу «Асоціативний ряд».

Вправа «Асоціативний ряд» (15 хв)

Мета: розширення змісту поняття «здоров'я» за рахунок створення нових асоціацій

Хід вправи

Педагог-тренер пропонує учасникам назвати слова, які асоціюються у них зі здоров'ям. Для цього-слово виписується на дошці по вертикалі і

учасники у вільному ритмі називають слова, які асоціюються у них зі змістом поняття «здоров'я» і починаються з літери вертикального ряду. (З,Д,О,Р,О,В,Я). На кожну літеру підбираються по декілька слів, які характеризують зміст поняття «здоров'я» і починаються з неї.

Після роботи в групі, кожному учаснику пропонується вибрати із кожного ряду одне слово, яке найбільше подобається для характеристики поняття «здоров'я», і на власній картці скласти власний асоціативний ряд, в якому буде лише 7 слів. Слова, які найчастіше повторюються в індивідуальних роботах учасників, позначаються на фліп-чарті червоним кольором.

Педагог-тренер пропонує учасникам скласти колективне визначення поняття «здоров'я», використовуючи слова, виділені червоним кольором.

Висновок: Отже, здоров'я-це не лише відсутність хвороб. Давайте розглянемо які складові у нашого здоров'я і що на його якість впливає.

Інтерактивна відео-лекція «Що ми знаємо про здоровий спосіб життя?» (25 хв.)

Питання для обговорення

1. Основні складові здоров'я: фізичне, психічне, соціальне та духовне.
2. Фактори, що впливають на здоров'я (спосіб життя, генетика, екологія, медична допомога).
3. Принципи здорового способу життя.

Для обговорення цих питань використовуються фрагменти наступних відеороликів.

Педагог-тренер: стан здоров'я населення України викликає серйозне занепокоєння. Майже 90% дітей та підлітків мають певні відхилення. Щороку зростає кількість молодих людей, що вживають наркотики. В умовах війни ситуація загострюється поширенням таких загроз як стресовий стан і психологічне перенапруження. На сьогоднішньому занятті ми спробуємо знайти відповідь на наступні питання «Що таке здоров'я? Від чого воно залежить? І як його зберегти?»

Відеоматеріали для використання.

1. Здоровий спосіб життя Режим доступу: #1
<https://www.youtube.com/watch?v=bI547K5LELc>

2. Принципи здорового способу життя. Показники здоров'я і розвитку підлітків. Режим доступу: <https://www.youtube.com/watch?v=4qwH6IuwXQM>

3. Ми за здоровий спосіб життя! Режим доступу:
<https://www.youtube.com/watch?v=3xfBYQqQTro>

Методика перегляду. Обраний фрагмент демонструється не більше 3 хвилин. Зупинка фрагменту відбувається так, щоб учасники могли самостійно продовжити думку авторів відеороліка. Далі перегляд продовжується. Наприклад:

1. Перегляд у відео чинників, що впливають на здоров'я людини зупинити після названих чинників-спадковість, медицина, навколишнє середовище. Питання: Який чинник ще залишився не названим? Чи важливий його вплив на наше здоров'я?

2. Перелік принципів здорового способу життя зупинити в будь-якій частині і попросити дітей продовжити цей перелік. Які ще принципи здорового способу життя ви знаєте?»

Інтерактивна вправа (15 хв.)

Після лекції з обговоренням запропонованих відеофрагментів, учасникам пропонується відповісти на питання відео **вікторини**.

Мета: перевірка знань підлітків про здоровий спосіб життя

1. Здоров'я на першому місці: вікторина для молоді з корисними порадами <https://www.youtube.com/watch?v=YZ6Q5BnuW8A>

Хід роботи

На екрані демонструються питання вікторини. Учасники фіксують номер власної відповіді на своїй індивідуальній картці. В кінці здійснюється підрахунок отриманих балів і визначаються переможці.

Підведення підсумків гри. Педагог-тренер просить відповісти на питання: Чи сподобалась вам гра? «Що впливає на здоров'я людей і мотивує їх піклуватися про своє здоров'я?»

4. Заключна частина (10 хв.) Рефлексія та підведення підсумків.

Вправа «З-Х-Д» (Знаю – Хочу дізнатися – Дізнався). Учасники заповнюють таблицю, де вказують, що вони знали до тренінгу, що хотіли дізнатися, та що вони дізналися в результаті.

Рефлексія. Учасникам (за власним бажанням) пропонується закінчити речення: «Я дякую за...», «Мене вразило...»

Подяка учасникам за активність та мотиваційні слова на завершення заходу.

Н.2.2. Заняття 2.

РОЛЬОВА ГРА (ГРА-ІМПРОВІЗАЦІЯ) «ЯК ЗРОБИТИ СВОЄ ЖИТТЯ ЗДОРОВІШИМ?»

Мета: розвиток комунікативних навичок, емпатії, креативності та відповідального ставлення до власного здоров'я.

Обладнання: фліп-чарт, фломастери, комп'ютер, екран для презентації, індивідуальні картки, плакат під назвою «Скарбниця корисних знань».

Час проведення: 1 год. 30 хв.

Виконавці: методист з соціально-виховної роботи, керівники гуртків.

Хід проведення

1. Організаційний блок (10 хв.) Педагог – тренер вітає учасників і налаштовує на активну роботу, знайомить з метою гри та її основними правилами обговорення (доброзичливість, активність, врахування позицій інших учасників). Здійснює розподіл ролей між учасниками (учень, тренер, лікар, батьки, друзі, продавець фастфуду тощо).

Інформація про функції і завдання кожної ролі. Педагог-тренер повідомляє про особливості виконання кожної ролі у грі: учень – в будь-якій ситуації обирає найгірший варіант поведінки, аргументовано відмовляється від запропонованих варіантів щодо змін у ситуації вибору. Спортивний тренер – обґрунтовує свої рекомендації з точки зору користі для здоров'я фізичної активності і необхідності дотримання правил безпечної поведінки. Лікар-дає

рекомендації стосовно здорового харчування і повідомляє про небезпеку «вуличної їжі», переконує надати перевагу здоровому харчуванню. Продавець фаст-фуду-рекламує свою продукцію, переконує у її корисності, сперечається з лікарем щодо того, що його страви не гірші за продукти здорового харчування. Батьки-хвилюються за здоров'я дитини, пропонують їй безпечні форми поведінки і наполягають відповідальному ставленні до здоров'я. Доводять, що проблеми із здоров'ям виникають непомітно, але з їх наслідками потім дуже важко боротися. Друзі-підтримують головного персонажа у всіх діях, стверджують, що зараз всі підлітки так живуть, а дорослі їх не розуміють. Підліток-це доросла людина і має право самостійно приймати рішення. Підштовхують головного героя до нерозважливих рішень.

Ознайомлення з початковими умовами сценарію. Учасники самостійно вибирають для себе ролі. Для кожної нової ситуації ролями можна обмінюватися. Головне завдання – «вжитися» у свої ролі та виконувати їх максимально наближено до реальної життєвої ситуації. В межах виконання ролі необхідно не тільки дотримуватися сценарію, але й імпровізувати в рамках заданої ситуації.

2. Змістовний блок (60 хв.)

Ситуаційне моделювання (12 хв. на кожну ситуацію)

Гра складається з кількох сюжетних ліній, кожна з яких моделює життєву ситуацію, що вимагає ухвалення рішення, що стосується здорового способу життя.

Ситуація 1: «Швидкий перекус»

Педагог-тренер озвучує сюжетну лінію гри: головний персонаж (учень) опиняється в ситуації вибору: йому потрібно швидко перекусити після занять. Він має три варіанти: придбати фастфуд, взяти корисну їжу з дому або вибрати більш здорову страву у шкільному буфеті. Інші персонажі (друзі, батьки, продавець фастфуду, тренер) намагаються вплинути на його вибір, висловлюючи свої аргументи. Після розігрування ситуації починається обговорення.

Обговорення. Педагог-тренер пропонує відповісти учасникам гри на наступні питання:

1. Як вони почували себе у призначеній ролі, які труднощі виникали при її реалізації,
2. Які аргументи чи поради були корисними, а які викликали негативне ставлення і внутрішній опір як у тих, хто надавав поради, так і у головного героя?
3. Чи вдалося досягти поставленої мети і переконати себе і головного героя у необхідності відповідального ставлення до здоров'я?

Ситуація 2: «Чи займатися спортом?»

Педагог-тренер озвучує основну сюжетну лінію: головний персонаж має вибір: провести вечір у соціальних мережах або піти на тренування. Друзі переконують його залишитися вдома, тренер заохочує до фізичної активності, батьки нагадують про важливість відпочинку.

Після закінчення часу на розігрування ролей відбувається обговорення мотивів та наслідків кожного варіанту.

Питання для обговорення:

1. Чому підлітки надають перевагу соцмережам?
2. Як треба розуміти позицію батьків? Що означає «відпочити» для них і для підлітка? Чи співпадають їх точки зору?
3. Чи треба підлітку фізична активність для зміцнення свого здоров'я?

Формулювання учасниками висновків щодо важливості фізичної активності.

Ситуація 3: «Стрес перед екзаменом»

Педагог-тренер озвучує сюжетну лінію гри: головний персонаж хвилюється перед контрольним тестом. У нього є три варіанти подолання стресу: навчатися всю ніч без відпочинку, випити енергетичний напій або застосувати техніки релаксації. Вчитель, батьки, лікар та друзі надають поради, обговорюючи плюси і мінуси кожного підходу. Вчитель пропонує

сумлінно готуватися. Лікар радить застосувати техніки релаксації. Друзі рекомендують випити енергетичний напій.

Обговорення. Педагог-тренер пропонує учасникам відповісти на наступні питання:

1. Як ви почувалися на позиції виконавця тієї чи іншої ролі? Чи поділяєте ви аргументи свого героя? Чому?
2. Наскільки переконливими були учасники ситуації?
3. Що треба було сказати, щоб головний герой зробив правильний вибір?

Педагог-тренер підводить підсумки спільного аналізу учасниками гри впливу стресу на здоров'я і формулює висновків щодо управління емоційним станом.

Ситуація 4: «Екстремальні практики-твій вибір»

Педагог-тренер озвучує основну сюжетну лінію: головний персонаж опиняється в ситуації вибору. Друзі, з якими він навчається в одному класі, запрошують провести вихідний день разом і погуляти у міському парку, де відкрилися нові атракціони. В той же час - нові знайомі головного героя, які з'явилися у нього не так давно, запрошують його пошукати гострих відчуттів у небезпечних видах відпочинку-паркур, руфінг або їзда на мотоциклах на великій швидкості. Він має зробити вибір.

Інші персонажі - старі друзі, батьки, спортивний тренер і лікар намагаються його переконати, що пропозиція нових друзів має багато ризиків, висловлюють свої перестороги і сумніви щодо того, чи справді такі пропозиції варто навіть розглядати, пропонують інші способи проведення вільного часу.

Обговорення. Педагог-тренер пропонує відповісти на наступні питання:

1. Чи варто довіряти малознайомим людям?
2. Чи завжди треба доводити свою «дорослість» у небезпечних розвагах?
3. Чи дійсно небезпечні розваги є необхідними для самоствердження і отримання поваги серед однолітків?

4. Яке рішення головного героя ви вважали б правильним і чому?

Ситуація 5. «Стрес у конфліктній ситуації».

Педагог-тренер озвучує основну сюжетну лінію: головний герой відчуває стрес і самотність через постійні складнощі у спілкуванні з оточуючими. Він опиняється в ситуації вибору: привернути до себе увагу і подолати емоційний біль фізичним шляхом самотравмування (самопорізи, опіки, удари), звернутися на гарячу лінію, попросити допомоги у дорослих, яким довіряє, скористатися он-лайн ресурсами (наприклад, Проєкт «ПОРУЧ: онлайн-групи підтримки для підлітків).

Педагог-тренер повідомляє, що самоушкоджувальна поведінка це свідоме заподіяння собі шкоди і болю з метою впоратися з важкими переживаннями, ситуаціями, через які важко контролювати своє життя. Сюди відносяться- не тільки порізи, подряпини, удари тощо, але й прояви непрямого самоушкодження такі як надмірні фізичні навантаження, переїдання або недоїдання, вживання алкоголю і наркотичних речовин. Тобто ті, що можуть принести або потенційно завдати шкоди здоров'ю і відчуття болю.

Розподіл ролей-друзі, лікар, батьки. Завдання для виконавців ролей батьків та лікаря-переконати головного героя у необхідності звернутися за зовнішньою допомогою. Думки друзів можуть розділитися на тих, хто підтримує дорослих і тих, хто вважає, що формою подолання стресу може бути будь-яка поведінка.

Друзі, батьки, лікар переконують звернутися за зовнішньою допомогою, називаючи різні варіанти для вибору, висловлюють свої аргументи, пропонують нові джерела підтримки і намагаються вплинути на рішення головного персонажа.

Обговорення. Педагог-тренер пропонує відповісти на наступні питання:

1. Чи можна довіряти батькам у такій ситуації?
2. Чи треба слухати лікаря, чи є своя думка і вона єдино правильна?

3. Чи дійсно подолання стресу можливе через самоушкодження? Є ж менш небезпечне самотравмування і нічого страшного не станеться? Все можна поправити буде потім.

У процесі обговорення педагог-тренер та учасники формулюють висновки щодо небезпеки для здоров'я наслідків самоушкодження,

**Дискусійна платформа «Як мої рішення впливають на здоров'я?»
(10 хв.)**

Учасники обговорюють, як змінилися їхні погляди після участі в рольовій грі. Відповідають на питання ведучого: «Які із запропонованих ситуацій є найбільш складними для їх вирішення?», «Які рішення із запропонованих учасниками, ви б могли використати у вирішенні своїх особистих ситуацій в реальному житті?»

3. Підсумковий блок (15 хв.)

Рефлексія «Що я виніс із гри?»

Педагог-тренер пропонує учасникам на кольорових стікерах написати одну річ, яку він зрозумів про здоровий спосіб життя і відповідальну поведінку. Після цього всі озвучують свої записи і прикріплюють на плакат під назвою «Скарбниця корисних знань». Обговорення, які нові звички і рішення щодо безпечної поведінки учасники планують запровадити у своєму житті.

Завершення гри. Підсумкове слово ведучого про важливість здорових рішень у повсякденному житті, відповідальність за власну поведінку в ситуаціях ризикованих пропозицій. Подяка учасникам за активність та мотиваційні слова на завершення заходу.

На завершення ведучий пропонує кожному поділитися своєю позитивною емоцією з усією групою Для цього учасники стають в коло і по черзі завершують фразу «Я бажаю всім не потрапляти в небезпечні ситуації і бути... (яким: якою?)

Н.2.3. Заняття 3.

ТЕМАТИЧНА ДИСКУСІЯ «ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ ТА ЯК ЇМ ПРОТИСТОЯТИ» (90 хв.)

Мета: розвинути критичне мислення учасників, сформувати усвідомлення ризиків та наслідків формування шкідливих звичок, пошук ефективних способів їх подолання.

Завдання:

1. Формувати поняття про корисні й шкідливі звички, ставлення до свого здоров'я як до цінності.

2. Розвивати вміння обговорювати ситуації, раціонально вирішувати проблеми.

3. Виховувати бережливе ставлення до свого здоров'я.

Виконавці: методист з соціально-виховної роботи,

Обладнання: фліп-чарт, фломастери, кольорові стікери, дошка, ватман, листи паперу розміром 18 на 24, кольорові олівці.

Час проведення: 1 год 30 хв.

Хід проведення

1. Вступне слово ведучого (10 хв.)

Педагог вітає учасників, озвучує тему дискусії та пояснює її значущість для здорового способу життя. Він наголошує, що шкідливі звички формуються поступово, часто через соціальний тиск або брак усвідомлення їхніх наслідків.

Здоров'я людина накопичує та розтрачує протягом усього життя. На це впливають і місце проживання людини, і умови життя та праці, спосіб і особливості харчування тощо. Немаловажним чинником є шкідливі звички, яким людина може піддаватися. Що це за звички? Адже в різних культурах їх по-різному визначають. Як вони впливають на життя людини? Про це поговоримо сьогодні.

2. Інтерактивне обговорення «Що таке шкідливі звички?» (15 хв.)

Педагог-тренер пропонує учасникам поділитися своїми уявленнями про шкідливі звички, формулюють їхні визначення та наводять приклади з

реального життя. Педагог-тренер структурує відповіді, класифікуючи їх на фізіологічні (куріння, вживання алкоголю, нездорове харчування) та психологічні (залежність від гаджетів, прокрастинація, звичка уникати фізичних навантажень) і фіксує це на фліпчарт. Пропонує у наступних ситуаціях визначитися до якого виду шкідливих звичок відноситься та, що представлена у життєвій історії.

3. Аналіз життєвих ситуацій «Шлях до залежності» (20 хв.)

Педагог-тренер зачитує кілька коротких історій про молодих людей, які зіткнулися з проблемою шкідливих звичок. Головне питання для обговорення чи може стати шкідлива звичка одним із видів залежності.

Наприклад, історія підлітка, який почав палити через компанію друзів, або молодой людини, яка захопилася енергетичними напоями, що призвело до погіршення здоров'я.

- Підліток отримав погану оцінку, відчуває розчарування, злість та бажання «забутися». Він думає про те, як алкоголь може допомогти йому відчувати себе краще.

- Дівчина відчуває себе самотньою. Вона вважає, що ніхто її не розуміє. Вдома немає підтримки, батьки зайняті собою. Один шлях знайти розуміння - у компанії, де вживають наркотики

Учасники аналізують ситуації, прогнозують їх можливий розвиток і кінцевий результат для головного героя.

4. Дискусійний блок

Вправа «Чому люди обирають шкідливі звички?» (5 хв.)

Учасники відповідають на запитання: чому люди починають палити, вживати алкоголь чи вести малорухливий спосіб життя? Чи завжди це їхній усвідомлений вибір? Як впливає оточення?

Метод «Мозкового штурму». Учасники поділяються на три команди. Їх завдання протягом 3 хвилин дати відповідь на три питання. Кожна команда збирає ідеї для відповіді на одне із запропонованих питань:

Чому підлітки палять?,

Чому підлітки п'ють алкоголь?

Чому підлітки ведуть малорухливий спосіб життя?

Свої ідеї учасники записують на дошці в три колонки.

Педагог підсумовує обговорення, звертаючи увагу на роль соціального впливу, стресу, реклами та звичок у сім'ї.

Вправа «Акваріум» (15 хв.). Обговорення проблеми продовжується за використання методу «Акваріум». Для цього учасники поділяються на дві групи. Одна група сідає в центр, утворюючи коло, друга-розташовується навколо першої групи. Теж утворює коло.

Обговорення. Перша група в центрі великого кола педагог-тренер дає завдання обговорити проблему вживання підлітками енергетичних напоїв. Для цього вони повинні відповісти на наступні питання:

Чому і коли найчастіше підлітки вживають енергетичні напої?

Які чинники на це впливають?

Чи дійсно енергетики так небезпечні для здоров'я підлітків чи це вигадка дорослих?

Учасникам, що знаходяться у зовнішньому колі, педагог-тренер пропонує уважно слухати, аналізувати всі аргументи, пропонувати і обстоювати свою точку зору.

Зміна ролей. Через 5 хвилин групи міняються місцями. Група, що була у зовнішньому колі, заходить в центр і продовжує обговорення, висловлюючи свої думки по темі і аналізуючи результати обговорення першої групи.

Запитання і відповіді. Після завершення обговорення в окремих колах кожна група готує запитання до протилежної групи. Обговорення продовжується у формі діалогу між групами (відповіді на запитання).

Педагог-тренер підводить підсумки, виділяє найбільш цікаві аргументи і точки зору, узагальнює результати..

5. Практичний блок «Як сказати «Ні»?» (10 хв.)

Педагог-тренер пропонує учасникам моделювати ситуації, коли їм доведеться відмовитися від шкідливої звички в компанії друзів.

Наприклад, товариш пропонує цигарку або алкоголь, інші наполягають приєднатися до ризикованої діяльності.

Ситуація 1. Хлопець знаходиться на вечірці, де більшість підлітків він не знає або йому малознайомі. Вони вмовляють його випити алкоголю, обґрунтовуючи свою пропозицію такими фразами «Ти що, батьків боїшся?», «Ти слабак?», «Тобі треба розслабитися!» тощо.

Питання для обговорення:

1. Яку відповідь тиобираєш?

Ні, дякую. Я не хочу.

2. У мене є дуже смачні цукерки. Давай поласуємо ними зараз вдвох, а вип'єш пізніше з кимось іншим.

Дай мені спокій!!! Чого ти на мене тиснеш?

Педагог пропонує зробити учасникам свій варіант відповіді і пояснити свій вибір.

Ситуація 2. Дівчина посварилася з найближчою подругою. Вона сумує і не може знайти вихід із ситуації. Інші дівчата пропонують їй скористатися для підвищення настрою електронною сигаретою або спробувати «незвичайну таблетку». Яке рішення прийняти дівчині? Учасники розігрують діалоги між головним героям і його знайомими, обговорюють, які аргументи можуть бути найефективнішими для досягнення результату з обох сторін.

6. Розробка стратегії протидії шкідливим звичкам (10 хв.)

Групова робота: учасники розділяються на підгрупи і розробляють поради для однолітків, які допоможуть уникати шкідливих звичок. Це можуть бути «10 правил здорового вибору» або «Як підтримати друга, який хоче позбутися шкідливої звички». Групи презентують свої ідеї у вигляді серії малюнків. Важливо, попередити учасників, що малюнок не оцінюється за якістю виконання і подібності до оригінального образу. Має значення який зміст вкладає автор у зображення, а не якість виконання самого зображення.

7. Підведення підсумків та рефлексія (5 хв.). Кожен учасник ділиться тим, що справило на нього найбільше враження під час дискусії. У кінці

педагог-тренер наголошує, що боротьба зі шкідливими звичками – це не лише індивідуальна відповідальність, а й спільна підтримка здорового середовища. Підсумок: «Таким чином ми потренувалися, як відмовитися від поганої пропозиції. Ці способи можна і треба застосовувати не лише, коли вам пропонують покурити, а й випити, спробувати якісь токсичні чи наркотичні речовини, прогуляти фізкультуру тощо».

Н.2.4. Заняття 4.

ТРЕНІНГОВЕ ЗАНЯТТЯ «ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВИХ ЗВИЧОК»

Мета: формування ціннісного ставлення до здоров'я через навички впровадження у своє життя корисних звичок.

Обладнання: фліп -чарт, фломастери, плакат «Правила роботи на тренінгу», презентація, кольорові стікери, дошка, ватман, поштові конверти, листки паперу розміром 10 на 15, ручки, олівці, Картки «Колесо здорових звичок».

Час проведення: 1 год.30 зв.

Хід проведення

I. Вступна частина (10 хв.)

Привітання учасників, створення доброзичливої атмосфери. Повідомлення про тему та мету тренінгового заняття. Ознайомлення з правилами тренінгової роботи (повага до думки інших, активна участь, довіра в групі тощо).

Повідомлення педагога-тренера. Наш тренінг присвячений дуже важливій темі – нашим звичкам. Як ви думаєте, що таке звичка? Можливо, хтось хоче поділитися своїми думками?"

(Підлітки висловлюють свої ідеї: «те, що ми робимо щодня», «автоматичні дії», «щось корисне або шкідливе»).

Мотиваційна бесіда педагога-тренера. Чудово! Ви абсолютно праві. Звички – це дійсно дії, які ми виконуємо регулярно, часто навіть не замислюючись. Вони формують наше життя, наше здоров'я, наш настрій. Сьогодні ми поговоримо про те, як свідомо обирати ті звички, які зроблять нас

сильнішими, здоровішими та щасливішими. Ми розглянемо як корисні, так і шкідливі звички та їхній вплив на організм підлітка. Протягом нашого заняття ми виконаємо кілька вправ, які допоможуть вам краще зрозуміти себе, свої цінності та те, як ви можете керувати своїм вибором. Ми поговоримо про харчування, сон, фізичну активність, а також про те, як важливо вміти відстоювати свою позицію, наприклад, сказати «ні», коли вам пропонують щось шкідливе.

Вправа-знайомство «Корисна звичка» Педагог-тренер пропонує кожному учаснику назвати своє ім'я та коротко розповісти про одну корисну звичку, яку має або хотів би набути.

Приклади звичок розміщуються розкладаються на столі у вигляді карток з назвами. Кожний учасник на своїй картці має для зображення свій кольоровий фломастер. Таки чином утворюється різнокольорова галявина корисних звичок. Приклади корисних звичок: ранкова зарядка, регулярні прогулянки на свіжому повітрі, здорове харчування, заняття спортом, відмова від шкідливих звичок (наприклад-відмова від надмірного вживання солодощів і фастфуду тощо).

Педагог-тренер: «Подивіться на нашу «галявину». Кожна ваша звичка – це пелюстка, яка робить ваше життя довшим і яскравішим. Те, що ми сьогодні озвучили – це наш перший крок до сильного та здорового «Я». Яку з цих звичок ви готові практикувати вже завтра?».

Висновок: «Обговорення результатів: учасники аналізують, які звички виявилися найпопулярнішими в групі. Педагог акцентує увагу на тому, що спільне прагнення до здорового способу життя створює підтримуюче середовище в колективі».

II. Основна частина (60 хв.)

Вправа «Колесо здорових звичок» (15 хв.). Учасники отримують схематичне зображення колеса, поділеного на сектори (харчування, фізична активність, режим дня, психоемоційний стан, гігієна, відмова від шкідливих звичок).

Завдання: оцінити кожен аспект за 10-бальною шкалою та позначити на малюнку. де 1 – низько (біля центру), 10 – високо (біля лінії кола).

Обговорення в групах: які аспекти є сильними, які потребують покращення, чи будуть ефективними запропоновані кроки виходу із ситуації і чи реально їх здійснювати на постійній основі?

Педагог-тренер пропонує результат обговорення в групах озвучити одному із членів групи.

Групова робота «Звички та їх наслідки» (20 хв.). Учасники об'єднуються у малі групи та отримують картки з різними звичками (ранковий спорт, фастфуд, режим дня, використання гаджетів перед сном, вживання енергетичних напоїв, прогулянка перед сном, тощо).

Завдання: розділити звички на корисні та шкідливі, написати на червоних стікерах шкідливі звички, на зелених корисні, обґрунтувати вибір. Прикріпити стікери на дошку.

Педагог-тренер підводить підсумки виконання завдання:

1. Яких звичок більше виділили учасники?
2. Які саме звички найбільш поширені серед учасників групи (за кількістю стікерів з однаковими звичками)

Обговорення. Педагог-тренер пропонує кожного висловити свою думку щодо наступних питань:

- які наслідки для людини мають ці звички у короткостроковій та довгостроковій перспективі?
- як здорові звички впливають на якість життя, чи важливо для повноцінного виконання своїх життєвих планів турбуватися про себе та підтримувати здоров'я.

Для того, щоб закріпити отримані навички педагог-тренер пропонує долучитися всім до наступної вправи-гри.

Вправа «Діалог звичок»(10хв). Учасники групи розбиваються на пари. Методом жеребкування визначають хто в парі буде здоровою звичкою, а хто шкідливою. Протягом 2 хвилин готують діалог на тему як здорова звичка

критикує шкідливу за те, що вона шкодить здоров'ю людини. Шкідлива звичка наводить аргументи про свою невинність і доводить, що людина самостійно робить свій вибір. Потім пари міняються місцями. Аргументів на свою користь в кожній парі звичок повинно бути не менше трьох. Повторювати аргументи попередньої пари не можна.

Після представлення усіх діалогів педагог – тренер пропонує учасникам визначитися у яких звичок більше аргументів на свою користь. Які твердження про здорові звички не були названі?

Висновок. Вибір на користь шкідливих звичок пов'язаний з нерозумінням, що здоров'я є цінним ресурсом, який потребує уваги та підтримки.

Ситуаційне моделювання «Шлях до змін» (15 хв.)

Педагог-тренер пропонує кожному учаснику обирати одну звичку, яку хотів би змінити (наприклад, зменшити споживання солодощів або почати займатися спортом).

Завдання: розробити покроковий індивідуальний план її зміни. Відобразити в ньому, що заважає, які можливості існують, що може мотивувати). Напишіть три кроки, які допоможуть змінити ситуацію на краще. Ці вимоги педагог-тренер виписує на фліп-чарті і коментує їх щодо можливості і необхідності їх застосовувати.

Наприклад, якщо є бажання почати займатися спортом, то трьома кроками покращення можуть бути: ранкова пробіжка, максимальна відмова від користування міським транспортом, активне користування велосипедом, рух в будинку тільки сходами і відмова від користування ліфтом тощо.

Обговорення в парах. Завдання для кожної пари: провести обговорення з партнером щодо його планів до засвоєння нових корисних звичок і посилення їх впливу на якість свого життя, презентувати плани іншого члена групи і проаналізувати доцільність запланованих кроків. На скільки вони наблизять досягнення запланованих результатів.

III. Заключна частина (20 хв.)

Вправа «Лист самому собі» (10 хв.)

Учасники пишуть листи самому собі, у яких визначають, які зміни вони прагнуть впровадити та які кроки зроблять для цього. Листи запечатуються та зберігаються для повернення до них наприкінці програми.

Рефлексія та підбиття підсумків (10 хв.)

Учасники діляться своїми враженнями та головними висновками.

Вправа «Одне слово»: кожен учасник одним словом висловлює, що для нього означає здоров'я і здоровий спосіб життя після тренінгу.

Подяка за активну участь та завершення тренінгу.

Н.2.5. Заняття 5.

МАЙСТЕР-КЛАС «ЗДОРОВЕ ХАРЧУВАННЯ У ПОВСЯКДЕННОМУ ЖИТТІ» (90 хв.)

Мета: формування знань та навичок збалансованого харчування як основи здоров'я особистістю

Виконавці: методист з соціально-виховної роботи, психолог, запрошені фахівці

Обладнання: технічне забезпечення для показу відео-матеріалів, кольорові стікери, дошка, харчові етикетки

Хід проведення.

I. Вступна частина (15 хв.)

Привітання учасників, налаштування на роботу.

Повідомлення про тематику та мету майстер-класу.

Вправа «Мій раціон за останню добу»

Мета вправи: виявити можливі недоліки в раціоні, проаналізувати своє ставлення до необхідних змін.

Завдання: учасники пригадують і коротко описують, що вони їли протягом попереднього дня за схемою:

- час вживання,
- кількість їжі та води,

- чи були в раціоні фрукти та овочі,
- що обирали під час перекусів

Записують свій раціон на маленьких різнокольорових листочка (стікерах), прикріплюють на загальному стенді.

Тренер узагальнює результати. Пропонує кожному учаснику розділити їжу на категорії, наприклад, овочі, фрукти, білки (м'ясо, риба, яйця, бобові), молочні продукти, зернові (хліб, крупи), жири, солодощі. Потім проводить опитування.

Хто кожного дня їсть овочі та фрукти, хто любить м'ясо, рибу, каші. Хто віддає перевагу солодощам? Ті, хто відповідає «так» на чергове питання повинні підняти руку. Ведучий підраховує результати і виписує кількість піднятих рук по кожному питанню на дошці.

Далі – пропонує учасникам виявити можливі недоліки у своєму раціоні та відповісти на питання .

Питання для обговорення

- «Чи збалансований раціон? Яких страв і продуктів має бути більше в раціоні, а чого не вистачає?».
- «Чи достатньо води в денному раціоні?».
- «Чи багато в раціоні дітей солодощів та їжі швидкого приготування?».
- «Чи правильно розподілений час прийому їжі?».

Висновки формуються разом з учасниками. Як правило, раціон не дуже різноманітний, недостатньо овочів та фруктів (або чогось одного в залежності від отриманих відповідей), багато в раціоні продуктів, якість яких може викликати сумніви – ковбаса, сік, газовані напої тощо. Режим харчування не регулярний.

II. Основна частина (60 хв.)

1. Міні-лекція «Основи здорового харчування» (15 хв.)

Інформаційна частина складається із визначення і характеристики наступних питань:

1. Основні принципи збалансованого харчування (співвідношення

білків, жирів і вуглеводів, важливість клітковини та вітамінів).

Чому слід уникати надмірного споживання цукру, трансжирів та ультраперероблених продуктів?

2. Гідратація як важливий елемент харчування.

Інформація для ведучого. *Гідратація, тобто забезпечення організму достатньою кількістю води, є критично важливим елементом здорового харчування. Вода необхідна для нормального функціонування всіх систем організму, включаючи терморегуляцію, травлення, транспортування поживних речовин та виведення токсинів. Недостатнє споживання води може призвести до зневоднення, що негативно впливає на фізичне та когнітивне здоров'я*

3. Практична частина-коротка сесія запитань і відповідей.

Обговорення відео «Режим харчування підлітків»

<https://www.youtube.com/watch?v=s7917EDKMFo>

Питання для обговорення.

- Чи дотримуетесь ви у своєму режимі харчування порад, запропонованих у відео?
- Що ви знаєте про хвороби, викликані порушенням в організмі підлітка енергетичної рівноваги?
- Які поради із відео ви порушуєте систематично?

2. Практичне завдання «Аналіз продуктів» (20 хв.)

Учасникам надаються етикетки різних продуктів (йогурти, соки, снеки, мюслі тощо).

Завдання: визначити склад продуктів, проаналізувати рівень цукру, жирів, добавок.

Дискусія: які з цих продуктів є корисними, а які – ні, і чому?

3. Вправа «Створюємо здорове меню» (25 хв.)

Розподіл учасників на малі групи. Кожна група отримує аркуш паперу у формі тарілки. Після перегляду відео (3 хв.) завдання: намалювати власну тарілку здорового харчування. Можна сектори тарілки заповнювати

малюнками продуктів або писати їх назви словами. Кожна група презентує свою тарілку і пояснює свій набір продуктів, відповідає на питання ведучого та інших учасників.

Відео «Тарілка здорового харчування» <https://znaimo.gov.ua/shcho-take-tarilka-zdorovoho-kharchuvannia>

Поради фахівця «Меню на один день». Перегляд і обговорення наступних відеоматеріалів

1. Поживний сніданок та його користь <https://znaimo.gov.ua/pozhyvnyi-snidanok-ta-yoho-koryst>
2. Обід, як слід! <https://znaimo.gov.ua/obid-yak-slid>
3. Легка вечеря <https://znaimo.gov.ua/lehka-vecheria>

Перегляд фрагментарний. Тривалість фрагменту із кожного відео -2 хвилини. Завдання- на кольорових стікерах написати свої улюблені страви на сніданок, обід та вечерю. В такий спосіб кожний учасник формує свій раціон улюблених страв на день. Стікери прикріплюються на дошку.

Питання для обговорення:

Які страви повторюються на декількох стікерах? Чи дійсно вони корисні для підлітків?

Як страви треба включити в раціон, але їх немає на стікерах?

Практична частина. Приготування корисних страв. Легкі та смачні рецепти.

Учасники поділяються на групи по 3-4 особи. Кожна група отримує завдання спільно приготувати смачну і корисну страву. Це можуть бути салати, смузі, бутерброди, в основі яких використовується хліб із цільного зерна з корисними начинками, овочеві страви. За попередньою домовленістю учасники Самостійно між собою обговорюють що будуть готувати, приносять необхідні продукти і готують страву. Після закінчення кожна група озвучує рецепт приготування страви. На окремому столі викладаються всі приготовлені страви формується тарілка здорового харчування. Спеціально запрошені експерти з числа батьків, педагогів оцінюють смакові якості

приготовлених страв та їх відповідність правилам здорового харчування.

Фотоконкурс. Завдання: створити фотографії страв, приготованих на майстер-класі. Підготувати їх для презентації на заключному фестивалі.

III. Заключна частина (15 хв.)

Підведення підсумків і формування правил здорового харчування у повсякденному житті.

Учасники називають правила здорового харчування, які вони запам'ятали, ведучий спочатку просто відмічає названі правила без показу екрану, на якому ці правила уже виписані. Потім відкриває екран і аналізує які правила були названі учасниками майстер-класу, а про які їм нагадує список на екрані.

Орієнтовний перелік (для ведучого). Демонструється на екрані з короткими коментарями.

1. Їжте більше овочів та фруктів:

Вони багаті на вітаміни, мінерали та клітковину, необхідні для здоров'я. Прагніть, щоб половину вашої тарілки складали овочі та фрукти.

Обирайте свіжі, сезонні та місцеві продукти.

2. Обирайте коричневий рис, вівсянка, гречка, хліб з цільного зерна.

3. Їжте нежирне м'ясо та рибу.

4. Обмежуйте споживання солодких та жирних продуктів:

5. Пийте достатньо води:

6. Займайтеся фізичною активністю не менше 30 хвилин на день.

7. Слідкуйте за розміром порцій. Не переїдайте, їжте невеликими порціями.

8. Звертайте увагу на відчуття ситості.

9. Читайте етикетки на продуктах:

Звертайте увагу на склад продуктів, вміст цукру, жирів та солі.

10. Їжте повільно в спокійній обстановці, без відволікаючих факторів

Вправа «План покращення харчування» (10 хв.)

Кожен учасник визначає три конкретні зміни, які він готовий внести у

свій раціон і презентує меню на один день із трьох страв, дотримуючись принципів здорового харчування.

Обговорення в парах: що буде найскладнішим у впровадженні цих змін?

2. Підбиття підсумків та завершення майстер-класу (5 хв.)

Загальна дискусія: які висновки зробили учасники?

1. Які корисні знання ви отримали після проведення майстер-класу?
2. Чи змінились харчові уподобання?
3. Які аспекти здорового харчування потребують додаткової уваги?
4. Як залучити друзів до здорового способу життя?

Подяка за активну участь, заклик до свідомого ставлення до власного харчування.

Н.2.6. Заняття 6.

ПРОГРАМА ЕКСКУРСІЇ ДО СПОРТИВНОГО КОМПЛЕКСУ НА ТЕМУ «СПОРТ – ЗАПОРУКА ЗДОРОВ'Я»

Мета: сприянні формування усвідомленого ставлення до фізичної активності як необхідного елемента здорового способу життя.

Виконавці: методист з соціально-виховної роботи, керівники гуртків, батьки.

I. Вступна частина (15 хв.)

Привітання учасників та інструктаж щодо правил поведінки у спортивному комплексі.

Ознайомлення з метою екскурсії: формування усвідомленого ставлення до фізичної активності як необхідного елемента здорового способу життя.

Мотиваційна бесіда: «Чому спорт – це не лише про фізичну силу, а й про здоров'я, дисципліну та самоповагу?»

II. Основна частина (60 хв.)

1. Оглядова екскурсія по спортивному комплексу (20 хв.). Проводить невелику екскурсію для учасників програми працівник комплексу. Він знайомить з різними зонами комплексу (тренажерний зал, басейн, ігрові

майданчики, зали для групових занять, секції для командних видів спорту). Демонструє сучасне спортивне обладнання та пояснює його призначення. Практична частина екскурсії відбувається під час спостереження вихованцями за тренувальним процесом спортсменів і роботою тренерів, пробують свої сили у виконанні нескладних вправ, задають питання присутнім працівникам і відвідувачам комплексу.

2. Інтерактивний блок «Фізична активність у житті кожного» (40 хв.)

2.1. Мотиваційне інтерв'ю з тренером або професійним спортсменом (15 хв.) Обговорення особистого досвіду тренера чи спортсмена, їхнього шляху у спорті.

Розгляд та спростування міфів про фізичну активність і пояснення, що регулярні заняття спортом підходять усім, незалежно від рівня підготовки.

Запитання від учасників програми та відповіді запрошених гостей.

2.2. Практичне завдання «Знайди свій спорт» (10 хв.). Учасники знайомляться з різними видами фізичної активності, які сприяють зміцненню здоров'я та покращенню самопочуття (біг, плавання, їзда на велосипеді, силові вправи, стрибки, біг, катання на ковзанах).

Виконання коротких вправ на гнучкість, витривалість, координацію.

Рефлексія: які види фізичної активності найцікавіші для кожного учасника?

2.3. Фізкультурний челендж «10 хвилин руху» (15 хв.)

Виконання комплексу загальнорозвивальних вправ під керівництвом тренера.

Акцент на те, що навіть коротка фізична активність позитивно впливає на самопочуття.

Аналіз власних відчуттів після рухової активності.

III. Заключна частина (15 хв.)

1. Рефлексія «Що я виніс із цієї екскурсії?» (10 хв.)

Обговорення вражень учасників від відвідування спортивного

комплексу.

Визначення особистих кроків щодо підвищення фізичної активності у повсякденному житті.

2. Завершення екскурсії (5 хв.)

Підсумкове слово експериментатора про важливість фізичної активності.

Подяка учасникам за активну участь та вручення пам'ятних інформаційних матеріалів про переваги здорового способу життя.

Н.2.7. Заняття 7.

СОЦІАЛЬНО-ПРОСВІТНИЦЬКИЙ ТРЕНІНГ «ЕКСТРЕМАЛЬНІ ПРАКТИКИ В ЖИТТІ ПІДЛІТКА-РИЗИК ДЛЯ ЗДОРОВ'Я ЧИ СПОСІБ САМОСТВЕРДЖЕННЯ?»

Мета: сприяти усвідомленню підлітками відповідальності за власну поведінку, розвиток критичного мислення, формування навичок ухвалення зважених рішень.

Виконавці: методист з соціально-виховної роботи, підлітки-тренери.

Обладнання: ватмани, маркери, фломастери, плакат «Кошик корисних знань», стікери

Хід проведення

I. Вступна частина.

Інформація від ведучого. Сьогодні наша зустріч присвячена питанням ризику і ризикованої поведінки. Ризикована поведінка властива сьогодні багатьом підліткам. Але ця поведінка несе загрозу для здоров'я і життя людини. Саме ціннісне ставлення до здоров'я зможе унебезпечити підлітків від захоплення екстремальними розвагами, усвідомити ризикованість небезпечних практик, спонукає перевіряти власні можливості, міць і силу в інших видах пізнавальної діяльності. Пошук нових вражень і «гострих» відчуттів спрямувати у тих напрямках, які не несуть загрози для здоров'я свого та оточуючих

Вправа «Хто я?»(5 хв.)

Мета: продовжити знайомство учасників, розвивати здатність до самопізнання, саморозкриття.

Для активної та плідної роботи для самопізнання та саморозкриття пропоную вашій увазі «Задай собі питання»

Вправа «Задай собі питання» (5 хв.)

Починає цю вправу тренер. Учасникам потрібно буде вставати зі стільців після того, як тренер зачитає твердження. Вставати потрібно, якщо твердження тренера стосується особисто конкретного учасника.

Приклади тверджень формулюються у формі речень, які починаються зі слів «Я люблю...». Наприклад:

Я люблю самостійно приймати рішення, навіть, ризиковані.

Я люблю сперечатися і перемагати за будь-яку ціну.

Я люблю щоб дорослі рахувалися з моєю думкою і прийнятим рішенням.

Я люблю демонструвати власну силу, сміливість і витривалість.

Я люблю стрибати у воду з висоти і швидко їзду.

Я люблю дивитися відеороліки, де демонструють екстремальні види спорту

Вправа сприяє самоаналізу своїх уподобань учасниками тренінгу і налаштовує на тему зустрічі.

2. Правила (5 хв.)

Мета: оскільки тренінгове заняття входить у створену єдину програму, правила роботи на тренінгах уже відомі учасникам, метою є нагадування основних позицій

навчити учасників розробляти та приймати правила поведінки та роботи в групі, формувати відповідальне ставлення до власної поведінки.

Хід вправи

Тренер вивішує правила роботи групи і за необхідності-акцентує увагу на найбільш важливих для організації роботи групи.

Правила

- Бути активним
- Лаконічно висловлюватися
- Поважати думку іншого. Не давати оцінок.
- Бути веселим, посміхатися
- Бути чесним, об'єктивним, відкритим
- Правило конфіденційності
- Правило піднятої руки
- Право того, хто говорить, бути вислуханим.

3. Вправа «Очікування» (5хв.)

Мета: збір очікувань учасників тренінгу.

Матеріали: кольорові стікери, маркери.

Сьогодні на занятті мова піде про ризиковану поведінку, ризики у підлітковому віці, про їх причини та наслідки для здоров'я. Далі тренер пропонує визначити, що кожен з учасників очікує від заняття, і записати це на маленьких кольорових стікерах). Після цього учасники по колу зачитують свої записи і прикріплюють їх на плакат «Наші очікування».

II. Основна частина (60 хв.)

Мозковий штурм. Вправа «Що означає ризикувати?» (5 хв.)

Мета: дати можливість учасникам усвідомити поняття «ризик».

Хід вправи

Тренер пропонує скласти нове слово із букв, які складають слово «ризик». Виходить слово «криза». Його записують вертикально на дошці. Завдання- придумати слово на кожну букву слова «криза». Всі відповіді записуються на дошці. Це може бути такий варіант:

К	катастрофа	Підкреслює руйнівний характер ризику
Р	розпач	Постійні негативні думки
И	істерика	Упертість, гнів, негативні емоції, що породжують схильність до ризику
З	занепокоєння	Тривога, дискомфорт
А	аномалія	Відхилення від норми

Отже, **ризикувати** – піддаватися відомій небезпеці, мінливості, невдачі.

Інформаційно-практичний блок «Чому треба казати «НІ» (25 хв)

Мета: сформувати в учасників усвідомлення відповідальності за власну поведінку в ситуаціях ризикованих пропозицій; навичкам розпізнавання та уникнення ризикованої поведінки.

Проводять спеціально-підготовлені підлітки-тренери за методом «рівний-рівному».

Інформаційне повідомлення.

Деякі підлітки більше за інших однолітків схильні до ризикованої поведінки, а тому шукають «гострих» відчуттів, насолоджуються «духом» пригод і нових вражень та інакше, ніж дорослі, розуміють ризик. Це означає, що вони не бачать реальної небезпеки в тому, що роблять, не усвідомлюють ані ризикованості небезпечних практик, ані того, що ризикована поведінка може призвести до негативних наслідків (тілесні ушкодження, інвалідність, смерть).

РИЗИКОВАНІ ПРАКТИКИ – види екстремальної діяльності, спрямовані на отримання «гострих» відчуттів через пошук пригод і випробувань у повсякденних ситуаціях, що створюють загрозу для здоров'я та життя підлітка, який бере або хоче взяти в них участь.

Ризиковані практики поділяються на:

- підконтрольні (екстремальні види спорту);
- невідконтрольні (розваги неповнолітніх, які можуть призвести навіть до смерті).

Ризиковані практики використовуються неповнолітніми як засіб довести собі або оточенню власну силу, сміливість, витривалість тощо. Більшість таких дій підпадають під термін «невиправданий ризик», вчиняються підлітками на спір або внаслідок перевірки одне одного «на слабо» з метою отримання відповідного статусу в оточенні однолітків. Режим доступу: https://www.unicef.org/ukraine/media/21421/file/destructive_behavior.pdf].

Часто підлітки схильні недооцінювати ступінь власного ризику, бо не мають достатньої інформації щодо ризикованої поведінки та її наслідків, вважаючи, що саме з ними – нічого лихого статися не може.

Перегляд відео (10 хв.). ЖАХЛИВІ НАСЛІДКИ! Підліток отримав **ТЯЖКІ ОПІКИ!** Чим небезпечний зачепінг та руферство?
<https://www.youtube.com/watch?v=xwenfAQbEUg>

Далі робота ведеться підготовленими підлітками-тренерами в малих групах. Групи створюються по кількості учасників, але не менше 3.

Питання для обговорення.

1. Чому підліткам так подобаються такі небезпечні форми поведінки?
2. Чи вони вважають їх небезпечними, якщо добре підготуватися, чи всі жахливі наслідки-це, скоріше, вигадка дорослих ніж реальний стан речей?
3. Чи варто дослухатися до думки дорослих, якщо у підлітковому віці дитина вже здатна самостійно приймати рішення, бо вона уже сама доросла і все знає?

Після обговорення в групах, загальні висновки кожної групи презентуються усім учасникам. Важливим підсумком цієї роботи повинно стати виділення питань, які не знаходять однозначного схвалення в усіх підлітків. Їх обговорення продовжується через обговорення конкретної життєвої ситуації у наступній частині тренінгу.

Практична частина. Моделювання ситуацій (25 хв)

Ситуація. Літо. Канікули. Підлітки нудьгують. Вирішують піти до закинутої, будівлі і погратися там. Ідея позмагатися хто спритніший, сміливіший і сильніший з'явилась спонтанно. Для визначення переможця придумали випробування. Залізти на дах будівлі і стрибнути вниз. Будівля невисока, але напівзруйнована. Тому, щоб дістатися до даху треба подолати ще й «смугу перешкод».

Завдання-відповісти на питання: «Чи ти будеш брати участь у такій «грі»? Для відповіді кожний учасник отримує три стікери різного кольору.

Зелений означає «ні», жовтий «не знаю», червоний «так». Кожний учасник обирає для себе тільки один стікер і чіпляє на дошку у відповідну колонку.

Далі треба пояснити свій вибір. Для обговорення пропонується три питання: «Чи підтримуєте такий спосіб проведення вільного часу?», «Які ризики для себе ви бачите /не бачите в такій поведінці?» «Чи може така поведінка зашкодити іншим людям?» Всі бажаючі мають можливість висловити свою думку.

Завдання підлітків-тренерів:

1. Створити умови для відкритого і щирого діалогу:

- мені теж подобаються відео з демонстрацією екстремальної поведінки підлітків;

- я теж колись хотів спробувати;
- я розумію, що це цікаво і захоплює.

2. Виявити причини прихильності учасника до такого виду дозвілля.

- що особисто тобі хочеться отримати від такої практики – відчутти адреналін, бути членом групи (щоб поважали і не називали «слабаком», показати, що ти найкращий тощо.

3. Пояснення ризиків:

- навести приклади травматичних випадків, що сталися іншими людьми (друзі, знайомі, або його особистий досвід);
- навести приклади наслідків для здоров'я і ризиків для життя.

4. Запропонувати альтернативу:

- безпечні альтернативні види спорту та активності, які доступні в гуртках та клубах ЗПО у своїй місцевості (скелелазіння, паркур у спеціально відведених місцях, екстремальні види спорту із професійними інструкторами..)

- запропонувати познайомити із своїми друзями (тренером, керівником гуртка), які мають безпосереднє відношення до таких гуртків і секцій.

Мета: надати можливість учасникам усвідомити причини ризикованої поведінки і наслідки цього для здоров'я.

Підведення підсумків.

Які висновки можна зробити після виконання цієї вправи?

Отже, не все в житті варто пробувати на дотик, на смак, на зір, на запах, на відчуття... Якщо ти знаєш про наслідки, розумієш ступінь ризику, ти робиш здоровий вибір. А це говорить лише про одне – про відповідальне ставлення до власного здоров'я та життя.

III. Заключна частина (15 хв.)

Вправа «Корисні знання». Педагог-тренер пропонує учасникам подумати і стисло записати на маленьких кольорових стікерах продовження фрази: «Сьогодні я дізнався про...». Після цього всі по колу озвучують свої записи і прикріплюють на плакат під назвою «Кошик корисних знань».

На завершення тренер пропонує кожному поділитися з групою своєю позитивною емоцією. Для цього всі стають у коло і закінчують фразу : «Я бажаю всім не потрапляти в неприємні історії і хочу порадити бути ... (яким? якою?)

Інформація для тренера: Похваліть усіх учасників і побажайте їм так само чітко і згуртовано працювати надалі.

Н.2.8. Заняття 8.

ТРЕНІНГ «СТРЕСОСТІЙКІСТЬ У СУЧАСНОМУ СВІТІ»

Мета: формування у вихованців закладу позашкільної освіти ціннісного ставлення до психологічного здоров'я, а також навичок емоційного самоконтролю та стресостійкості.

Виконавці: психолог.

I. Вступна частина (15 хв.)

Привітання учасників та ознайомлення з темою тренінгу.

Вправа «Очікування» (учасники висловлюють свої очікування від тренінгу та записують їх на стікерах).

Ознайомлення з поняттям стресу: його фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти.

Мотиваційна міні-лекція: «Чи можна уникнути стресу?»

II. Основна частина (65 хв.)

1. Визначення власного рівня стресостійкості (15 хв.)

Інтерактивна вправа «Мій стрес-профіль»: учасники заповнюють короткий тест на визначення рівня стресостійкості.

Аналіз результатів та обговорення: які фактори викликають найбільший стрес у житті учасників?

2. Психологічні техніки управління стресом (30 хв.)

1) Дихальні практики для швидкого зняття стресу (10 хв.)

Метод «Квадратне дихання».

Практика «4–7–8»: вдих, затримка дихання, видих.

2) Методи м'язової релаксації (10 хв.)

Вправа «Напруга – розслаблення» (техніка Джекобсона): поетапне розслаблення груп м'язів для зняття фізичної напруги.

3) Когнітивні техніки управління стресом (10 хв.)

Метод «Переоцінка ситуації»: переформулювання негативних думок у конструктивні.

Техніка «Тут і зараз»: фокусування на поточному моменті для зниження тривожності.

3. Групова робота: моделювання стресових ситуацій (20 хв.)

Учасники діляться на групи та отримують кейси з реальними ситуаціями, що можуть викликати стрес (наприклад, конфлікт у школі, невдача на змаганнях, перевантаженість навчанням).

Завдання: розробити стратегію конструктивного подолання стресу, використовуючи отримані знання.

Презентація рішень та обговорення.

III. Заключна частина (10 хв.)

1. Рефлексія «Що я виніс із тренінгу?» (5 хв.)

Учасники діляться своїми головними відкриттями та тим, що вони планують застосовувати у своєму житті.

2. Підбиття підсумків та завершення тренінгу (5 хв.)

Експериментатор узагальнює основні ідеї тренінгу та підкреслює важливість регулярного використання технік стресостійкості.

Надання рекомендацій щодо подальшої роботи над емоційною саморегуляцією.

Н.2.9. Заняття 9.

ПРОЄКТ «МІЙ ШЛЯХ ДО ЗДОРОВОГО ЖИТТЯ»

Мета: узагальнення та практичне застосування отриманих знань вихованців про здоровий спосіб життя.

Виконавці: методист з соціально-виховної роботи, керівники гуртків, батьки.

1. Ознайомлення з завданням (10 хв.)

Педагог пояснює мету та завдання проєкту, розповідає про можливі формати презентації (плакат, колаж, міні-сценка, короткий виступ, відеозвернення тощо). Дітям пропонується обрати тему з-поміж таких напрямків: фізична активність, здорове харчування, емоційне благополуччя, профілактика шкідливих звичок.

2. Формування груп та розподіл обов'язків (10 хв.)

Учасники об'єднуються у групи (по 3–5 осіб). Визначається, хто за що відповідатиме: збір інформації, візуальне оформлення, підготовка виступу тощо.

3. Робота над проєктами (30 хв.)

Учасники виконують дослідницьку та творчу частину. Вони обговорюють обрану тему, виділяють ключові аспекти, формують практичні рекомендації та оформлюють результати в обраному форматі. Наставник супроводжує процес, допомагаючи групам уточнювати основні ідеї та формулювання.

4. Репетиція виступів (15 хв.)

Команди готуються до презентації своїх напрацювань: тренують виступ,

удосконалюють візуальну частину, продумують відповіді на можливі запитання.

5. Захист проєктів (15 хв.)

Кожна команда або учасник презентує свій проєкт перед групою. Після кожної презентації відбувається коротке обговорення, де слухачі ставлять запитання та висловлюють коментарі.

6. Підведення підсумків та рефлексія (5 хв.)

Експериментатор організовує дискусію, у якій учасники обговорюють, що їм найбільше запам'яталося, які ідеї вони хотіли б реалізувати у власному житті.

Очікувані результати

Очікується, що учасники набудуть практичних навичок планування здорового способу життя, розвинуть навички самостійного аналізу та командної взаємодії. Завдяки активній участі у створенні власного проєкту вони усвідомлять важливість формування корисних звичок, а також підвищиться рівень мотивації до їх цілеспрямованого плекання.

Н.2.10. Заняття 10.

РОЛЬОВА ГРА «Я – ПРИКЛАД ДЛЯ ІНШИХ»

Мета: формування у вихованців відповідального ставлення до власного здоров'я та усвідомлення їхнього впливу на оточуючих.

Виконавці: методист з соціально-виховної роботи, старші підлітки-волонтери

І. Організаційний блок (10 хв.)

1. Привітання учасників та оголошення теми гри.

Педагог вітає учасників та пояснює, що гра дозволить їм відчувати себе у ролі людей, які впливають на інших своїм прикладом. Він звертає увагу на те, що здоровий спосіб життя – це не лише особистий вибір, а й можливість мотивувати інших змінювати власні звички.

2. Розподіл на команди та ознайомлення з правилами гри.

Учасники поділяються на невеликі групи (по 4–5 осіб). Кожна команда отримає свою рольову ситуацію, яку вони мають обіграти, продемонструвавши, як можна позитивно впливати на оточення через власну поведінку.

3. Налаштування на активну роботу.

Коротка вправа «Мій найкращий приклад» – учасники по черзі називають одну позитивну звичку, яку вони підтримують у своєму житті (наприклад, регулярні заняття спортом, відмова від фастфуду, дотримання режиму дня).

II. Змістовний блок (40 хв.)

1. Розподіл ролей та опрацювання ситуацій (15 хв.)

Кожна команда отримує картку з описом конкретної життєвої ситуації, у якій необхідно виявити відповідальне ставлення до здоров'я та мотивувати інших змінити звички. Наприклад:

- Друг почав регулярно вживати енергетики – як його переконати, що це шкодить здоров'ю?
- У шкільній компанії заведено палити електронні сигарети – як відмовитися і при цьому не втратити повагу друзів?
- Родина не приділяє уваги здоровому харчуванню – як мотивувати батьків змінити звички?
- Однокласник веде малорухливий спосіб життя – як допомогти йому долучитися до спорту?

Учасники обговорюють свої ситуації у командах, визначають ключові проблеми та розробляють варіанти дій.

2. Презентація сценок (15 хв.)

Команди по черзі розігрують свої ситуації перед іншими учасниками. Під час презентацій модератор звертає увагу на ефективність комунікативних стратегій, аргументів та способів переконання.

3. Колективний аналіз сценок (10 хв.)

Після кожної сценки ведучий запитує у глядачів:

- Які аргументи були найбільш переконливими?
- Як би ви діяли у такій ситуації?
- Чи могли б запропонувати альтернативний підхід?

Учасники разом обговорюють можливі шляхи підвищення ефективності дій у подібних життєвих обставинах.

ІІІ. Підсумковий блок (10 хв.)

1. Рефлексія учасників. Педагог пропонує учасникам відповісти на запитання:

- Що було найцікавішим у грі?
- Який висновок вони зробили для себе?
- Як вони можуть застосовувати ці навички у реальному житті?

2. Висновки та мотиваційне завершення

Ведучий наголошує на тому, що бути прикладом для інших – це не означає нав'язувати комусь власну думку, а передусім вести здоровий спосіб життя і демонструвати його переваги через власні дії.

Н.2.11. Заняття 11.

ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ КОНСУЛЬТАЦІЙ «ЯК ПІДТРИМУВАТИ ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ ЩОДНЯ?»

Мета: персоналізовані рекомендації щодо здорового способу життя з урахуванням їхніх особистих потреб, інтересів і можливостей.

Виконавці: психолог закладу

1. Встановлення контакту та визначення запиту

Психолог-консультант вітає вихованця та створює довірливу атмосферу для відкритого спілкування. Він ставить уточнювальні запитання, щоб зрозуміти, які саме аспекти здорового способу життя найбільше цікавлять учасника та з якими труднощами він стикається у повсякденному житті. Можливі запитання: Що для тебе означає здоровий спосіб життя? Які звички тобі вдалося впровадити за час проходження програми? З якими труднощами ти стикаєшся, коли намагаєшся дотримуватися здорового способу життя? Чи

є у тебе запитання, пов'язані з харчуванням, фізичною активністю чи психологічним благополуччям?

2. Аналіз індивідуального стилю життя. Психолог спільно з вихованцем аналізує його щоденні звички, розпорядок дня, харчові вподобання, рівень фізичної активності та емоційного стану. Для цього використовується метод саморефлексії та обговорення: Як виглядає твій типовий день? Чи маєш ти час на фізичну активність? Як ти організовуєш свій режим харчування? Чи вистачає тобі сну та відпочинку? Як ти справляєшся зі стресом?

3. Формування персональних рекомендацій. На основі аналізу консультант дає індивідуальні поради, спрямовані на вдосконалення здорових звичок. Вони включають конкретні та реалістичні дії, які можна легко інтегрувати у повсякденне життя вихованця. Наприклад:

Якщо учасник має низький рівень фізичної активності, пропонуються варіанти рухової активності, які відповідають його інтересам (велоспорт, йога, командні ігри).

Якщо є труднощі з харчуванням, обговорюються способи збалансованого раціону з урахуванням доступних продуктів.

Якщо вихованець часто відчуває стрес або втому, йому рекомендують техніки релаксації, дихальні вправи або правильну організацію відпочинку.

4. Створення особистого плану дій. Вихованець спільно з експериментатором визначає конкретні цілі на найближчий період, які допоможуть йому підтримувати здоровий спосіб життя. Кожна мета має бути вимірюваною та досяжною, наприклад: протягом наступного тижня щодня робити ранкову розминку по 10 хвилин, замінити солодкі газовані напої на воду або натуральні соки, організувати вечірній режим, щоб лягати спати не пізніше 22:30.

5. Отримання зворотного зв'язку. На завершення педагог-тренер підбиває підсумки зустрічі, підкреслюючи сильні сторони вихованця та його потенціал у впровадженні здорових звичок. Він наголошує на тому, що

невеликі зміни, зроблені сьогодні, можуть мати значний позитивний вплив на майбутнє. Вихованець отримує можливість висловити свої враження від консультації, а також задати додаткові питання. Закінчується зустріч позитивним налаштуванням та підтримкою вихованця у подальшій роботі над собою.

Н.2.12. Заняття 12.

СЦЕНАРІЙ ПРОВЕДЕННЯ ПІДСУМКОВОГО ФЕСТИВАЛЮ «ЗДОРОВ'Я В МОЄМУ ЖИТТІ»

Мета: підведення підсумків роботи програми та натхнення до подальшого дотримання здорового способу життя.

Виконавці: методист з соціально-виховної роботи, Керівники гуртків, батьки

1. Вітальна частина. Ведучий оголошує початок фестивалю та вітає всіх учасників; виступ запрошеного спеціаліста (лікар), який ділиться власним досвідом щодо важливості здорових звичок.

2. Презентація напрацювань учасників. Учасники фестивалю презентують свої індивідуальні та групові проекти, створені в рамках програми; демонструються відеоролики, постери, фото та творчі роботи, що ілюструють їхній шлях до формування корисних звичок; відбувається обговорення змін, які учасники помітили у своєму житті за час реалізації програми.

3. Інтерактивні майстер-класи. Учасники розподіляються за різними тематичними локаціями, де можуть спробувати на практиці корисні навички, отримані в рамках програми; «здорова кухня» – приготування корисних перекусів за рекомендаціями нутриціологів; «рух – це життя» – короткий комплекс вправ для підтримки активності в повсякденному житті; «релакс-зона» – практики дихальних вправ та медитацій для зниження стресу.

4. Реалізація спортивно-оздоровчої активності: командні естафети та рухливі ігри для залучення всіх учасників; флешмоб «Разом до здоров'я» –

спільний танцювальний або спортивний виступ.

5. Нагородження: вручення сертифікатів про участь у програмі; нагородження найактивніших учасників та команд у різних номінаціях («Здоровий лідер», «Найкреативніший проєкт», «Найспортивніша команда» тощо); символічна передача естафети здорового способу життя – учасники діляться своїми обіцянками продовжувати дотримуватися корисних звичок.

6. Підведення підсумків. Підсумкове слово педагога-організатора; вітальні виступи батьків і учасників програми; обговорення подальших планів щодо підтримки здорового способу життя; фотосесія на згадку та неформальне спілкування.

Додаток П

**Результати контрольної діагностики (формувальний етап експерименту)
сформованості когнітивного критерію ціннісного ставлення до здоров'я
у дітей контрольної та експериментальної групи**

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
Контрольна група (N = 95)				
1	3	33	36	Середній
2	2	33	35	Середній
3	4	37	41	Середній
4	2	32	34	Середній
5	4	41	45	Середній
6	2	36	38	Середній
7	4	31	35	Середній
8	2	44	46	Середній
9	2	44	46	Середній
10	2	31	33	Середній
11	4	39	43	Середній
12	3	40	43	Середній
13	2	31	33	Середній
14	3	30	33	Середній
15	2	35	37	Середній
16	4	46	50	Високий
17	4	39	43	Середній
18	3	38	41	Середній
19	2	34	36	Середній
20	2	38	40	Середній
21	3	43	46	Середній
22	2	49	51	Високий
23	2	31	33	Середній
24	1	37	38	Середній
25	3	35	38	Середній
26	2	31	33	Середній
27	1	29	30	Низький
28	2	36	38	Середній
29	2	47	49	Середній
30	3	29	32	Низький
31	3	38	41	Середній
32	3	23	26	Низький
33	2	38	40	Середній
34	3	40	43	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
35	3	53	56	Високий
36	5	41	46	Середній
37	1	43	44	Середній
38	3	41	44	Середній
39	2	33	35	Середній
40	3	31	34	Середній
41	1	24	25	Низький
42	1	34	35	Середній
43	4	56	60	Високий
44	1	41	42	Середній
45	3	41	44	Середній
46	3	31	34	Середній
47	2	31	33	Середній
48	1	25	26	Низький
49	3	35	38	Середній
50	3	26	29	Низький
51	2	41	43	Середній
52	3	45	48	Середній
53	4	39	43	Середній
54	1	46	47	Середній
55	4	46	50	Високий
56	3	40	43	Середній
57	3	44	47	Середній
58	3	43	46	Середній
59	3	22	25	Низький
60	3	23	26	Низький
61	2	49	51	Високий
62	4	23	27	Низький
63	1	33	34	Середній
64	1	41	42	Середній
65	5	28	33	Середній
66	1	31	32	Низький
67	2	45	47	Середній
68	3	32	35	Середній
69	3	11	14	Низький
70	3	31	34	Середній
71	4	45	49	Середній
72	2	30	32	Низький
73	3	31	34	Середній
74	4	36	40	Середній
75	2	28	30	Низький
76	1	35	36	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
77	4	27	31	Низький
78	1	23	24	Низький
79	4	40	44	Середній
80	4	29	33	Середній
81	2	47	49	Середній
82	4	29	33	Середній
83	5	41	46	Середній
84	2	43	45	Середній
85	3	38	41	Середній
86	3	27	30	Низький
87	1	36	37	Середній
88	1	41	42	Середній
89	2	36	38	Середній
90	2	42	44	Середній
91	3	34	37	Середній
92	2	32	34	Середній
93	2	30	32	Низький
94	2	39	41	Середній
95	2	33	35	Середній
96	2	20	22	Низький
97	2	61	63	Високий
98	3	51	54	Високий
99	2	39	41	Середній
100	3	31	34	Середній
101	3	47	50	Високий
102	3	18	21	Низький
103	2	24	26	Низький
104	3	39	42	Середній
105	2	41	43	Середній
106	2	45	47	Середній
107	3	37	40	Середній
108	3	35	38	Середній
109	2	18	20	Низький
110	2	15	17	Низький
111	2	50	52	Високий
112	3	22	25	Низький
113	2	25	27	Низький
114	2	30	32	Низький
115	2	44	46	Середній
116	3	33	36	Середній
117	2	21	23	Низький
118	3	47	50	Високий

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
119	2	36	38	Середній
120	2	30	32	Низький
121	3	54	57	Високий
122	2	15	17	Низький
123	4	40	44	Середній
124	2	30	32	Низький
125	2	22	24	Низький
126	3	15	18	Низький
127	3	48	51	Високий
128	2	60	62	Високий
129	2	19	21	Низький
130	3	38	41	Середній
131	3	47	50	Високий
132	2	47	49	Середній
133	2	47	49	Середній
134	2	41	43	Середній
135	2	47	49	Середній
136	3	33	36	Середній
137	2	33	35	Середній
138	3	43	46	Середній
139	2	39	41	Середній
140	3	43	46	Середній
141	2	36	38	Середній
142	3	44	47	Середній
143	3	36	39	Середній
144	3	32	35	Середній
145	3	41	44	Середній
146	3	49	52	Високий
147	2	38	40	Середній
148	3	16	19	Низький
149	3	43	46	Середній
150	3	41	44	Середній
151	3	31	34	Середній
152	2	31	33	Середній
153	3	36	39	Середній
154	3	35	38	Середній
155	3	26	29	Низький
156	3	53	56	Високий
157	2	20	22	Низький
158	2	35	37	Середній
159	2	48	50	Високий
160	3	42	45	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
161	2	64	66	Високий
162	3	39	42	Середній
163	3	41	44	Середній
164	2	43	45	Середній
165	3	24	27	Низький
166	3	21	24	Низький
167	2	33	35	Середній
168	3	29	32	Низький
169	3	32	35	Середній
170	3	24	27	Низький
171	2	23	25	Низький
172	3	36	39	Середній
173	3	22	25	Низький
174	3	40	43	Середній
175	2	36	38	Середній
176	3	34	37	Середній
177	3	46	49	Середній
178	2	18	20	Низький
179	3	28	31	Низький
180	3	30	33	Середній
181	3	34	37	Середній
182	2	60	62	Високий
183	3	25	28	Низький
184	3	51	54	Високий
185	4	39	43	Середній
186	2	52	54	Високий
187	3	44	47	Середній
188	3	27	30	Низький
189	3	35	38	Середній
190	2	25	27	Низький
Середнє	2,59	35,88	38,47	
Експериментальна група (N = 94)				
1	4	33	37	Середній
2	4	53	57	Високий
3	4	40	44	Середній
4	5	47	52	Високий
5	4	26	30	Низький
6	2	27	29	Низький
7	3	40	43	Середній
8	5	35	40	Середній
9	4	43	47	Середній
10	3	34	37	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
11	5	44	49	Середній
12	3	44	47	Середній
13	4	26	30	Низький
14	2	53	55	Високий
15	3	28	31	Низький
16	5	49	54	Високий
17	4	23	27	Низький
18	3	34	37	Середній
19	5	41	46	Середній
20	2	40	42	Середній
21	3	26	29	Низький
22	3	44	47	Середній
23	3	30	33	Середній
24	2	40	42	Середній
25	5	56	61	Високий
26	1	43	44	Середній
27	2	40	42	Середній
28	2	41	43	Середній
29	4	42	46	Середній
30	5	49	54	Високий
31	2	36	38	Середній
32	4	28	32	Низький
33	4	39	43	Середній
34	4	32	36	Середній
35	5	41	46	Середній
36	2	55	57	Високий
37	3	41	44	Середній
38	4	55	59	Високий
39	4	52	56	Високий
40	4	49	53	Високий
41	2	38	40	Середній
42	4	45	49	Середній
43	4	47	51	Високий
44	1	46	47	Середній
45	2	25	27	Низький
46	4	43	47	Середній
47	1	43	44	Середній
48	4	29	33	Середній
49	2	29	31	Низький
50	5	44	49	Середній
51	4	33	37	Середній
52	4	46	50	Високий

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
53	2	48	50	Високий
54	5	24	29	Низький
55	3	30	33	Середній
56	5	37	42	Середній
57	5	32	37	Середній
58	4	52	56	Високий
59	5	49	54	Високий
60	2	45	47	Середній
61	3	30	33	Середній
62	4	58	62	Високий
63	4	50	54	Високий
64	3	28	31	Низький
65	2	54	56	Високий
66	1	51	52	Високий
67	5	34	39	Середній
68	4	46	50	Високий
69	5	32	37	Середній
70	3	38	41	Середній
71	4	20	24	Низький
72	4	35	39	Середній
73	2	39	41	Середній
74	3	47	50	Високий
75	3	38	41	Середній
76	5	49	54	Високий
77	5	41	46	Середній
78	2	48	50	Високий
79	4	40	44	Середній
80	2	36	38	Середній
81	3	45	48	Середній
82	5	23	28	Низький
83	3	53	56	Високий
84	3	36	39	Середній
85	3	60	63	Високий
86	4	43	47	Середній
87	5	47	52	Високий
88	5	43	48	Середній
89	5	33	38	Середній
90	5	34	39	Середній
91	3	30	33	Середній
92	4	54	58	Високий
93	4	41	45	Середній
94	3	23	26	Низький

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
95	3	60	63	Високий
96	4	45	49	Середній
97	4	47	51	Високий
98	4	38	42	Середній
99	3	37	40	Середній
100	4	50	54	Високий
101	4	59	63	Високий
102	3	23	26	Низький
103	4	34	38	Середній
104	3	57	60	Високий
105	3	60	63	Високий
106	4	38	42	Середній
107	3	51	54	Високий
108	3	57	60	Високий
109	3	31	34	Середній
110	4	63	67	Високий
111	3	44	47	Середній
112	3	30	33	Середній
113	5	40	45	Середній
114	3	43	46	Середній
115	3	40	43	Середній
116	4	36	40	Середній
117	3	16	19	Низький
118	3	20	23	Низький
119	4	47	51	Високий
120	3	36	39	Середній
121	4	60	64	Високий
122	4	47	51	Високий
123	4	16	20	Низький
124	3	30	33	Середній
125	4	16	20	Низький
126	3	32	35	Середній
127	4	50	54	Високий
128	4	39	43	Середній
129	3	56	59	Високий
130	4	32	36	Середній
131	4	35	39	Середній
132	4	42	46	Середній
133	4	49	53	Високий
134	4	31	35	Середній
135	4	42	46	Середній
136	3	44	47	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
137	4	25	29	Низький
138	4	27	31	Низький
139	3	31	34	Середній
140	3	51	54	Високий
141	3	19	22	Низький
142	4	35	39	Середній
143	3	43	46	Середній
144	2	56	58	Високий
145	3	43	46	Середній
146	4	41	45	Середній
147	3	41	44	Середній
148	4	39	43	Середній
149	3	45	48	Середній
150	4	58	62	Високий
151	3	41	44	Середній
152	4	16	20	Низький
153	4	34	38	Середній
154	4	59	63	Високий
155	4	36	40	Середній
156	4	32	36	Середній
157	4	46	50	Високий
158	3	22	25	Низький
159	3	47	50	Високий
160	3	45	48	Середній
161	2	44	46	Середній
162	4	47	51	Високий
163	4	31	35	Середній
164	4	57	61	Високий
165	3	38	41	Середній
166	4	37	41	Середній
167	4	35	39	Середній
168	4	39	43	Середній
169	3	39	42	Середній
170	4	44	48	Середній
171	3	36	39	Середній
172	3	49	52	Високий
173	4	30	34	Середній
174	4	42	46	Середній
175	4	19	23	Низький
176	3	20	23	Низький
177	4	28	32	Низький
178	3	45	48	Середній

№ респ.	Методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча	«Профіль здорового способу життя» С. Уолкер	Сумарний показник сформованості когнітивного критерію	Рівень сформованості когнітивного критерію
	Термінальна цінність «Здоров'я (фізичне та психічне)»	Результат за питаннями когнітивного критерію		
179	4	42	46	Середній
180	4	60	64	Високий
181	4	35	39	Середній
182	1	44	45	Середній
183	3	47	50	Високий
184	4	27	31	Низький
185	3	35	38	Середній
186	3	49	52	Високий
187	4	51	55	Високий
188	4	38	42	Середній
Середнє	3,52	40,03	43,55	

Додаток Р

**Результати контрольної діагностики сформованості мотиваційного
критерію ціннісного ставлення до здоров'я у дітей контрольної та
експериментальної групи**

№ респ.	HPLP-II С. Уолкер			
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Бал	Рівень	Бал	Рівень
1	110	Середній	109	Середній
2	132	Середній	133	Середній
3	91	Низький	115	Середній
4	126	Середній	139	Середній
5	117	Середній	80	Низький
6	130	Середній	108	Середній
7	106	Середній	100	Низький
8	119	Середній	101	Низький
9	120	Середній	126	Середній
10	128	Середній	147	Середній
11	110	Середній	164	Високий
12	126	Середній	130	Середній
13	110	Середній	141	Середній
14	130	Середній	110	Середній
15	112	Середній	144	Середній
16	112	Середній	122	Середній
17	135	Середній	103	Низький
18	94	Низький	106	Середній
19	107	Середній	116	Середній
20	109	Середній	130	Середній
21	97	Низький	122	Середній
22	107	Середній	127	Середній
23	138	Середній	139	Середній
24	135	Середній	123	Середній
25	110	Середній	104	Низький
26	95	Низький	80	Низький
27	140	Середній	93	Низький
28	109	Середній	175	Високий
29	123	Середній	143	Середній
30	130	Середній	159	Високий
31	105	Середній	133	Середній
32	128	Середній	143	Середній
33	100	Низький	121	Середній
34	103	Низький	142	Середній
35	121	Середній	136	Середній
36	125	Середній	138	Середній
37	123	Середній	107	Середній
38	135	Середній	78	Низький
39	108	Середній	129	Середній
40	105	Середній	143	Середній
41	125	Середній	114	Середній

№ респ.	HPLP-II С. Уолкер			
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Бал	Рівень	Бал	Рівень
42	81	Низький	152	Середній
43	109	Середній	108	Середній
44	95	Низький	125	Середній
45	117	Середній	115	Середній
46	146	Середній	137	Середній
47	136	Середній	154	Середній
48	100	Низький	110	Середній
49	105	Середній	87	Низький
50	111	Середній	151	Середній
51	100	Низький	100	Низький
52	114	Середній	145	Середній
53	102	Низький	102	Низький
54	123	Середній	198	Високий
55	108	Середній	91	Низький
56	120	Середній	143	Середній
57	147	Середній	151	Середній
58	104	Низький	64	Низький
59	92	Низький	88	Низький
60	129	Середній	91	Низький
61	103	Низький	139	Середній
62	111	Середній	96	Низький
63	101	Низький	81	Низький
64	92	Низький	122	Середній
65	138	Середній	95	Низький
66	106	Середній	113	Середній
67	92	Низький	151	Середній
68	125	Середній	141	Середній
69	111	Середній	133	Середній
70	110	Середній	140	Середній
71	127	Середній	154	Середній
72	109	Середній	99	Низький
73	105	Середній	135	Середній
74	115	Середній	102	Низький
75	148	Середній	115	Середній
76	106	Середній	104	Низький
77	120	Середній	148	Середній
78	142	Середній	141	Середній
79	96	Низький	127	Середній
80	81	Низький	133	Середній
81	108	Середній	177	Високий
82	111	Середній	130	Середній
83	124	Середній	97	Низький
84	98	Низький	166	Високий
85	131	Середній	123	Середній
86	117	Середній	168	Високий
87	113	Середній	126	Середній
88	146	Середній	134	Середній

№ респ.	HPLP-II С. Уолкер			
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Бал	Рівень	Бал	Рівень
89	92	Низький	118	Середній
90	115	Середній	132	Середній
91	93	Низький	105	Середній
92	96	Низький	126	Середній
93	121	Середній	112	Середній
94	114	Середній	135	Середній
95	148	Середній	116	Середній
96	118	Середній	122	Середній
97	119	Середній	143	Середній
98	105	Середній	126	Середній
99	125	Середній	132	Середній
100	112	Середній	129	Середній
101	120	Середній	123	Середній
102	109	Середній	110	Середній
103	110	Середній	119	Середній
104	133	Середній	134	Середній
105	126	Середній	129	Середній
106	105	Середній	131	Середній
107	111	Середній	123	Середній
108	114	Середній	115	Середній
109	124	Середній	128	Середній
110	108	Середній	121	Середній
111	119	Середній	118	Середній
112	130	Середній	131	Середній
113	111	Середній	135	Середній
114	119	Середній	116	Середній
115	121	Середній	108	Середній
116	120	Середній	137	Середній
117	118	Середній	135	Середній
118	106	Середній	142	Середній
119	100	Низький	137	Середній
120	106	Середній	109	Середній
121	119	Середній	144	Середній
122	110	Середній	126	Середній
123	102	Низький	119	Середній
124	106	Середній	127	Середній
125	122	Середній	145	Середній
126	115	Середній	112	Середній
127	110	Середній	129	Середній
128	119	Середній	127	Середній
129	104	Низький	143	Середній
130	111	Середній	132	Середній
131	112	Середній	119	Середній
132	104	Низький	122	Середній
133	101	Низький	118	Середній
134	104	Низький	127	Середній
135	104	Низький	126	Середній

№ респ.	HPLP-II С. Уолкер			
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Бал	Рівень	Бал	Рівень
136	115	Середній	120	Середній
137	109	Середній	123	Середній
138	133	Середній	120	Середній
139	116	Середній	121	Середній
140	118	Середній	125	Середній
141	114	Середній	132	Середній
142	97	Низький	120	Середній
143	124	Середній	125	Середній
144	115	Середній	134	Середній
145	100	Низький	124	Середній
146	127	Середній	106	Середній
147	104	Низький	121	Середній
148	136	Середній	110	Середній
149	124	Середній	129	Середній
150	111	Середній	132	Середній
151	118	Середній	130	Середній
152	112	Середній	128	Середній
153	113	Середній	107	Середній
154	99	Низький	123	Середній
155	103	Низький	129	Середній
156	119	Середній	123	Середній
157	94	Низький	130	Середній
158	107	Середній	133	Середній
159	121	Середній	118	Середній
160	114	Середній	114	Середній
161	96	Низький	113	Середній
162	125	Середній	138	Середній
163	124	Середній	129	Середній
164	129	Середній	120	Середній
165	154	Середній	140	Середній
166	140	Середній	127	Середній
167	130	Середній	128	Середній
168	108	Середній	111	Середній
169	126	Середній	122	Середній
170	107	Середній	119	Середній
171	109	Середній	116	Середній
172	100	Низький	105	Середній
173	192	Високий	120	Середній
174	112	Середній	121	Середній
175	121	Середній	130	Середній
176	104	Низький	125	Середній
177	110	Середній	119	Середній
178	108	Середній	115	Середній
179	120	Середній	112	Середній
180	107	Середній	110	Середній
181	104	Низький	147	Середній
182	104	Низький	112	Середній

№ респ.	HPLP-II С. Уолкер			
	Контрольна група		Експериментальна група	
	Бал	Рівень	Бал	Рівень
183	113	Середній	131	Середній
184	116	Середній	124	Середній
185	101	Низький	141	Середній
186	125	Середній	138	Середній
187	102	Низький	102	Низький
188	125	Середній	126	Середній
189	104	Низький	124,50	
190	99	Низький		
Середнє	114,63			

Додаток С

**Результати контрольної діагностики сформованості емоційного
критерію ціннісного ставлення до здоров'я у дітей контрольної та
експериментальної групи**

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
Контрольна група					
1	2	4	3	9	Середній
2	4	2	4	10	Середній
3	5	4	3	12	Високий
4	4	4	4	12	Високий
5	4	4	1	9	Середній
6	3	4	4	11	Середній
7	4	3	4	11	Середній
8	1	4	2	7	Середній
9	3	1	5	9	Середній
10	4	4	3	11	Середній
11	4	5	3	12	Високий
12	4	4	2	10	Середній
13	3	3	4	10	Середній
14	4	4	5	13	Високий
15	5	4	3	12	Високий
16	4	4	3	11	Середній
17	1	5	3	9	Середній
18	4	4	3	11	Середній
19	4	1	3	8	Середній
20	4	4	2	10	Середній
21	4	4	3	11	Середній
22	5	4	3	12	Високий
23	2	4	4	10	Середній
24	5	4	4	13	Високий
25	3	1	5	9	Середній
26	3	4	5	12	Високий
27	4	4	3	11	Середній
28	4	4	0	8	Середній
29	4	4	4	12	Високий
30	4	3	4	11	Середній
31	4	5	3	12	Високий
32	1	4	3	8	Середній
33	4	4	5	13	Високий
34	4	4	2	10	Середній
35	3	4	4	11	Середній
36	4	1	4	9	Середній
37	5	4	4	13	Високий
38	2	4	5	11	Середній
39	4	4	3	11	Середній
40	4	4	4	12	Високий
41	3	5	1	9	Середній

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
42	4	4	2	10	Середній
43	4	4	3	11	Середній
44	3	4	3	10	Середній
45	3	1	4	8	Середній
46	4	4	4	12	Високий
47	3	4	3	10	Середній
48	4	1	3	8	Середній
49	4	3	4	11	Середній
50	2	3	5	10	Середній
51	4	4	3	11	Середній
52	5	2	5	12	Високий
53	4	3	3	10	Середній
54	4	4	4	12	Високий
55	4	4	3	11	Середній
56	4	4	2	10	Середній
57	4	4	4	12	Високий
58	4	1	4	9	Середній
59	4	5	3	12	Високий
60	2	4	4	10	Середній
61	5	4	5	14	Високий
62	4	1	3	8	Середній
63	4	4	4	12	Високий
64	5	4	5	14	Високий
65	4	5	2	11	Середній
66	4	5	4	13	Високий
67	4	5	3	12	Високий
68	4	5	5	14	Високий
69	5	4	4	13	Високий
70	4	4	3	11	Середній
71	1	5	5	11	Середній
72	3	3	3	9	Середній
73	4	4	5	13	Високий
74	4	3	3	10	Середній
75	4	1	4	9	Середній
76	5	5	4	14	Високий
77	4	4	3	11	Середній
78	4	4	2	10	Середній
79	5	4	3	12	Високий
80	4	4	5	13	Високий
81	4	5	3	12	Високий
82	5	4	4	13	Високий
83	4	4	5	13	Високий
84	5	4	3	12	Високий
85	4	3	4	11	Середній
86	5	4	2	11	Середній
87	2	5	4	11	Середній
88	3	4	4	11	Середній
89	4	5	3	12	Високий

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
90	5	4	4	13	Високий
91	5	4	4	13	Високий
92	5	4	3	12	Високий
93	4	4	2	10	Середній
94	4	4	4	12	Високий
95	4	1	2	7	Середній
96	4	5	5	14	Високий
97	5	4	1	10	Середній
98	3	5	1	9	Середній
99	4	3	7	14	Високий
100	4	4	3	11	Середній
101	4	3	5	12	Високий
102	4	4	3	11	Середній
103	5	3	4	12	Високий
104	3	3	5	11	Середній
105	4	5	4	13	Високий
106	2	5	5	12	Високий
107	5	3	2	10	Середній
108	4	3	4	11	Середній
109	4	4	3	11	Середній
110	2	4	5	11	Середній
111	4	5	2	11	Середній
112	3	4	3	10	Середній
113	4	5	3	12	Високий
114	4	4	3	11	Середній
115	5	2	5	12	Високий
116	3	3	2	8	Середній
117	2	3	1	6	Низький
118	4	3	4	11	Середній
119	4	4	3	11	Середній
120	5	4	4	13	Високий
121	5	4	5	14	Високий
122	6	3	5	14	Високий
123	3	4	2	9	Середній
124	3	3	1	7	Середній
125	4	4	5	13	Високий
126	3	3	3	9	Середній
127	5	4	2	11	Середній
128	5	5	3	13	Високий
129	4	4	3	11	Середній
130	3	4	3	10	Середній
131	3	3	4	10	Середній
132	3	4	3	10	Середній
133	3	3	5	11	Середній
134	3	4	4	11	Середній
135	3	3	4	10	Середній
136	5	4	2	11	Середній
137	5	4	4	13	Високий

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
138	4	4	1	9	Середній
139	4	3	5	12	Високий
140	2	5	3	10	Середній
141	3	5	5	13	Високий
142	4	4	4	12	Високий
143	4	5	3	12	Високий
144	3	3	1	7	Середній
145	3	3	4	10	Середній
146	1	4	6	11	Середній
147	2	4	4	10	Середній
148	4	4	5	13	Високий
149	5	4	4	13	Високий
150	3	4	4	11	Середній
151	5	5	5	15	Високий
152	5	4	5	14	Високий
153	2	3	5	10	Середній
154	5	3	2	10	Середній
155	5	4	5	14	Високий
156	5	3	5	13	Високий
157	2	3	4	9	Середній
158	4	4	3	11	Середній
159	4	3	2	9	Середній
160	5	4	4	13	Високий
161	3	3	2	8	Середній
162	5	3	3	11	Середній
163	3	4	2	9	Середній
164	2	3	3	8	Середній
165	5	3	5	13	Високий
166	4	4	3	11	Середній
167	5	2	4	11	Середній
168	5	4	5	14	Високий
169	4	4	5	13	Високий
170	3	3	2	8	Середній
171	6	4	3	13	Високий
172	3	5	1	9	Середній
173	3	4	2	9	Середній
174	3	5	2	10	Середній
175	5	4	3	12	Високий
176	4	3	4	11	Середній
177	4	4	4	12	Високий
178	4	3	4	11	Середній
179	5	5	2	12	Високий
180	3	3	5	11	Середній
181	3	4	1	8	Середній
182	4	3	3	10	Середній
183	5	4	5	14	Високий
184	4	4	5	13	Високий
185	4	4	5	13	Високий

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
186	4	4	2	10	Середній
187	4	5	2	11	Середній
188	5	4	2	11	Середній
189	4	3	4	11	Середній
190	3	4	4	11	Середній
Середнє	3,8	3,7	3,5	11,0	
Експериментальна група					
1	4	4	5	13	Високий
2	5	4	5	14	Високий
3	4	5	4	13	Високий
4	5	5	3	13	Високий
5	4	4	4	12	Високий
6	3	4	5	12	Високий
7	5	5	4	14	Високий
8	4	5	3	12	Високий
9	5	5	4	14	Високий
10	4	5	5	14	Високий
11	4	5	5	14	Високий
12	3	4	5	12	Високий
13	4	5	4	13	Високий
14	4	3	3	10	Середній
15	3	4	4	11	Середній
16	4	5	3	12	Високий
17	4	5	3	12	Високий
18	4	4	4	12	Високий
19	5	3	5	13	Високий
20	4	5	3	12	Високий
21	5	4	3	12	Високий
22	4	3	4	11	Середній
23	5	4	5	14	Високий
24	4	5	5	14	Високий
25	5	5	4	14	Високий
26	4	5	5	14	Високий
27	4	4	3	11	Середній
28	5	4	5	14	Високий
29	4	4	3	11	Середній
30	5	3	4	12	Високий
31	4	4	4	12	Високий
32	4	4	4	12	Високий
33	5	4	4	13	Високий
34	5	4	5	14	Високий
35	5	4	3	12	Високий
36	4	4	4	12	Високий
37	5	4	5	14	Високий
38	4	4	5	13	Високий
39	4	5	5	14	Високий
40	4	4	5	13	Високий
41	4	4	3	11	Середній

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
42	5	4	5	14	Високий
43	4	4	5	13	Високий
44	5	4	4	13	Високий
45	3	5	4	12	Високий
46	4	4	4	12	Високий
47	5	4	4	13	Високий
48	4	5	5	14	Високий
49	4	4	3	11	Середній
50	4	5	4	13	Високий
51	4	4	5	13	Високий
52	5	4	4	13	Високий
53	4	5	3	12	Високий
54	5	4	3	12	Високий
55	4	4	5	13	Високий
56	3	4	5	12	Високий
57	4	4	5	13	Високий
58	5	4	3	12	Високий
59	4	5	4	13	Високий
60	4	5	4	13	Високий
61	5	5	3	13	Високий
62	5	4	4	13	Високий
63	4	3	5	12	Високий
64	4	5	4	13	Високий
65	4	4	4	12	Високий
66	4	4	3	11	Середній
67	5	5	4	14	Високий
68	5	3	3	11	Середній
69	4	4	5	13	Високий
70	4	5	4	13	Високий
71	4	4	4	12	Високий
72	5	5	5	15	Високий
73	4	4	4	12	Високий
74	4	4	5	13	Високий
75	4	5	4	13	Високий
76	5	4	4	13	Високий
77	5	5	3	13	Високий
78	4	4	5	13	Високий
79	3	4	3	10	Середній
80	3	4	5	12	Високий
81	4	5	5	14	Високий
82	5	4	4	13	Високий
83	4	4	5	13	Високий
84	4	4	4	12	Високий
85	3	5	4	12	Високий
86	4	5	3	12	Високий
87	5	5	5	15	Високий
88	4	5	4	13	Високий
89	4	4	5	13	Високий

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
90	4	5	4	13	Високий
91	4	5	5	14	Високий
92	4	4	4	12	Високий
93	4	5	5	14	Високий
94	5	4	3	12	Високий
95	4	4	4	12	Високий
96	4	4	5	13	Високий
97	4	5	5	14	Високий
98	4	5	4	13	Високий
99	4	5	4	13	Високий
100	4	3	4	11	Середній
101	4	5	4	13	Високий
102	4	5	4	13	Високий
103	3	4	5	12	Високий
104	5	4	3	12	Високий
105	5	5	4	14	Високий
106	4	5	3	12	Високий
107	4	4	3	11	Середній
108	4	5	4	13	Високий
109	4	5	5	14	Високий
110	4	4	4	12	Високий
111	4	5	4	13	Високий
112	4	4	3	11	Середній
113	4	4	5	13	Високий
114	3	5	3	11	Середній
115	4	4	4	12	Високий
116	5	5	4	14	Високий
117	5	4	4	13	Високий
118	5	5	3	13	Високий
119	4	5	3	12	Високий
120	5	4	5	14	Високий
121	4	4	4	12	Високий
122	5	4	5	14	Високий
123	5	5	3	13	Високий
124	3	4	3	10	Середній
125	5	4	4	13	Високий
126	5	4	5	14	Високий
127	4	5	4	13	Високий
128	3	3	5	11	Середній
129	4	4	4	12	Високий
130	5	5	4	14	Високий
131	5	4	4	13	Високий
132	5	4	5	14	Високий
133	4	4	4	12	Високий
134	5	4	5	14	Високий
135	4	5	5	14	Високий
136	5	4	3	12	Високий
137	4	5	2	11	Середній

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
138	4	3	4	11	Середній
139	4	4	4	12	Високий
140	5	4	3	12	Високий
141	4	5	4	13	Високий
142	5	5	4	14	Високий
143	4	5	4	13	Високий
144	4	5	5	14	Високий
145	5	4	5	14	Високий
146	4	5	5	14	Високий
147	4	5	3	12	Високий
148	5	5	4	14	Високий
149	4	4	3	11	Середній
150	4	5	5	14	Високий
151	3	5	4	12	Високий
152	4	3	3	10	Середній
153	4	5	4	13	Високий
154	4	3	4	11	Середній
155	4	5	4	13	Високий
156	4	4	3	11	Середній
157	5	5	4	14	Високий
158	3	5	3	11	Середній
159	4	3	4	11	Середній
160	4	5	5	14	Високий
161	4	4	5	13	Високий
162	4	5	3	12	Високий
163	3	4	3	10	Середній
164	4	5	4	13	Високий
165	4	5	4	13	Високий
166	3	4	4	11	Середній
167	4	4	5	13	Високий
168	5	5	4	14	Високий
169	4	4	4	12	Високий
170	5	4	4	13	Високий
171	4	4	5	13	Високий
172	4	4	4	12	Високий
173	4	4	4	12	Високий
174	4	5	4	13	Високий
175	3	4	5	12	Високий
176	3	5	3	11	Середній
177	3	4	4	11	Середній
178	4	4	2	10	Середній
179	5	3	5	13	Високий
180	4	4	4	12	Високий
181	3	4	4	11	Середній
182	4	5	4	13	Високий
183	5	5	4	14	Високий
184	4	4	4	12	Високий
185	4	4	5	13	Високий

№ респ.	Змістовий критерій	Критерій кольорової гами	Символічний критерій	Загальна оцінка емоційного критерію	
186	4	4	3	11	Середній
187	4	4	4	12	Високий
188	5	5	3	13	Високий
Середнє	4,2	4,3	4,1	12,7	

Додаток Т

**Результати контрольної діагностики сформованості поведінкового
критерію ціннісного ставлення до здоров'я у дітей контрольної та
експериментальної групи**

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
Контрольна група				
1	7	6	13	Середній
2	7	7	14	Середній
3	6	3	9	Середній
4	9	5	14	Середній
5	7	8	15	Високий
6	7	8	15	Високий
7	6	7	13	Середній
8	9	5	14	Середній
9	8	9	17	Високий
10	7	5	12	Середній
11	5	6	11	Середній
12	9	4	13	Середній
13	10	7	17	Високий
14	5	8	13	Середній
15	7	7	14	Середній
16	9	5	14	Середній
17	8	7	15	Високий
18	6	8	14	Середній
19	8	6	14	Середній
20	8	8	16	Високий
21	9	8	17	Високий
22	9	7	16	Високий
23	9	3	12	Середній
24	8	6	14	Середній
25	8	9	17	Високий
26	7	8	15	Високий
27	9	5	14	Середній
28	8	5	13	Середній
29	8	8	16	Високий
30	8	7	15	Високий
31	9	5	14	Середній
32	9	8	17	Високий
33	8	10	18	Високий
34	8	5	13	Середній
35	8	7	15	Високий
36	8	8	16	Високий
37	7	9	16	Високий
38	9	9	18	Високий
39	9	10	19	Високий
40	6	4	10	Середній

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
41	9	7	16	Високий
42	8	5	13	Середній
43	9	8	17	Високий
44	6	8	14	Середній
45	8	4	12	Середній
46	10	8	18	Високий
47	7	6	13	Середній
48	8	9	17	Високий
49	7	5	12	Середній
50	7	7	14	Середній
51	7	9	16	Високий
52	9	7	16	Високий
53	9	9	18	Високий
54	8	8	16	Високий
55	10	6	16	Високий
56	9	7	16	Високий
57	8	7	15	Високий
58	7	5	12	Середній
59	7	7	14	Середній
60	8	4	12	Середній
61	9	5	14	Середній
62	7	8	15	Високий
63	9	9	18	Високий
64	10	9	19	Високий
65	8	4	12	Середній
66	9	7	16	Високий
67	8	7	15	Високий
68	8	4	12	Середній
69	10	9	19	Високий
70	7	10	17	Високий
71	8	7	15	Високий
72	8	7	15	Високий
73	8	7	15	Високий
74	8	7	15	Високий
75	8	6	14	Середній
76	10	7	17	Високий
77	10	5	15	Високий
78	10	9	19	Високий
79	8	8	16	Високий
80	8	5	13	Середній
81	8	8	16	Високий
82	7	9	16	Високий
83	9	6	15	Високий
84	8	4	12	Середній
85	9	6	15	Високий
86	10	9	19	Високий
87	6	8	14	Середній

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
88	10	6	16	Високий
89	7	4	11	Середній
90	8	9	17	Високий
91	7	4	11	Середній
92	9	7	16	Високий
93	6	8	14	Середній
94	6	7	13	Середній
95	9	6	15	Високий
96	9	10	19	Високий
97	8	7	15	Високий
98	7	6	13	Середній
99	9	6	15	Високий
100	7	6	13	Середній
101	9	5	14	Середній
102	8	7	15	Високий
103	8	8	16	Високий
104	8	9	17	Високий
105	9	7	16	Високий
106	10	8	18	Високий
107	8	7	15	Високий
108	8	7	15	Високий
109	10	6	16	Високий
110	9	5	14	Середній
111	8	8	16	Високий
112	9	7	16	Високий
113	10	7	17	Високий
114	8	5	13	Середній
115	7	6	13	Середній
116	6	7	13	Середній
117	10	8	18	Високий
118	7	8	15	Високий
119	6	6	12	Середній
120	8	6	14	Середній
121	9	6	15	Високий
122	9	6	15	Високий
123	10	5	15	Високий
124	7	7	14	Середній
125	10	6	16	Високий
126	7	6	13	Середній
127	10	5	15	Високий
128	7	6	13	Середній
129	8	7	15	Високий
130	8	6	14	Середній
131	7	7	14	Середній
132	9	6	15	Високий
133	8	8	16	Високий
134	8	8	16	Високий

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
135	9	7	16	Високий
136	7	7	14	Середній
137	6	8	14	Середній
138	7	4	11	Середній
139	8	5	13	Середній
140	8	5	13	Середній
141	7	7	14	Середній
142	7	5	12	Середній
143	8	7	15	Високий
144	7	8	15	Високий
145	7	7	14	Середній
146	6	6	12	Середній
147	9	7	16	Високий
148	6	6	12	Середній
149	7	7	14	Середній
150	8	7	15	Високий
151	10	7	17	Високий
152	8	8	16	Високий
153	7	8	15	Високий
154	9	9	18	Високий
155	9	4	13	Середній
156	8	7	15	Високий
157	9	8	17	Високий
158	7	5	12	Середній
159	8	6	14	Середній
160	6	8	14	Середній
161	10	5	15	Високий
162	7	8	15	Високий
163	9	6	15	Високий
164	9	8	17	Високий
165	7	8	15	Високий
166	10	5	15	Високий
167	8	7	15	Високий
168	9	4	13	Середній
169	9	6	15	Високий
170	7	5	12	Середній
171	8	7	15	Високий
172	7	6	13	Середній
173	8	6	14	Середній
174	9	10	19	Високий
175	9	5	14	Середній
176	7	6	13	Середній
177	8	7	15	Високий
178	8	9	17	Високий
179	8	8	16	Високий
180	8	8	16	Високий
181	10	9	19	Високий

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
182	9	7	16	Високий
183	7	7	14	Середній
184	7	6	13	Середній
185	8	9	17	Високий
186	5	6	11	Середній
187	7	7	14	Середній
188	9	6	15	Високий
189	9	8	17	Високий
190	8	6	14	Середній
Середнє	8,0	6,8	14,8	
Експериментальна група				
1	8	8	16	Високий
2	10	9	19	Високий
3	8	8	16	Високий
4	8	7	15	Високий
5	9	10	19	Високий
6	8	5	13	Середній
7	9	7	16	Високий
8	9	5	14	Середній
9	8	7	15	Високий
10	8	8	16	Високий
11	6	7	13	Середній
12	9	8	17	Високий
13	9	3	12	Середній
14	9	9	18	Високий
15	9	8	17	Високий
16	7	10	17	Високий
17	10	10	20	Високий
18	6	6	12	Середній
19	10	7	17	Високий
20	7	8	15	Високий
21	9	7	16	Високий
22	10	5	15	Високий
23	10	7	17	Високий
24	8	9	17	Високий
25	9	7	16	Високий
26	10	4	14	Середній
27	9	8	17	Високий
28	6	6	12	Середній
29	8	10	18	Високий
30	8	6	14	Середній
31	10	9	19	Високий
32	10	7	17	Високий
33	9	2	11	Середній
34	10	9	19	Високий
35	8	10	18	Високий
36	9	5	14	Середній

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
37	9	8	17	Високий
38	9	8	17	Високий
39	9	6	15	Високий
40	9	6	15	Високий
41	9	7	16	Високий
42	8	8	16	Високий
43	8	8	16	Високий
44	7	6	13	Середній
45	9	6	15	Високий
46	6	10	16	Високий
47	8	7	15	Високий
48	8	8	16	Високий
49	8	7	15	Високий
50	9	7	16	Високий
51	6	6	12	Середній
52	8	10	18	Високий
53	9	7	16	Високий
54	9	9	18	Високий
55	6	5	11	Середній
56	8	9	17	Високий
57	10	7	17	Високий
58	8	6	14	Середній
59	7	7	14	Середній
60	10	10	20	Високий
61	10	9	19	Високий
62	10	7	17	Високий
63	8	8	16	Високий
64	7	8	15	Високий
65	9	2	11	Середній
66	9	7	16	Високий
67	10	9	19	Високий
68	8	5	13	Середній
69	8	6	14	Середній
70	9	6	15	Високий
71	10	6	16	Високий
72	6	7	13	Середній
73	7	8	15	Високий
74	10	8	18	Високий
75	10	10	20	Високий
76	10	4	14	Середній
77	10	7	17	Високий
78	7	8	15	Високий
79	9	7	16	Високий
80	6	8	14	Середній
81	8	9	17	Високий
82	10	5	15	Високий
83	9	8	17	Високий

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
84	10	4	14	Середній
85	8	5	13	Середній
86	6	7	13	Середній
87	8	7	15	Високий
88	9	8	17	Високий
89	7	9	16	Високий
90	8	7	15	Високий
91	8	7	15	Високий
92	8	6	14	Середній
93	7	10	17	Високий
94	9	6	15	Високий
95	10	7	17	Високий
96	10	9	19	Високий
97	9	7	16	Високий
98	8	6	14	Середній
99	9	6	15	Високий
100	9	7	16	Високий
101	8	6	14	Середній
102	9	7	16	Високий
103	9	6	15	Високий
104	8	9	17	Високий
105	8	6	14	Середній
106	8	8	16	Високий
107	8	9	17	Високий
108	9	7	16	Високий
109	9	7	16	Високий
110	10	8	18	Високий
111	8	7	15	Високий
112	8	8	16	Високий
113	9	5	14	Середній
114	9	6	15	Високий
115	8	5	13	Середній
116	7	8	15	Високий
117	9	9	18	Високий
118	8	7	15	Високий
119	8	7	15	Високий
120	8	9	17	Високий
121	9	9	18	Високий
122	9	7	16	Високий
123	8	9	17	Високий
124	9	8	17	Високий
125	8	9	17	Високий
126	8	8	16	Високий
127	9	7	16	Високий
128	9	9	18	Високий
129	8	7	15	Високий
130	9	7	16	Високий

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
131	8	8	16	Високий
132	10	7	17	Високий
133	8	9	17	Високий
134	9	7	16	Високий
135	8	8	16	Високий
136	8	7	15	Високий
137	8	5	13	Середній
138	9	6	15	Високий
139	8	7	15	Високий
140	8	8	16	Високий
141	8	7	15	Високий
142	7	8	15	Високий
143	9	6	15	Високий
144	9	8	17	Високий
145	9	6	15	Високий
146	7	7	14	Середній
147	8	7	15	Високий
148	9	8	17	Високий
149	8	8	16	Високий
150	9	7	16	Високий
151	9	8	17	Високий
152	8	7	15	Високий
153	9	7	16	Високий
154	9	6	15	Високий
155	8	6	14	Середній
156	9	8	17	Високий
157	7	8	15	Високий
158	9	6	15	Високий
159	9	10	19	Високий
160	9	7	16	Високий
161	9	8	17	Високий
162	8	5	13	Середній
163	9	9	18	Високий
164	9	8	17	Високий
165	10	7	17	Високий
166	8	8	16	Високий
167	9	5	14	Середній
168	8	7	15	Високий
169	9	8	17	Високий
170	9	7	16	Високий
171	9	6	15	Високий
172	7	8	15	Високий
173	8	7	15	Високий
174	8	8	16	Високий
175	8	6	14	Середній
176	10	7	17	Високий
177	8	8	16	Високий

№ респ.	Експертна оцінка батьків	Експертна оцінка педагогів	Загальна оцінка поведінкового критерію	Рівень
178	8	8	16	Високий
179	9	6	15	Високий
180	10	7	17	Високий
181	8	8	16	Високий
182	8	7	15	Високий
183	9	7	16	Високий
184	9	9	18	Високий
185	8	8	16	Високий
186	8	6	14	Середній
187	8	7	15	Високий
188	9	6	15	Високий
Середнє	8,5	7,2	15,7	

Додаток У

**Результати обрахунку загального рівня вираженості ціннісного
ставлення до здоров'я у дітей контрольної та експериментальної групи
на формувальному етапі експерименту**

№ респ.	Контрольна група		Експериментальна група	
	Сумарний бал	Рівень	Сумарний бал	Рівень
1	168	Середній	175	Середній
2	191	Середній	223	Середній
3	153	Середній	188	Середній
4	186	Середній	219	Середній
5	186	Середній	141	Низький
6	194	Середній	162	Середній
7	165	Середній	173	Середній
8	186	Середній	167	Середній
9	192	Середній	202	Середній
10	184	Середній	214	Середній
11	176	Середній	240	Високий
12	192	Середній	206	Середній
13	170	Середній	196	Середній
14	189	Середній	193	Середній
15	175	Середній	203	Середній
16	187	Середній	205	Середній
17	202	Середній	162	Середній
18	160	Середній	167	Середній
19	165	Середній	192	Середній
20	175	Середній	199	Середній
21	171	Середній	179	Середній
22	186	Середній	200	Середній
23	193	Середній	203	Середній
24	200	Середній	196	Середній
25	174	Середній	195	Середній
26	155	Середній	152	Середній
27	195	Середній	163	Середній
28	168	Середній	244	Високий
29	200	Середній	218	Середній
30	188	Середній	239	Високий
31	172	Середній	202	Середній
32	179	Середній	204	Середній
33	171	Середній	188	Середній
34	169	Середній	211	Середній
35	203	Середній	212	Середній
36	196	Середній	221	Середній
37	196	Середній	182	Середній
38	208	Середній	167	Середній
39	173	Середній	214	Середній
40	161	Середній	224	Середній
41	175	Середній	181	Середній
42	139	Низький	231	Високий

№ респ.	Контрольна група		Експериментальна група	
	Сумарний бал	Рівень	Сумарний бал	Рівень
43	197	Середній	188	Середній
44	161	Середній	198	Середній
45	181	Середній	169	Середній
46	210	Середній	212	Середній
47	192	Середній	226	Середній
48	151	Середній	173	Середній
49	166	Середній	144	Низький
50	164	Середній	229	Середній
51	170	Середній	162	Середній
52	190	Середній	226	Середній
53	173	Середній	180	Середній
54	198	Середній	257	Високий
55	185	Середній	148	Низький
56	189	Середній	214	Середній
57	221	Середній	218	Середній
58	171	Середній	146	Низький
59	143	Низький	169	Середній
60	177	Середній	171	Середній
61	182	Середній	204	Середній
62	161	Середній	188	Середній
63	165	Середній	163	Середній
64	167	Середній	181	Середній
65	194	Середній	174	Середній
66	167	Середній	192	Середній
67	166	Середній	223	Середній
68	186	Середній	215	Середній
69	157	Середній	197	Середній
70	172	Середній	209	Середній
71	202	Середній	206	Середній
72	165	Середній	166	Середній
73	167	Середній	203	Середній
74	180	Середній	183	Середній
75	201	Середній	189	Середній
76	173	Середній	185	Середній
77	177	Середній	224	Середній
78	195	Середній	219	Середній
79	168	Середній	197	Середній
80	140	Низький	197	Середній
81	185	Середній	256	Високий
82	173	Середній	186	Середній
83	198	Середній	183	Середній
84	167	Середній	231	Високий
85	198	Середній	211	Середній
86	177	Середній	240	Високий
87	175	Середній	208	Середній
88	215	Середній	212	Середній
89	153	Середній	185	Середній
90	189	Середній	199	Середній

№ респ.	Контрольна група		Експериментальна група	
	Сумарний бал	Рівень	Сумарний бал	Рівень
91	154	Середній	167	Середній
92	158	Середній	210	Середній
93	177	Середній	188	Середній
94	180	Середній	188	Середній
95	205	Середній	208	Середній
96	173	Середній	203	Середній
97	207	Середній	224	Середній
98	181	Середній	195	Середній
99	195	Середній	200	Середній
100	170	Середній	210	Середній
101	196	Середній	213	Середній
102	156	Середній	165	Середній
103	164	Середній	184	Середній
104	203	Середній	223	Середній
105	198	Середній	220	Середній
106	182	Середній	201	Середній
107	176	Середній	205	Середній
108	178	Середній	204	Середній
109	171	Середній	192	Середній
110	150	Середній	218	Середній
111	198	Середній	193	Середній
112	181	Середній	191	Середній
113	167	Середній	207	Середній
114	175	Середній	188	Середній
115	192	Середній	176	Середній
116	177	Середній	206	Середній
117	165	Середній	185	Середній
118	182	Середній	193	Середній
119	161	Середній	215	Середній
120	165	Середній	179	Середній
121	205	Середній	238	Високий
122	156	Середній	207	Середній
123	170	Середній	169	Середній
124	159	Середній	187	Середній
125	175	Середній	195	Середній
126	155	Середній	177	Середній
127	187	Середній	212	Середній
128	207	Середній	199	Середній
129	151	Середній	229	Середній
130	176	Середній	198	Середній
131	186	Середній	187	Середній
132	178	Середній	199	Середній
133	177	Середній	200	Середній
134	174	Середній	192	Середній
135	179	Середній	202	Середній
136	176	Середній	194	Середній
137	171	Середній	176	Середній
138	199	Середній	177	Середній

№ респ.	Контрольна група		Експериментальна група	
	Сумарний бал	Рівень	Сумарний бал	Рівень
139	182	Середній	182	Середній
140	187	Середній	207	Середній
141	179	Середній	182	Середній
142	168	Середній	188	Середній
143	190	Середній	199	Середній
144	172	Середній	223	Середній
145	168	Середній	199	Середній
146	202	Середній	179	Середній
147	170	Середній	192	Середній
148	180	Середній	184	Середній
149	197	Середній	204	Середній
150	181	Середній	224	Середній
151	184	Середній	203	Середній
152	175	Середній	173	Середній
153	177	Середній	174	Середній
154	165	Середній	212	Середній
155	159	Середній	196	Середній
156	203	Середній	187	Середній
157	142	Низький	209	Середній
158	167	Середній	184	Середній
159	194	Середній	198	Середній
160	186	Середній	192	Середній
161	185	Середній	189	Середній
162	193	Середній	214	Середній
163	192	Середній	192	Середній
164	199	Середній	211	Середній
165	209	Середній	211	Середній
166	190	Середній	195	Середній
167	191	Середній	194	Середній
168	167	Середній	183	Середній
169	189	Середній	193	Середній
170	154	Середній	196	Середній
171	162	Середній	183	Середній
172	161	Середній	184	Середній
173	240	Високий	181	Середній
174	184	Середній	196	Середній
175	185	Середній	179	Середній
176	165	Середній	176	Середній
177	186	Середній	178	Середній
178	156	Середній	189	Середній
179	179	Середній	186	Середній
180	167	Середній	203	Середній
181	168	Середній	213	Середній
182	192	Середній	185	Середній
183	169	Середній	211	Середній
184	196	Середній	185	Середній
185	174	Середній	208	Середній
186	200	Середній	215	Середній

№ респ.	Контрольна група		Експериментальна група	
	Сумарний бал	Рівень	Сумарний бал	Рівень
187	174	Середній	184	Середній
188	181	Середній	196	Середній
189	170	Середній	196,40	
190	151	Середній		
Середнє	178,93			

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Наукові статті у фахових виданнях України

1. Пей Ян. Соціально-педагогічні умови формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2025. № 1. С. 137–143. DOI: <https://doi.org/10.12958/3083-6514-2025-1-137-143>

2. Пей Ян. Теоретико-методологічні засади формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти. *Наукові записки. Психолого-педагогічні науки*. 2024. № 4. С. 131–136.

DOI: <https://doi.org/10.31654/2663-4902-2024-PP-4-131-136>

3. Пей Ян. Обґрунтування діагностичного інструментарію дослідження ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського*. 2025. № 1 (150). С. 124–131.

DOI: <https://doi.org/10.24195/2617-6688-2025-1-18>

Розділ у колективній монографії

4. Пей Ян. Критерії, рівні та показники розвитку ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти. *Aktualne problemy społeczne Ukrainy i Polski. Nowoczesne tendencje w pracy socjalnej i praktyce pedagogicznej: monografia*. Red. nauk.: H. Bejger, O. Lisovets, S. Borysiuk. Chełm: Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie; Chełmskie Towarzystwo Naukowe, 2025. 292 s. С. 165–179. URL: <https://panschelm.edu.pl/wp-content/uploads/2025/07/AktualneProblemySpolUAiPol.pdf>

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

5. Пей Ян. Розвиток освітньо-виховного потенціалу закладу

позашкільної освіти в умовах інтеграції в європейський освітній простір. *Молодь і сучасні тренди наукової думки* : зб. тез доп. Всеукр. мультидисц. наук.-практ. інтернет-конф., м. Ніжин, 01 бер. 2024 р. / упоряд. Н. О. Івахно. Ніжин, 2024. С. 235–240.

6. Пей Ян. Теоретичні аспекти формування ціннісного ставлення до власного здоров'я дітей молодшого шкільного віку. *Науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення* : зб. матеріалів VIII Міжн. наук.-практ. конф. (21 травня 2024 р., м. Ніжин) / за ред. О. В. Лісовця, С. О. Борисюк. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2024. 187 с. С. 47–49.

7. Пей Ян. Партнерство – запорука успішного розвитку здоров'язберезувального середовища закладу позашкільної освіти. *Партнерська взаємодія у системі інститутів соціальної сфери* : зб. матеріалів V Міжн. наук.-практ. конф. (26 лист. 2024 р., м. Ніжин) / За заг. ред. О. В. Лісовця. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2024. С. 190–193.

8. Пей Ян. Формування ціннісного ставлення особистості до здоров'я в умовах закладу освіти: теоретичний аспект. *Вісник студентського наукового товариства* : зб. наук. пр. студентів, магістрантів і аспірантів / за заг. ред. О. В. Мельничука. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2024. Вип. 30. С. 213–217.

9. Пей Ян. Культурно-історична ретроспектива проблеми формування ціннісного ставлення особистості до власного здоров'я. *Молодь і сучасні тренди наукової думки* : зб. тез доп. Всеукр. мультидисц. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Ніжин, 15 квіт. 2025 р.) / упоряд. Н. М. Демченко. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2025. С. 70–74.

10. Пей Ян. Вплив ідей просвітництва на розвиток сучасної теорії і практики формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти. *Актуальні проблеми в системі освіти: загальноосвітній заклад середньої освіти – доуніверситетська підготовка – заклад вищої освіти*. Київ, 2025. № 1(5). С. 479–484.

DOI: <https://doi.org/10.18372/2786-5487.1.20302>

Відомості про апробацію результатів дисертації

Основні положення й результати дослідження представлено в доповідях і повідомленнях на науково-практичних конференціях різних рівнів:

міжнародних – «Науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення» (м. Ніжин, 2024 р., 2025 р.), «Партнерська взаємодія у системі інститутів соціальної сфери» (м. Ніжин, 26 листопада 2024 р.), «Актуальні проблеми в системі освіти: заклад загальної середньої освіти – доуніверситетська підготовка – заклад вищої освіти» (м. Київ, 20 лютого 2025 р.);

всеукраїнських – «Молодь і сучасні тренди наукової думки» (м. Ніжин 2024р., 2025р.);

університетських – «Молодь у науці» (м. Ніжин, 2023 р., 2024 р.).



СКВИРСЬКИЙ ЦЕНТР ДИТЯЧОЇ ТА ЮНАЦЬКОЇ ТВОРЧОСТІ
СКВИРСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

вул. Болсуновського Карла, 55, м. Сквир, Київська область, 09001, тел.:(04568) 5-29-00;

e-mail: rzdyt_2011@ukr.net; код ЄДРПОУ 25303664

04.09.2025 № 84

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Пей Ян

на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 011 Освітні, педагогічні науки

на тему «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу
позашкільної освіти»

У закладі позашкільної освіти Сквирський центр дитячої та юнацької творчості Сквирської міської ради Київської області упродовж 2022-2025 рр. проводилася експериментальна робота щодо апробації та впровадження результатів дисертаційної дослідження Пей Ян «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти» (протокол засідання педагогічної ради від 08.09.2022 № 2).

Проведена експериментальна робота підтвердила актуальність обраної теми дослідження, ефективність запропонованого дослідницького інструментарію.

Розроблена Програма формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти отримала високу оцінку педагогів і методистів Центру. Її впровадження сприяло підвищенню ефективності виховних та профілактичних заходів щодо підвищення здоров'язбережувальної компетентності вихованців. Методичні матеріали та практичні рекомендації використано під час розроблення і реалізації гурткових програм, спрямованих на формування здорового способу життя, удосконалення змісту оздоровчо-профілактичної роботи, активізації участі вихованців у соціальних і проектних ініціативах.

Проведена експериментальна робота свідчить про те, що дисертаційне дослідження Пей Ян на тему «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти» має важливе теоретичне і практичне значення, що дозволяє рекомендувати використовувати його результати у формуванні ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти України.

Директор

Леся ЛУБКІВСЬКА

ВІДДІЛ ОСВІТИ ВИКОНАВЧОГО КОМІТЕТУ
ПУТИВЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
**КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД - ЦЕНТР ПОЗАШКІЛЬНОЇ РОБОТИ
ПУТИВЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
(ЦПР)**

проспект Іоанна Путивльського, 77, м. Путивль, Сумська область, 41500,
E-mail: putivl_cpr@ukr.net, Web: <http://www.cpr-putivl.org.ua/>, Код ЄДРПОУ 31359070
17.02.2025 № 41

Довідка
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Пей Ян

на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 011 Освітні, педагогічні науки
на тему «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу
позашкільної освіти»

Результати дисертаційного дослідження Пей Ян «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти» впроваджувалися в роботу Комунального закладу – центр позашкільної роботи Путивльської міської ради впродовж 2022 -2025 років.

Пей Ян було розроблено та апробовано зміст, форми і методи багатоеlementної дослідно-експериментальної роботи з вихованцями ЦПР у формуванні їх ціннісного ставлення до здоров'я.

Проведена експериментальна робота за авторською методикою формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладу позашкільної освіти створювала сприятливі умови для підвищення рівня їхньої соціальної та громадянської вихованості.

Практика показала, що запровадження розробленої Пей Ян програми формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців позашкільних закладів та установ дозволяє істотно підвищити рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців комплексного закладу позашкільної освіти і тому отримала високу оцінку педагогів і методистів Центру.

У ході експериментальної роботи встановлено, що отримані результати впровадження дослідження Пей Ян на тему «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти» дозволяють істотно підвищити рівень конструктивного ставлення до власного здоров'я і формування ціннісних орієнтирів дітей та молоді у позашкільній діяльності та можуть бути рекомендовані для упровадження у практику виховної роботи закладів позашкільної освіти України.

Директор



Олена Чупрун



Україна
Управління культури і туризму
Хмельницької міської ради

**Х М Е Л Ї Н Ц Ь К А
Ш К О Л А М И С Т Е Ц Т В
« Р А Й Д У Г А »**

29025. Україна, м. Хмельницький, вул. Романа Шухевича, 9.
Тел. 78-39-34, 78-39-35 E-mail: RAYDUGA-art-school@email.ua

№ 01-25-24

18.02.2025

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Пей Ян

на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 011 Освітні, педагогічні науки

на тему: «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу
позашкільної освіти»

Довідка засвідчує, що протягом 2022-2025 н. р. у Хмельницькій школі мистецтв «Райдуга» Пей Ян здійснювала наукове дослідження на тему: «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти».

Проведене експериментальне дослідження рівня сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я вихованців закладу позашкільної мистецької освіти дозволило підтвердити провідну та системотвірну роль таких закладів у формуванні здоров'язберігаючих компетентностей здобувачів освіти, зокрема, конструктивного ціннісного ставлення до власного здоров'я.

Поетапне використання комплексного методичного інструментарію дозволив здійснити глибокий аналіз когнітивного, мотиваційного, емоційного та поведінкового критеріїв ставлення дітей до здоров'я.

Розроблена і запроваджена у навчально-виховний процес мистецької школи Методика формування ціннісного ставлення до здоров'я у здобувачів освіти отримала високу оцінку викладачів та батьків учнів.

Результати дисертаційного дослідження Пей Ян свідчать про його теоретичну та практичну значимість для роботи позашкільних установ з формування ціннісного ставлення до здоров'я своїх вихованців та можуть бути рекомендовані до впровадження у закладах позашкільної мистецької освіти України.

Директор Хмельницької
школи мистецтв «Райдуга»



Олена БОНДАР



УКРАЇНА
НІЖИНСЬКА МІСЬКА РАДА ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
УПРАВЛІННЯ ОСВІТИ
НІЖИНСЬКИЙ БУДИНОК ДІТЕЙ ТА ЮНАЦТВА
вул. БОГУНА, 14-Б, м. НІЖИН, 16607, тел. 7 – 19 – 15
E-mail: nbdul7@gmail.com Код ЄДРПОУ 26382884

Вих. № 33

Від 04.09.2025 р.

Довідка

Про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Пей Ян
на здобуття наукового ступеня доктора філософії
за спеціальністю 011 Освітні, педагогічні науки
на тему «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу
позашкільної освіти»

Протягом 2022-2025 навчальних років на базі Ніжинського Будинку дітей та юнацтва Пей Ян проводила дослідження присвячене формуванню ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти.

Проводилось апробування методик виявлення у вихованців рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я, вивчення діяльності Центру щодо формування соціальної та здоров'язберігаючої компетентності гуртківців, вивчався досвід організації освітньо-виховного процесу на засадах інтеграції навчально-розвиваючих і здоров'язберігаючих технологій, проводилися співбесіди з педагогами та батьками.

Теоретичні і практичні результати проведеного дослідження стали основою для запровадження в освітньо-виховний процес НБДЮ моделі формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти і програми її реалізації. Науково-методичні рекомендації щодо реалізації моделі і програма отримала позитивну оцінку педагогів і батьків.

Результати впровадження дослідження засвідчили позитивну динаміку у підвищенні інтересу до питань, пов'язаних із здоров'ям, способам його зміцнення та збереження в підлітковому віці, розумінні здоров'я як важливої життєвої цінності, зростання мотивації до здорового способу життя і безпечної поведінки, саморозвитку і самозбереження.

У ході дослідження встановлено, що результати дозволяють істотно підвищити рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладів позашкільної освіти та можуть бути рекомендовані для впровадження у практику позашкільної освіти в Україні.

Директор НБДЮ



Валерій ПРИМАЧЕНКО



**ЛЕБЕДИНСЬКА МІСЬКА РАДА
ЛЕБЕДИНСЬКИЙ ЦЕНТР ПОЗАШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ
ЛЕБЕДИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ
(ЛЕБЕДИНСЬКИЙ ЦПО)**

вул. Будильська, 8, м. Лебедин, Сумський район, Сумська область, 42200,
тел. (05445) 2 30 10, e-mail: cpo.lebedin@gmail.com, web: lcpo.com.ua
Код ЄДРПОУ 38192220

01.09.2025 №01-21/36

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Пей Ян

на здобуття наукового ступеня доктора філософії

за спеціальністю 011 Освітні, педагогічні науки

**з теми «Формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу
позашкільної освіти»**

Протягом 2022-2025 н.р. на базі Лебединського центру позашкільної освіти впроваджувалася освітня програма «Формування ціннісного ставлення до здоров'я у вихованців закладів позашкільної освіти» (протокол педради від 01.09.2022р №3). Проводилася експериментальна робота щодо апробації та упровадження результатів дисертаційної дослідження Пей Ян з теми «Формування ціннісних ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти».

Проведене дослідження підтвердило актуальність проблеми формування у вихованців ціннісного ставлення до здоров'я, необхідність оптимізації виховної роботи, пошуку і запровадження нових форм роботи щодо формування у дітей ставлення до здоров'я як важливої життєвої цінності.

В процесі експериментальної роботи за допомогою відповідного інструментарію відбувалося вивчення стану сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців закладу позашкільної освіти, проводилось апробування діагностичних методик. Результати аналізувалися у відповідності з розробленими критеріями, перевірялась ефективність розроблених дисертанткою форм і методів формування ціннісного ставлення до здоров'я вихованців підліткового віку.

У ході дослідження встановлено, що запропоновані і апробовані форми і методи роботи дозволяють істотно підвищити рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я вихованців та можуть бути рекомендовані для впровадження у практику роботи закладів позашкільної освіти України.

Директор



Алла ПОПОВА