

Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
Національної академії медичних наук України»

Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва
Національної академії медичних наук України»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

АВДІЄВСЬКА ОЛЕНА ГЕОРГІЇВНА

УДК 613.955:371.7+392.3

ДИСЕРТАЦІЯ
ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА УМОВ ФОРМУВАННЯ
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУЮЧОГО СЕРЕДОВИЩА В РОДИНАХ УЧНІВ
ЗАКЛАДІВ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

14.02.01. – Гігієна та професійна патологія

222 Медицина

22 - Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук.
Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ О.Г.Авдієвська

(підпис)

Науковий керівник:

Подрігало Леонід Володимирович,
доктор медичних наук, професор

Київ – 2021

АНОТАЦІЯ

Авдієвська О.Г. Гігієнічна оцінка умов формування здоров'язбережуючого середовища в родинях учнів закладів загальної середньої освіти. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.02.01 «Гігієна та професійна патологія» (222 - Медицина). - Державна установа «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків, 2020.

Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України», Київ, 2021.

Метою дисертаційної роботи є гігієнічна оцінка умов формування здоров'язбережуючого середовища в родинях дітей шкільного віку для удосконалення системи первинної профілактики неінфекційних захворювань учнів закладів загальної середньої освіти.

Завданням дисертаційної роботи було: дослідити гігієнічні та медико-соціальні проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей шкільного віку в умовах сучасної родини; встановити чинники ризику погіршення стану здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти, що обумовлені впливом родини; визначити чинники формування здоров'язбережуючого середовища в родинях учнів закладів загальної середньої освіти; виявити статеві та вікові особливості впливу родини на збереження і зміцнення здоров'я та формування навичок здорового способу життя дітей шкільного віку; обґрунтувати і розробити систему заходів збереження і зміцнення здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти в умовах родини.

Об'єктом дослідження був: процес формування освітнього середовища в родині і його вплив на здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти (ЗЗСО).

Предметом дослідження були: гігієнічні та медико-соціальні чинники освітнього середовища в родині, стан здоров'я та фізичний розвиток учнів

початкової та основної школи ЗЗСО, вплив родини на здоров'я дітей шкільного віку.

Дослідження були виконані за допомогою гігієнічних методів – для оцінки умов життєдіяльності учнів ЗЗСО в родині та закладі освіти; соціологічних методів – для оцінки рівня сформованості навичок здорового способу життя та здоров'яформуючої поведінки; клінічних методів – для оцінки стану здоров'я; психодіагностичних методів – визначення особистісних властивостей учнів; медико-статистичних методів – для статистичної обробки отриманих матеріалів, статистичних методів – для встановлення зв'язків між чинниками освітнього середовища родини, медико-соціальними і психологічними особливостями життєдіяльності учнів у родині та станом їх здоров'я, визначення чинників ризику.

За результатами досліджень дисертаційної роботи були визначені ключові фактори впливу родини на збереження та зміцнення здоров'я учнів початкової школи. Так, в родинях, де був відсутній батько (14,5 % родин в першому класі), діти мали більш високу поширеність розладів психіки та поведінки (621,6 ‰ – батько відсутній і 333,3 ‰ - батько є; $p < 0,01$), захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини (216,2 ‰ – батько відсутній і 129,6 ‰ - батько є; $p < 0,05$); родини, де сімейна ситуація розцінювалася самими батьками як конфліктна мали підвищення частоти розповсюдження розладів психіки та поведінки ($F = 3,7$; $p < 0,05$). Психологічний мікроклімат у сім'ї впливав на показники варіабельності серцевого ритму – підвищується індекс централізації – у дітей, де мікроклімат спокійний він дорівнює $5,1 \pm 0,6$, де є конфліктні стани – $8,7 \pm 1,5$ ($p < 0,05$). Регуляція серцевого ритму цих дітей більш централізована тобто напружена. Загальний рівень шкільної адаптації першокласників був вищим в родинях, де рівень доходів батьки розцінили як “достатній”, ніж у їх однолітків, матеріальне становище яких було розцінене як “недостатнє” (відповідно $4,1 \pm 0,1$ балів і $3,7 \pm 0,2$ балів, $p < 0,05$). Діти, батьки яких були фінансово більш спроможні, мали в два рази менший рівень захворювань на

вроджені аномалії ($F = 4,6$ $p < 0,05$), та вищі фізіометричні показники фізичного розвитку ($F = 7,3$ $p < 0,01$). Рівень доходів у родині також має вплив на збалансованість регуляції серцевого ритму дітей. При достатньому рівні доходів симпатовагальний індекс становить $0,5 \pm 0,05$, а при недостатньому – $0,9 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). Відсутність власної кімнати в школяра, як показник більшої скупченості проживання родини, сприяла ($F = 6,4$ $p < 0,02$) більшій поширеності захворювань органів дихання. Усі діти, в яких виявлено захворювання сечостатевої системи жили у власному будинку ($F = 3,8$ $p < 0,02$). Наявність у батьків вегето-судинної дистонії, гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, надлишкової ваги служило фактором ризику виникнення у дітей захворювань сечостатевої системи, порушення обміну речовин, та виникненню надлишку маси тіла ($F = 6,0$; $p < 0,02$). Дію несприятливих чинників професійної діяльності на час вагітності матері зазначили 23,4 % батьків й 19,0 % матерів. Найбільш поширеним був вплив шуму (11,1 % - батьків і 7,1 % матерів), пилу (відповідно 9,1 % і 4,0 %) і хімічних сполук (відповідно 6,0 % і 4,8 %). Понад 4 % батьків працювали за комп'ютером. Наявність професійних шкідливостей в діяльності батька на час вагітності матері сприяла виникненню вад розвитку дитини ($F = 6,0$; $p < 0,02$), під час роботи матері – підвищеної частоти виникнення хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($F = 3,1$; $p < 0,05$). Лише ($37,8 \pm 2,9$) % матерів не мали проблем із здоров'я під час вагітності. Найбільш поширеними порушеннями у здоров'ї матерів були токсикоз 1 половини вагітності ($(35,8 \pm 2,8)$ %) та загроза переривання вагітності ($(29,5 \pm 2,7)$ %). Істотний вплив на здоров'я молодших школярів мали токсикоз 2 половини вагітності - підвищена захворюваність на хвороби органів дихання ($F = 7,3$; $p < 0,01$), загроза переривання вагітності - на частоту вроджених аномалій розвитку ($F = 6,7$; $p < 0,01$), підвищення артеріального тиску – на частоту виникнення хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($F = 16,7$; $p < 0,001$). Встановлено негативний вплив медикаментозного стимулювання на розвиток захворювань системи кровообігу ($F = 9,5$; $p < 0,01$) та органів

дихання ($F = 3,9$; $p < 0,05$) у першокласників. Істотно вплинув характер вигодовування немовлят на поширеність хвороб органів травлення у першому класі ($F = 5,1$; $p < 0,01$). На першому році життя 29,4 % малюків знаходилося під наглядом невролога, частіше хлопці (відповідно $(35,0 \pm 4,4)$ % проти $(23,5 \pm 4,0)$ % дівчат, $p < 0,05$), що не мало значимого впливу на стан здоров'я досліджуваних дітей. В той же час, учні, які знаходились перший рік життя під наглядом невролога, та які мали в анамнезі черепно-мозкову травму та струс мозку мали більш низький рівень шкільної адаптації порівняно з іншою групою дітей, та більш низький рівень успішності навчання ($p < 0,05$). Вживання м'яса, риби, а особливо фруктів і соків в значній мірі (відповідно $F = 5,6$ $p < 0,05$; $F = 5,0$ $p < 0,05$; $F = 22,2$ $p < 0,001$; $F = 23,2$ $p < 0,001$) було обумовлене рівнем достатків у родині. Характер харчування до певної міри впливав на рівень патологічної ураженості школярів. Так, школярі, що менше вживали овочів, більш часто мали захворювання ока та придаткового апарату (відповідно $(236,0 \pm 33,8)$ ‰ – у школярів, що вживали овочі щодня і $(420,0 \pm 70,5)$ ‰ – у школярів, що вживали їх 3-4 рази на тиждень та менше; $p < 0,05$).

Вперше були розроблені заходи із ідентифікації, характеристики та оцінки експозиції чинників ризику освітнього середовища в родині шляхом гігієнічної оцінки місця помешкання та річної і тижневої динаміки окремих показників життєдіяльності учнів: функціонального стану дитини, суб'єктивного сприйняття батьками та учнями здоров'я, соціально-психологічної адаптації та режиму дня. Використання чек-листів якості дозволяє отримати структуровану інформацію про чинники ризику освітнього середовища в родині учнів. Відносний ризик погіршення здоров'я учнів початкової школи в умовах недотримання режиму провітрювання вдома – 1,6, дотримання гігієнічних умов (регулярне вологе прибирання) – 1,9, режиму освітлення – 1,3, наявності робочого місця для учня – 3,1.

За даними нашого дослідження, оптимальна подовженість нічного сну була у $(78,7 \pm 3,7)$ % хлопців та $(63,0 \pm 4,4)$ % дівчат ($p < 0,01$), що навчалися в

початковій школі. Недостатньо спали 25,3 % школярів, особливо – дівчата (відповідно $(33,6 \pm 4,3)$ % проти $(17,2 \pm 3,4)$ % – хлопців, $p < 0,01$). Кількість першокласників, які виконували ранкову гімнастику була більша серед хлопців (відповідно $(36,1 \pm 4,3)$ % і $(24,6 \pm 3,9)$ % серед дівчат; $p < 0,05$). Вищу успішність мали учні, які перебували на вулиці менше однієї години або 2-3 години, і меншу - ті що гуляють більше чотирьох годин на день (менше однієї години – середній рівень успішності – $(6,3 \pm 0,5)$ балів, 2-3 години – $(5,6 \pm 0,1)$ бала, більше 4 годин – $(5,1 \pm 0,1)$ бали). Діти, у яких є тварини мали у більшості гармонійні типи адаптаційних реакцій (РСА і РПА), а які не мали тварин здебільшого реакції переактивації; симпатовагальний баланс також був оптимальніший у дітей першої групи - $0,5 \pm 0,05$ у порівнянні з $0,8 \pm 0,1$ другої групи ($p < 0,05$). Активні форми відпочинку були характерні для $(43,4 \pm 3,2)$ % учнів першого класу, не залежно від статі, але однією з переважаючих форм відпочинку школярів був телевізор (до $(64,5 \pm 4,2)$ %).

Були встановлені медико-соціальні чинники ризику погіршення здоров'я учнів основної школи ЗЗСО різного віку та статі, що обумовлені впливом родини. Діти, у яких переважає активний відпочинок (прогулянки, активні ігри) мають нижчий рівень адаптації та успішності ($p < 0,05$), діти, у яких переважає пасивний відпочинок (телевізор, читання книжок), мають середній рівень шкільної адаптації ($p < 0,05$) та вищий за інших рівень успішності, а учні в яких змішаний вид відпочинку мають вищий за інших рівень шкільної адаптації ($p < 0,05$). На час дослідження, палили 66,9 % батьків і 28,1 % матерів, вживали алкоголь 84,1 % батьків і 76,7 % матерів. Встановлено, що паління батька під час вагітності матері мало несприятливий вплив на поширеність хвороб із залученням імунних механізмів ($F = 2,7$ $p < 0,05$), а самих вагітних – на хвороби ендокринної системи на обміну речовин ($F = 3,3$ $p < 0,05$). Діти матерів, які палять мають менший ступінь шкільної адаптації ($F = 3,6$, $p < 0,05$) та нижчий рівень успішності навчання ($(5,6 \pm 0,1)$ балів мають діти матерів, що не палять,

($4,8 \pm 0,5$) балів у дітей чиї матері випалюють вдень від 1-2 до 10 цигарок, $p < 0,05$).

До груп ризику серед учнів 9-го класу щодо поширення шкідливих звичок слід віднести хлопців, поведінка яких залежить «головним чином від зовнішніх обставин» і дівчат, які сподіваються, лише на власні сили. Важливою проблемою є неповні сім'ї, коли дитину виховує один з батьків, переважно жінка. Кількість неповних родин збільшувалася від шостого до дев'ятого класу. Установлено, що неповна родина була чинником ризику частішого вживання підлітками «фаст-фуду», «вуличної» їжі, чіпсів, сухариків та продуктів швидкого приготування. У разі наявності в родині декількох дітей батьки більшу увагу приділяли споживанню родиною свіжих овочів та фруктів. Родина з трьох поколінь уважніше ставилася до регулярного вживання м'яса та кисломолочних продуктів.

Отримані результати свідчать, що профілактика неінфекційних захворювань учнів ЗЗСО має відбуватися цілісно, одночасно на рівні освітнього закладу, навчального колективу і особистості (родини). Формування політики навчального закладу, відносно збереження здоров'я учнів, повинно бути спрямоване на забезпечення оптимальних умов перебування дітей як в освітньому закладі, так і в родині, сприяти формуванню у всіх учасників освітнього процесу (учнів, вчителів, батьків) стійкої мотивації вести здоровий спосіб життя і навчатися відповідним навичкам і вмінням; підтримувати активний зв'язок школи з батьками та громадськістю у справі охорони здоров'я дітей і профілактики неінфекційних захворювань.

Тому вперше в Україні було запропоновано комплекс диференційованих для початкової та основної школи ЗЗСО заходів щодо попередження несприятливого впливу родини на здоров'я дітей шкільного віку, спрямованих на забезпечення сприятливих умов для навчальної діяльності учнів, включаючи санітарно-епідеміологічне благополуччя помешкання, організацію раціональної рухової активності і харчування,

забезпечення сприятливого соціально-психологічного клімату, підтримки сталої мотивації вести здоровий спосіб життя і навчання відповідним навичкам і вмінням, взаємодію закладу освіти з батьками щодо моніторингу здоров'я дітей та чинників ризику для певного навчального колективу

Практичне значення одержаних результатів. На підставі проведених досліджень була вперше розроблена та впроваджена у діяльність ЗЗСО система профілактичних заходів, спрямованих на гігієнічну оптимізацію освітнього середовища в умовах сучасної родини для удосконалення системи первинної профілактики неінфекційних захворювань дітей шкільного віку. Результати роботи були використані для розробки методичних посібників: Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник / Щербакова О.О., Даниленко Г. М., Авдієвська О.Г. - Харків, 2019. 446 с. та Раціональне харчування молодших школярів / Даниленко Г.Н., Сотнікова-Мелешкіна Ж.В., Авдієвська О.Г.. - Харків, 2016. 104 с.

Результати досліджень впроваджені у навчальний процес закладів загальної середньої освіти м. Одеси, м.Дніпро, м.Ровно, м.Львова, Донецької та Київської областей. За матеріалами дисертації одержано 5 авторських свідоцтв.

Ключові слова: здоров'я учнів, освітнє середовище, здоров'язберезуюче середовище, родина, підлітки, заклади загальної середньої освіти.

SUMMARY

Avdiiivska OH Hygienic assessment of the conditions for the formation of a health-preserving environment in the families of students of general secondary education.- Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.02.01 "Hygiene and Occupational Pathology" (222 - Medicine). - State

Institution "Institute of Child and Adolescent Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, 2020.

State Institution "Institute of Public Health. OM Marzeeva National Academy of Medical Sciences of Ukraine ", Kyiv, 2021.

The purpose of the dissertation is a hygienic assessment of the conditions for the formation of a healthy environment in the families of school-age children to improve the system of primary prevention of non-communicable diseases of secondary school students.

The task of the dissertation was: to investigate the hygienic and medical and social problems of preserving and strengthening the health of school-age children in the modern family; identify risk factors for deteriorating health of general secondary education students due to family influence; to determine the factors of formation of a healthy environment in the families of students of general secondary education; to determine the gender and age characteristics of the family's influence on maintaining and strengthening the health and formation of skills for a healthy lifestyle of school-age children; substantiate and develop a system of measures to preserve and strengthen the health of general secondary education students in the family.

The object of the study was: the process of forming the educational environment in the family and its impact on the health of students of general secondary education (GSE).

The subject of the study were: hygienic and medical and social factors of the educational environment in the family, the state of health and physical development of students of junior and primary grades GSE, the impact of the family on the health of school-age children.

The study was conducted using hygienic methods - to assess the living conditions of students GSE in the family and school; sociological methods - to assess the level of skills of a healthy lifestyle and health behavior; clinical methods - to assess health status; psychodiagnostic methods - determining the personal characteristics of students; medical-statistical methods - for statistical processing of

the received materials, statistical methods - for establishment of connection between factors of educational environment of a family, medico-social and psychological features of life of pupils in a family and a state of their health, definition of risk factors.

Based on the results of the dissertation research, the key factors of the family's influence on maintaining and strengthening the health of primary school students were identified. Thus, in families without a father (14.5% of families in the first grade), children had a higher prevalence of mental and behavioral disorders (621.6 ‰ - no father and 333.3 ‰ - father; $p < 0,01$), diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (216.2 ‰ - the father is absent and 129.6 ‰ - the father; $p < 0,05$); families in which parents regarded the family situation as a conflict had an increasing prevalence of mental and behavioral disorders ($F = 3.7$; $p < 0.05$). Psychological microclimate in the family affected the rate of variability of heart rate - the index of centralization increases - in children, where the microclimate is calm, it is equal to 5.1 ± 0.6 , where there are conflict states - 8.7 ± 1.5 ($p < 0,05$). Pulse regulation in these children is more centralized, ie intensive. The overall level of school adaptation of first-graders was higher in families where parents considered the level of income "sufficient" than in their peers, whose financial condition was considered "insufficient" (4.1 ± 0.1 points and 3.7 ± 0 , respectively) . , 2 points, $p < 0.05$). Children whose parents were more financially capable had twice the number of congenital anomalies ($F = 4.6$ $p < 0.05$) and higher physiometric indicators of physical development ($F = 7.3$ $p < 0.01$). The level of income in the family also affects the balance of regulation of children's heart rate. With a sufficient level of income, the sympathetic index is 0.5 ± 0.05 , and with insufficient - 0.9 ± 0.15 ($p < 0.05$). The student's lack of a room of his own, as an indicator of greater family congestion, contributed ($F = 6.4$ $p < 0.02$) to an increase in the prevalence of respiratory diseases. All children diagnosed with diseases of the genitourinary system lived in their own home ($F = 3.8$ $p < 0.02$). The presence of vegetative-vascular dystonia, arterial hypertension, coronary heart disease, overweight in parents was a risk factor for children with diseases of the

genitourinary system, metabolic disorders and overweight ($F = 6.0$; $p < 0.02$). 23.4% of parents and 19.0% of mothers noted the influence of adverse factors of professional activity during pregnancy in the mother. The most common effects were noise (11.1% - parents and 7.1% of mothers), dust (9.1% and 4.0%, respectively) and chemical compounds (6.0% and 4.8%, respectively). More than 4% of parents worked at a computer. The presence of occupational hazards in the activities of the father during the mother's pregnancy contributed to the developmental defects of the child ($F = 6.0$; $p < 0.02$), during the mother's work - increased morbidity of the musculoskeletal system and connective tissue ($F = 3.1$; $p < 0.05$). Only $(37.8 \pm 2.9)\%$ of mothers had no health problems during pregnancy. The most common disorders in maternal health were toxicosis of 1 half of pregnancy ($35.8 \pm 2.8\%$) and the threat of abortion ($29.5 \pm 2.7\%$). Toxicosis of 2 halves of pregnancy had a significant impact on the health of primary school children - an increase in the incidence of respiratory diseases ($F = 7.3$; $p < 0.01$), the threat of abortion - the frequency of congenital malformations ($F = 6.7$; $p < 0.01$), increase in blood pressure - the frequency of diseases of the musculoskeletal system and connective tissue ($F = 16.7$; $p < 0.001$). Negative effect of drug stimulation on the development of diseases of the circulatory system ($F = 9.5$; $p < 0.01$) and respiratory system ($F = 3.9$; $p < 0.05$) in first-graders. The nature of breastfed infants significantly affected the prevalence of digestive diseases in the first class ($F = 5.1$; $p < 0.01$). In the first year of life, 29.4% of infants were under the supervision of a neurologist, more often boys (respectively $35.0 \pm 4.4\%$) against $(23.5 \pm 4.0)\%$ of girls, $p < 0.05$), did not have significant impact on the health of children being studied. At the same time, students who were in the first year of life under the supervision of a neurologist and had a history of traumatic brain injury and concussion, had a lower level of school adaptation compared to other groups of children and a lower level of learning success ($p < 0.05$). Consumption of meat, fish and especially fruits and juices to a large extent (respectively $F = 5.6$, $p < 0.05$; $F = 5.0$, $p < 0.05$; $F = 22.2$, $p < 0.001$; $F = 23$, $p < 0.001$) due to the level of wealth in the family. The nature of nutrition to some

extent influenced the level of pathological involvement of schoolchildren. Thus, schoolchildren who ate less vegetables were more likely to suffer from eye and appendages (respectively $(236.0 \pm 33.8) \%$ - in schoolchildren who ate vegetables daily, and $(420.0 \pm 70.5) \%$ - in schoolchildren who used them 3-4 times) a week or less; $p < 0.05$).

For the first time, measures were developed to identify, characterize and assess risk factors in the educational environment in the family by hygienic assessment of housing and annual and weekly dynamics of individual indicators of student life: functional status of the child, subjective perception of parental and student health, socio-psychological adaptation and daily routine. The relative risk of deteriorating health of primary school students in the absence of ventilation at home - 1.6, hygiene (regular wet cleaning) - 1.9, lighting - 1.3, the availability of a workplace for students - 3.1.

According to our study, the optimal duration of night sleep was in $(78.7 \pm 3.7)\%$ of boys and $(63.0 \pm 4.4)\%$ of girls ($p < 0.01$) who attended primary school. 25.3% of schoolchildren did not get enough sleep, especially girls (respectively $(33.6 \pm 4.3)\%$ against $(17.2 \pm 3.4)\%$ - boys, $p < 0.01$). The number of first-graders who performed morning gymnastics was higher among boys $(36.1 \pm 4.3)\%$ and $(24.6 \pm 3.9)\%$ among girls; $p < 0.05$). Students who were on the street for less than an hour or 2-3 hours had higher scores, and lower - those who walk more than four hours a day - less than one hour - average success rate - (6.3 ± 0.5) points, 2-3 hours - (5.6 ± 0.1) points, more than 4 hours - (5.1 ± 0.1) points). Children who had animals had predominantly harmonious types of adaptive reactions (PCA and RPA), and those who did not have animals had predominantly reactivation reactions; Sympathetic balance was also more optimal in children of the first group - 0.5 ± 0.05 compared with 0.8 ± 0.1 of the second group ($p < 0.05$). Medical and social risk factors for deteriorating health of primary school students of different ages and genders due to family exposure have been identified. Children with a predominance of active recreation (walks, active games) have a lower level of adaptation and success ($p < 0.05$), children with a predominance of passive

recreation (TV, reading books) have a medium level of adaptation to school ($p < 0.05$) and higher level of success than others, and students with mixed types of recreation have a higher level of school adaptation ($p < 0.05$). At the time of the study, 66.9% of parents and 28.1% of mothers smoked, 84.1% of parents and 76.7% of mothers drank alcohol. It was found that smoking from parents during pregnancy from the mother negatively affected the prevalence of diseases involving immune mechanisms ($F = 2.7$ $p < 0.05$), and pregnant women themselves - diseases of the endocrine system for metabolism ($F = 3.3$ $p < 0.05$). Children of mothers who smoke have a lower degree of school adaptation ($F = 3.6$, $p < 0.05$) and a lower level of academic achievement (5.6 ± 0.1) points in children of mothers who do not smoke ($4, 8 \pm 0.5$) points in children whose mothers burn during the day from 1-2 to 10 cigarettes, $p < 0,05$).

Risk groups among 9th graders for the spread of bad habits include boys, whose behavior depends "mainly on external circumstances", and girls, who rely solely on their own strength. Single-parent families are an important issue when a child is raised by one parent, preferably a woman. The number of single-parent families has increased from sixth to ninth grade. A single-parent family has been found to be a risk factor for teens to eat more fast food, street food, chips, crackers and fast food. If there were several children in the family, the parents paid more attention to the family's consumption of fresh vegetables and fruits. The family of three generations paid more attention to the regular consumption of meat and dairy products.

The obtained results indicate that the prevention of non-communicable diseases of students of GSE should be holistic, at the same time at the level of the educational institution, educational team and the individual (family). The formation of the policy of the educational institution on the preservation of students' health should be aimed at ensuring optimal living conditions for children both in the educational institution and in the family, promote the formation of all participants in the educational process (students, teachers, parents) and learn relevant skills and habits; maintain active communication between the school and

parents and the public in the field of children's health and prevention of non-communicable diseases.

Therefore, for the first time in Ukraine, a set of differentiated measures for primary and primary school GSE was proposed to prevent adverse effects of the family on the health of school-age children, aimed at providing favorable conditions for students, including sanitary and epidemiological well-being, organization of rational physical activity and nutrition, ensuring a favorable socio-psychological climate, maintaining a sustainable motivation to lead a healthy lifestyle and learning the appropriate skills and abilities, the interaction of educational institutions with parents to monitor children's health and risk factors for a particular educational team

The practical significance of the obtained results. Based on the research, a system of preventive measures aimed at hygienic optimization of the educational environment in the modern family to improve the system of primary prevention of non-communicable diseases of school-age children was developed and implemented for the first time. The results of the work were used to develop methodological manuals: Medical and psychological support of primary school students within the scientific and pedagogical project "Intellect of Ukraine": manual / Shcherbakova OO, Danylenko HM, Avdiievskia OH - Kharkiv, 2019. 446 p. and Rational nutrition of junior schoolchildren / Danylenko H M, Sotnikova-Meleshkina Zh.V., Avdiievskia OH. - Kharkiv, 2016. 104 p.

The results of the research are introduced into the educational process of general secondary education institutions of Odessa, Dnipro, Rivne, Lviv, Donetsk and Kyiv regions. According to the materials of the dissertation 5 author's certificates were received.

Keywords: student health, educational environment, health environment, family, adolescents, general secondary education institutions.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких висвітлено основні результати дослідження

1. Podrigalo L.V., Iermakov S.S., Avdiievska O.G., Rovnaya O.A. Special aspects of Ukrainian schoolchildren's eating behavior // *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*. 2017. Vol. 03. P. 120–126. (Web of Science Core Collection) *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу)*.
2. Даниленко Г.М., Щербакова О.О., Авдієвська О.Г. Система заходів збереження і зміцнення здоров'я дітей шкільного віку в умовах родини // *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2018. Т. 32, № 4. С. 23-28. *(Огляд літератури, аналіз отриманих даних, підготовано статтю до друку)*.
3. Даниленко Г.М., Летяго Г.В., Авдієвська О.Г. Особливості здоров'язбережувального поведінки та самооцінки здоров'я студентської молоді // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. Т. 76, № 2. С. 4-8. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу)*.
4. Авдієвська О.Г., Даниленко Г.М. Корекція статусу харчування дітей молодшого шкільного віку як профілактика метаболічного синдрому // *Український журнал дитячої ендокринології*. 2019. Т. 30, № 2 С. 49–53. *(Аналіз джерел наукової літератури, збір та аналіз даних, підготовано статтю до друку)*.
5. Даниленко Г. М., Подрігало Л. В., Авдієвська О. Г. Гігієнічні та медико-соціальні особливості збереження здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти у сучасній родині // *Довкілля та здоров'я*. 2019. Т. 93, № 4. С. 24–30. *(Огляд літератури, аналіз отриманих даних, підготовано статтю до друку)*.
6. Авдієвська О.Г., Сотнікова-Мелешкіна Ж.В., Ісаєва Я.А. Вплив родини на формування харчового статусу студентської молоді, харчові звички

- майбутніх батьків // *Здоров'я дитини*. 2019. № 14(1). С. 88-94. (Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, підготовано статтю до друку).
7. Меркулова Т.В., Пересипкіна Т.В., Авдієвська О.Г., Чернякова Г.М. До питання організації харчування дітей в закладах загальної середньої освіти // *Клінічна та профілактична медицина*. 2020. Т. 2, №12. С. 54-61. (Аналіз джерел наукової літератури, збір та аналіз даних).
8. Даниленко Г.М., Подрігало Л.В., Авдієвська О. Г. Вплив родини на харчову поведінку сучасних українських підлітків // *Український журнал дитячої ендокринології*. 2020. Т. 36, № 4 С. 20–30. (Огляд літератури, аналіз отриманих даних, підготовано статтю до друку).
9. Даниленко Г. Н., Подригало Л. В., Авдиевская Е. Г. Медико-социальные проблемы влияния семьи и учебного учреждения на формирование вредных привычек среди современных подростков // *Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины : сб. науч. ст. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Гродн. гос. мед. ун-т», каф. общей гигиены и экологии*. Гродно. 2020. Т. 10. С. 276- 293. (Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, підготовано статтю до друку).
10. Даниленко Г.М., Щербакова О.О., Авдієвська О.Г. Медико-соціальні та соціально-психологічні особливості розвитку особистості підлітка в сучасній родині // *Україна. Здоров'я нації*. 2020. Т. №4. (Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, підготовано статтю до друку).
11. Heorhii M. Danylenko, Leonid V. Podrigalo, Olena H. Avdiievaska, Iryna V. Redka, Oksana Ya. Mykhalchuk Psychophysiological study of primary school students depending on gender in the dynamics of the school year and the actions of parents to maintain and strengthen the health // *Wiadomości Lekarskie, VOLUME LXXIV, ISSUE 5, MAY 2021. P.1086-1092 (Scopus)* (Збір і аналіз матеріалу, підготовано статтю до друку).

12. Подригало Л. В., Даниленко Г. Н., Авдиевская А. Г. Изучение особенностей пищевого поведения школьников, как компонент мониторинга здоров'я // Современные проблемы гигиенической науки и практики, перспективы развития: сб. научн. тр., 12 июня 2014 г., Минск, 2014. С. 247-251. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
13. Danylenko G., Avdiievska O. Features of providing Health-educational technology in secondary schools of different types // Department of Nursing Science of the University of Eastern Finland, the 5th SHE Summer School: abstr., 10-13 June 2015. Kuopio, Finland, 2015. P.10-14. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
14. Даниленко Г.М., Авдієвська О.Г. Гігієнічна оцінка харчової поведінки та фізичної активності підлітків // Актуальні питання сучасної медицини: тези доп. XIV міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів, докторантів, молодих вчених та фахівців, 30–31 березня 2017 р. Харків, 2017. Т.2. С. 94 *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
15. Авдієвська О.Г. Фізична активність та особливості харчової поведінки, як профілактика коморбідних станів підлітків // Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків. Проблемні питання коморбідних станів: матер. наук.-практ. конф. з міжн. участю, 16-17 листоп. 2017 р. Харків, 2017. С. 8 *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
16. Авдієвська О.Г., Щербакова О.О. Ризики освітнього середовища – сприйняття учнів та їх батьків // Журнал Національної академії медичних наук України. Спеціальний випуск: матер. міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених, присвячена 25-річчю НАМН України, 23 березня 2018 р.

- Київ, 2018. С. 54-55. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
17. Авдієвська О.Г. Медико-соціальні передумови позитивного впливу батьків на формування здоров'язбережувальної компетентності дітей шкільного віку // Проблеми сьогодення в педіатрії: матеріали III наук.-практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю, 29 березня 2018. Харків, 2018. С. 3. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
18. Danylenko H., Avdiievskia O. Childhood education and health as readiness to reduce risks of environment // Ukraine-EU. Innovations in Education, Technology, Business and Law: collection of intern. Scientific papers, 24-28 april, 2018. Chernihiv, 2018. P. 349-352. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
19. Даниленко Г. М., Авдієвська О. Г., Щербакова О. О., Голубнича Г. І. Розвиток здоров'язберігаючої компетентності батьків у процесі промоції здоров'я у початковій школі // Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України: матеріали наук.-практ. конф., 11-12 жовт. 2018 р. Київ, 2018. С. 150–152. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
20. Danilenko H. M., Avdievska A. H., Holubnicha H. I. Objective and subjective assessment of the health primary school age children // IV International Congress of the Polish Society of Public Health, Public Health Forum, 22-23 November 2018. Wrocław, Poland, 2018. Vol. 3 (46). P. 198 *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
21. Sotnikova-Meleshkina Zh.V., Avdiievskia O. H., Holodko K. A., Dudnik I. V. Formation of eating behavior of student youth as a factor in the prevention of noncommunicable diseases // V International Congress of the Polish Society of

- Public Health, Public Health Forum, Wroclaw, 2019, Vol. V (XV), NR (48).P. 93 *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
22. Авдієвська О.Г., Подрігало Л.В. Особливості житлових умов дітей шкільного віку та збереження здоров'я у сучасній родині // Проблеми сьогодення в педіатрії: матеріали IV наук.-практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю, 27 лют. 2020 р. Харків, 2020. С. 3. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
23. Olena H. Avdiievska, Heorhii M. Danylenko, Zhanna V. Sotnikova-Meleshkina, Leonid V. Podrigalo Вплив родини на формування свідомого ставлення підлітків до власного здоров'я // International public health conference «Public health in Ukraine – modern challenges and developing prospects», 23-24 April 2020, Sumy, Ukraine: Wiadomości Lekarskie, vol. LXXIII, issue 5, May 2020. P. 1058-1059. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
24. Сотнікова-Мелешкіна Ж.В. Даниленко Г.М. Авдієвська О.Г. Вплив освітнього середовища на вибір групи харчових продуктів // Харчові добавки. Харчування здорової та хворої людини: матеріали ІХ Міжнародної наук.-практ. інтернет-конф., 23 жовт. 2020р. Прага, 2020, С.152-154. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*

*Наукові праці, які додатково відображають наукові результати
дисертації:*

25. Даниленко Г.Н., Сотнікова-Мелешкіна Ж.В., Авдиевская Е.Г. Рациональное питание младших школьников: научно-популярное издание, Харьков, 2016. 104 с.

- 26.Чек-лист якості для гігієнічної оцінки оселі школярів: авт. св.-во. 75992 / Г. М. Даниленко, О.Г. Авдієвська. Мінекономіки. Україна. №77101; заявл. 15.01.2018; опубл. 17.01.2018.
- 27.Методика оцінки впливу близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками: авт. св.-во. 92695 / Г. М. Даниленко, О.Г. Авдієвська. Мінекономіки. Україна. №93966; заявл. 12.08.2019; опубл. 08.10.2019.
- 28.Avdiiivska O., Danylenko H., Shcherbakova O. Creating an enabling learning environment in the conditions of intensification of educational activities [Электронный ресурс] // International Journal of Advance Researches "Global Academics". 2019. Vol. 5. № 4. Source: <https://www.i-journal.org/index.php?item=archive&id=5> (*Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано статтю до друку*)
- 29.Щербакова О.О., Даниленко Г. М., Авдієвська О.Г. Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник, Харків, 2019. 446 с.
30. Оцінка режиму для учнів початкової школи сформованості гігієнічних навичок серед школярів: авт. св.-во. 96891 / Г. М. Даниленко, О.Г. Авдієвська, О.О. Щербакова. Мінекономіки. Україна. №98016; заявл. 02.03.2020; опубл. 26.03.2020
- 31.Оцінка динаміки стану здоров'я дитини: авт. св.-во. 96608 / Г. М. Даниленко, О.Г. Авдієвська. Мінекономіки. Україна. №97919; заявл. 25.02.2020; опубл. 12.03.2020
- 32.Скринінг стану здоров'я учнів початкової школи: авт. св.-во. 97872 / Г. М. Даниленко, О.О. Щербакова, О.Г. Авдієвська. Мінекономіки. Україна. №99003; заявл. 21.05.2020; оубл. 05.06.2020

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	23
ВСТУП	24
РОЗДІЛ 1 ГІГІЄНІЧНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУЮЧОГО СЕРЕДОВИЩА В РОДИНАХ УЧНІВ ЗАКЛАДІВ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ	32
Висновки до розділу 1	47
РОЗДІЛ 2 ОБ'ЄКТ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ	50
РОЗДІЛ 3 ГІГІЄНІЧНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ РОДИНИ НА ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ	67
3.1 Статеві-вікові особливості стану здоров'я та фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку	67
3.2 Психофізіологічні особливості життєдіяльності учнів початкової школи у динаміці навчального року	84
3.3 Гігієнічні та медико-соціальні чинники впливу родини на здоров'я учнів початкової школи	106
Висновки до розділу 3	111
РОЗДІЛ 4 МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ РОДИНИ НА ЗДОРВ'Я УЧНІВ ОСНОВНОЇ ШКОЛИ	113
4.1 Медико-соціальні та гігієнічні особливості режиму дня та життєдіяльності учнів основної школи	115
4.2 Вплив близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками	119
4.3 Соціально-психологічні особливості розвитку особистості підлітка в родині	156
Висновки до розділу 4	165
РОЗДІЛ 5 СИСТЕМА ЗАХОДІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ В РОДИНІ, ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУЮЧОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА	169
Висновки до розділу 5	181
ВИСНОВКИ	183
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	186

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	187
ДОДАТОК А	213
ДОДАТОК Б	218
ДОДАТОК В	221
ДОДАТОК Г	230
ДОДАТОК Д	232

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВСР – варіабельність серцевого ритму

Г – гімназія

ГР – гармонійний розвиток

ДГР - дисгармонійний розвиток

ДЛ – динамометрія лівої кисті

ДМТ – дефіцит маси тіла

ДНЗ – дуже низький зріст

ДП – динамометрія правої кисті

ДСанПін – Державні санітарні правила і норми

ЕЕГ – електроенцефалограма

ЕК – експериментальні класи

ЖЄЛ – життєва ємність легень

ЗЗСО –заклад загальної середньої освіти

ІМТ – індекс маси тіла

ІТ - індекс тривоги

КК – контрольні класи

КНР – кінець навчального року

НЗ – низький зріст

НМТ – надлишок маси тіла

ОГ – обвід грудей

ПУ – патологічна ураженість

РМ – рангові місця

РНЗ – рівень неблагополуччя здоров'я

ФР – фізичний розвиток

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Соціально-демографічна ситуація, що склалася в Україні, обумовлює високу актуальність проблеми збереження здоров'я підростаючого покоління, зокрема дітей шкільного віку. Незважаючи на широку систему запроваджених заходів як державного, так і регіонального рівнів, показники офіційної статистики і наукових досліджень, особливо в підлітковому віці, характеризуються несприятливими тенденціями [1]. Як відомо, забезпечення здоров'я людини відбувається на біологічному (фізіологічному), психологічному і соціальному рівнях за допомогою двох основних механізмів – збереження здоров'я і підвищення його резервів. Ефективність цих механізмів залежить від багатьох факторів (матеріального забезпечення, особливостей життєдіяльності, екологічної ситуації тощо) [2]. В сучасному суспільстві все більш вагоме значення набуває відповідальність особистості за власне здоров'я [3]. Оцінка й аналіз факторів ризику розвитку захворювань і керування цими факторами вважаються одним з найбільш перспективних напрямів оздоровлення населення (ВНО, 2012, 2014, 2016). В той же час, дослідження власне характеру та механізмів дії несприятливих екзогенних та ендогенних чинників на здоров'я людини дають підставу визнати високу значущість поведінкового фактору, особливо вагомого в дитячому віці [4].

Згідно із резолюцією ООН №38/54 від 1997 року проблема здоров'я населення вважається головним критерієм доцільності і ефективності всіх без винятку сфер господарської діяльності. Причому, фахівці вважають, що близько 75% хвороб у дорослих є наслідком умов життя у дитинстві. Однією з причин цього є спосіб життя сімей, де сьогодні виховуються діти. У учнів сучасних закладів освіти та їх батьків не сформоване ціннісне ставлення до свого здоров'я, що пояснюється недостатньою пропагандою педагогічних і медичних знань про здоровий спосіб життя [5,6].

На сьогодні важливим фактором формування, збереження і зміцнення здоров'я, ефективної соціальної адаптації дітей в оточуючому середовищі є

родина, яка в нашому суспільстві залишається первинним осередком соціалізації дитини, важливим соціальним середовищем, в якому відбувається розвиток навичок здорового способу життя і свідомого ставлення до власного здоров'я [7]. Для дітей шкільного віку родина постає складовою освітнього середовища, як сукупності об'єктивних зовнішніх умов, факторів, соціальних об'єктів, необхідних для успішної навчальної діяльності. Це система впливів і умов формування особистості, а також можливостей для її розвитку, які містяться в соціальному і просторово-предметному оточенні.

Усі складові способу життя родини як соціально-демографічного осередку народження, батьківського утримання і виховання дітей позначаються на їх здоров'ї та світогляді [8]. Проблема здорового способу життя родини залежить від традиційних складових: стилю та способу організації життя сім'ї, характеру взаємостосунків між подружжям, участі обох батьків у вихованні, правильної організації вільного часу сім'ї, ставлення батьків до вживання алкоголю, паління, наркотичних речовин [9]. Тому сімейне оточення вносить істотний внесок в загальний стан здоров'я і благополуччя дітей та розглядається як найважливіший ресурс формування здоров'я і здорового способу життя [10]. А із сім'єю, як загальнолюдською інституцією і природним соціальним середовищем розвитку навичок здорового способу життя, пов'язана реалізація головних напрямів і пріоритетів державної політики переважної більшості країн світу в галузі забезпечення здоров'я підростаючого покоління [11-14].

Вище зазначене спонукає до проведення дослідження, в центрі якого знаходяться питання, спрямовані на розроблення наукових основ здійснення комплексної гігієнічної оцінки впливу родини на збереження та зміцнення здоров'я дітей шкільного віку для удосконалення системи первинної профілактики неінфекційних захворювань серед учнів закладів загальної середньої освіти (ЗЗСО).

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

Дисертаційна робота проводилась у межах науково-дослідних робіт Державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»: «Вивчити медико-соціальні умови для позитивного впливу родини на збереження і зміцнення здоров'я дітей шкільного віку» (№ держреєстрації № 0117U003011) та «Розробити систему профілактичних заходів з оптимізації навчальної діяльності академічно здібних дітей під час їх адаптації до основної школи за умов меритократичної освіти» (№ держреєстрації № 0115U001017). Автор є співвиконавцем робіт, що зазначені.

Мета і завдання дослідження. *Метою роботи є гігієнічна оцінка умов формування здоров'язбережуючого середовища в родинах дітей шкільного віку для удосконалення системи первинної профілактики неінфекційних захворювань учнів закладів загальної середньої освіти.*

В ході дослідження розв'язанню підлягали наступні **завдання:**

1. Дослідити гігієнічні та медико-соціальні проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей шкільного віку в умовах сучасної родини.
2. Встановити чинники ризику погіршення стану здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти, що обумовлені впливом родини.
3. Визначити чинники формування здоров'язбережуючого середовища в родинах учнів закладів загальної середньої освіти.
4. Виявити статеві та вікові особливості впливу родини на збереження і зміцнення здоров'я та формування навичок здорового способу життя дітей шкільного віку.
5. Обґрунтувати і розробити систему заходів збереження і зміцнення здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти в умовах родини.

Об'єкт дослідження: процес формування освітнього середовища в родині і його вплив на здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти (ЗЗСО).

Предмет дослідження: гігієнічні та медико-соціальні чинники освітнього середовища в родині, стан здоров'я та фізичний розвиток учнів початкової та основної школи ЗЗСО, вплив родини на здоров'я дітей шкільного віку.

Методи дослідження: гігієнічні – для оцінки умов життєдіяльності учнів ЗЗСО в родині та закладі освіти; соціологічні – для оцінки рівня сформованості навичок здорового способу життя та здоров'яформуючої поведінки; клінічні – для оцінки стану здоров'я; психодіагностичні – щодо визначення особистісних властивостей учнів; медико-статистичні – для статистичної обробки отриманих матеріалів, статистичні – для встановлення зв'язків між чинниками освітнього середовища родини, медико-соціальними і психологічними особливостями життєдіяльності учнів у родині та станом їх здоров'я, визначення чинників ризику.

Наукова новизна та теоретичне значення роботи полягає в розробці теоретичних, методологічних і практичних питань, спрямованих на комплексне вирішення медико-соціальної проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей шкільного віку в умовах сучасної родини для удосконалення системи первинної профілактики неінфекційних захворювань учнів закладів загальної середньої освіти.

Вперше в Україні запропоновано комплекс диференційованих для початкової та основної школи ЗЗСО заходів щодо попередження несприятливого впливу родини на здоров'я дітей шкільного віку, спрямованих на забезпечення сприятливих умов для навчальної діяльності учнів, включаючи санітарно-епідеміологічне благополуччя помешкання, організацію раціональної рухової активності і харчування, забезпечення сприятливого соціально-психологічного клімату, підтримки сталої мотивації вести здоровий спосіб життя і навчання відповідним навичкам і вмінням, взаємодію закладу освіти з батьками щодо моніторингу здоров'я дітей та чинників ризику для певного навчального колективу.

Було розроблено заходи із ідентифікації, характеристики та оцінки експозиції чинників ризику освітнього середовища в родині шляхом автоматизованого контролю за річною та тижневою динамікою окремих показників життєдіяльності учнів: тижневої динаміки функціонального стану дитини, суб'єктивного сприйняття батьками та учнями здоров'я, соціально-психологічної адаптації та режиму дня;

У ході дисертаційного дослідження були встановлені медико-соціальні чинники ризику погіршення здоров'я учнів основної школи ЗЗСО різного віку та статі, що обумовлені впливом родини;

У результаті досліджень доведена значущість соціальної компетентності підлітків для збереження та зміцнення власного здоров'я;

Вперше були визначені ключові фактори впливу родини на збереження та зміцнення здоров'я учнів початкової школи: освіта батька, психологічний мікроклімат в родині та її матеріальне становище, умови проживання дітей, наявність професійних шкідливостей та хронічних захворювань у батьків, паління матері, медикаментозне стимулювання пологів, характер годування немовлят та характер харчування дитини на час навчання.

Практичне значення отриманих результатів.

На підставі проведених досліджень була вперше розроблена та впроваджена у діяльність ЗЗСО система профілактичних заходів, спрямованих на гігієнічну оптимізацію освітнього середовища в умовах сучасної родини для удосконалення системи первинної профілактики неінфекційних захворювань дітей шкільного віку.

1. Одержані результати використано для розробки двох посібників: Даниленко Г.Н., Сотникова-Мелешкина Ж.В., Авдиевская Е.Г. Рациональное питание младших школьников: научно-популярное издание, Харьков, 2016. 104 с.; Щербакова О.О., Даниленко Г. М., Авдієвська О.Г. Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник, Харків, 2019. 446 с.

2. За участю автора одержано авторські свідоцтва України на твір: №77101-2018 «Чек-лист якості для гігієнічної оцінки оселі школярів»; №92695-2019 «Методика оцінки впливу близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками»; №96891-2020 «Оцінка режиму для учнів початкової школи сформованості гігієнічних навичок серед школярів»; №96608-2020 «Оцінка динаміки стану здоров'я дитини»; №97872-2020 «Скринінг стану здоров'я учнів початкової школи».

3. Матеріали дисертаційної роботи впроваджено в ЗЗСО: Глевахівська загальноосвітня школа I-III ступенів Васильківської РДА Київської області, (акт впровадження від 04.09.2019 р.), Добропільський навчально-виховний комплекс «Спеціалізована загальноосвітня школа I-III ступенів №4 з поглибленим вивченням окремих предметів-дошкільний навчальний заклад» Добропільської міської ради Донецької області (акт впровадження від 20.08.2019 р.), навчально-виховне об'єднання «Новомиргородська загальноосвітня школа I-III ступенів №3 – дошкільний навчальний заклад» Новомиргородської районної ради Кіровоградської області (акт впровадження від 21.01.2019 р.), Рівненський навчально-виховний комплекс №12 Рівненської міської ради (акт впровадження від 05.09.2019 р.), Одеський навчально-виховний комплекс №13 «Загальноосвітня школа I-III ступенів-гімназія» Одеської міської ради (акт впровадження від 03.12.2019 р.), Одеська загальноосвітня школа №120 I-III ступенів Одеської міської ради (акт впровадження від 03.09.2019), Іллінівський опорний заклад загальної середньої освіти з поглибленим вивченням іноземних мов Іллінівської сільської ради Костянтинівського району Донецької області (акт впровадження від 06.09.2019 р.), Львівська середня загальноосвітня школа I-III ступенів №44 ім. Т.Г. Шевченка Львівської області (акт впровадження від 10.09.2019 р.), середня загальноосвітня школа I-III ступенів №78 м.Львова Львовської області (акт впровадження від 09.09.2019 р.), що підтверджено актам (додаток В).

Особистий внесок здобувача. Автором особисто проведено аналіз наукової літератури за темою дисертації, обрані, обгрунтовані та виконані основні методи досліджень. У повному обсязі проведені дослідження організації та умов навчально-виховного процесу, соціально-гігієнічні дослідження, дослідження розумової працездатності, здійснено статистичну обробку. Здобувач спільно з науковим керівником визначила концепцію наукової роботи, обрала стратегічні напрямки виконаного дисертаційного дослідження та провела аналіз і узагальнення одержаних результатів, обгрунтувала висновки та основні положення, які виносяться на офіційний захист. У роботі не було використано результатів та ідей співавторів публікацій. Психологічні дослідження в межах планових НДР частково проведено за участі практичного психолога О.Щербакової. Особистий внесок здобувача становить понад 80 % від загального обсягу роботи.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дисертаційного дослідження були представлені на науково-практичних конференціях «Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків» (Харків, 24-25.10.2013; 17-18.11.2016; 14-15.11.19;); Міжнародній науковій літній школі Department of Nursing Science of the University of Eastern Finland, the 5th SHE Summer School (Kuopio, Finland, 10-13 June 2015); семінарському занятті для шкільних лікарів та підліткових терапевтів «День шкільного лікаря» (Харків, 24.10.2015); науково-практичній конференції студентів, аспірантів, докторантів, молодих вчених та фахівців «Актуальні питання сучасної медицини» (Харків, 30-31.03.2017); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків. Проблемні питання коморбідних станів у дітей та підлітків» (Харків, 16-17.11.2017); Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених, присвяченій 25-річчю від дня заснування НАМН України (Київ, 23.03.2018); III, IV, V науково-практичних конференціях молодих вчених з міжнародною участю

«Проблеми сьогодення в педіатрії» (Харків, 29.03.2018, 8.04.2019, 27.02.2020); Міжнародній науково-практичній конференції «Ukraine-EU. Innovations in Education, Technology, Business and Law: collection of intern. Scientific papers» (Chernihiv, 24-28.04.2018); Міжнародній науково-практичній конференції «IV International Congress of the Polish Society of Public Health, Public Health Forum» (Wroclaw, Poland, 22-23.11.2018); Міжнародній науково-практичній конференції «V International Congress of the Polish Society of Public Health, Public Health Forum» (Wroclaw, Poland, 26-27.11.2019); Міжнародній науково-практичній конференції «International public health conference «Public health in Ukraine – modern challenges and developing prospects» (Sumy, 23-24 April 2020); Міжнародній науково-практичній конференції «Харчові добавки. Харчування здорової та хворої людини: IX Міжнародна науково-практична інтернет-конференція» (Прага, Чехія, 23.10.2020).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 32 роботи, в тому числі: 12 статей, з них 8 – у наукових фахових виданнях України, 3 – у закордонних виданнях, що входять до наукометричних баз, 1 – в інших періодичних виданнях, а також 13 тез у матеріалах науково-практичних конференцій (6 іноземних); 5 авторських свідоцтв на науковий твір, 2 посібники. Будь-які розробки або ідеї, що належать співавторам, разом з якими здобувачем опубліковано наукові праці, в дисертації не використовувались.

Структура і об'єм дисертації. Дисертація викладена на 219 сторінках друкованого тексту (обсяг основного її тексту становить 160 сторінок). Робота ілюстрована 20 рисунками, містить 61 таблицю. Наукова робота складається з анотації, списку публікацій здобувача, змісту, переліку умовних позначень, вступу, аналітичного огляду літератури, розділу з загальною програмою та методами досліджень, 3-х розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, який нараховує 212 найменувань, у тому числі 124 праці іноземних найменувань та додатків.

РОЗДІЛ 1

ГІГІЄНИЧНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУЮЧОГО СЕРЕДОВИЩА В РОДИНАХ УЧНІВ ЗАКЛАДІВ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

За останні десятиріччя відбувається суттєве погіршення стану здоров'я дітей шкільного віку, що мешкають в різних регіонах України. Дослідження вітчизняних фахівців показали, що у дітей України відзначається істотне погіршення стану здоров'я, яке виявляється різними морфофункціональними порушеннями [15-20]. На думку багатьох авторів, низький рівень здоров'я дитячого населення України обумовлений як несприятливим впливом чинників навколишнього середовища [21-26], способом життя [27], так і несприятливими соціально-економічними тенденціями [28], в тому числі особливостями функціонування системи охорони здоров'я [29-33].

В Україні існує ряд програм і заходів, які прямо чи опосередковано стосуються забезпечення здоров'я дітей і підлітків. Так, реалізуються заходи, передбачені Конвенцією ООН про права дитини [34]. Розпорядженням КМУ від 31.10.2011 № 1164-р схвалено Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір», одним із завдань Програми є «покращити показники здоров'я і благополуччя дітей», а також поступово впроваджувати стратегії здоров'я через освіту в навчальних закладах усіх рівнів акредитації, незалежно від форм власності. Існує думка, що батьки істотно можуть впливати на поведінку дитини, рівень сформованості потреб, структурувати її діяльність, формувати соціально-психологічне середовище, коли обирають певний навчальний заклад для дитини [35].

Велике значення у вирішенні проблеми збереження здоров'я дітей та підлітків має родина, тому що перші стереотипи здоров'язберігаючої поведінки, безумовно, закладаються в родині, де відбувається засвоєння різноманітних навичок і традицій, образу життя, ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих [36]. Численні дослідження з проблеми виховної функції сім'ї доводять, що висока ступінь впливу на соціальний

розвиток дітей певною мірою характеризує як сім'ю благополучну, з позитивним виховним потенціалом, так і неблагополучну сім'ю, в якій соціальні норми та установки сприяють закріпленню негативних стереотипів у поведінці підлітка [37-39]. Сім'я - це соціокультурна система, що складається з дорослих і дітей, пов'язаних зобов'язаннями підтримувати один одного емоційно і фізично і об'єднаних у часі, просторі і економічно [40]. Як система, сім'я виконує цілий комплекс різноманітних функцій і тим забезпечує своє нормальне існування. Народження сім'ї і її життя, як і всі соціальні структури та явища, підкоряються певним закономірностям. Всі елементи системи взаємопов'язані і складають єдине ціле. Розлади в цій системі, втрата її елементів, тягне за собою зміну у всіх інших її частинах і нерідко призводить до кризи і вмирання сім'ї [17, 41,42].

В опрацьованих нами літературних джерелах ми знайшли результати досліджень умов сімейного оточення сучасних підлітків, які мешкають у великому місті, які засвідчили, що в більшості родин існують певні проблеми: недостатня увага до особистості підлітка, особливо батька, і низький рівень участі у формуванні навичок здоров'язберігаючої поведінки; незадовільні показники стану здоров'я батьків і його низька суб'єктивна оцінка; недостатній рівень медичної активності і матері, і батька як до власного здоров'я, так і здоров'я підлітка; значна поширеність шкідливих звичок (вживання алкоголю, паління) [20,21,43,44].

Треба відзначити, що у процесі життєвого циклу - від народження до дорослішання - потенціал здоров'я не тільки не відновлюється, а й постійно знижується [22,45]. Головна небезпека цього процесу полягає в тому, що його результатом є хронічне збільшення масштабів дитячої інвалідності з хронічними захворюваннями, що створює серйозні соціальні, економічні та психологічні проблеми, як для самих інвалідів, так і для суспільства в цілому [23,24,46,47]. Тому сьогодні є актуальними питання оптимізації навчальної діяльності школярів з урахуванням гігієнічного та фізіологічного аспектів – найбільш ефективного та з найменшою фізіологічною вартістю формування

системи навчальної діяльності дітей, яка здійснюється при дотриманні гігієнічних вимог щодо утримання та організації освіти учнів [25,48]. А саме системність в організації навчально-виховного процесу та його відповідності характеру навчальної діяльності і віково-статевим особливостям і стану здоров'я учнів; поступового збільшення фізичних та інших видів навантаження, що має тренуючи впливати на організм; раціоналізація режиму навчання, сприятливих санітарно-гігієнічних умов діяльності, безпечних для здоров'я [27,28,49,50]. Виникає необхідність розробки технології впровадження оздоровчих заходів вдома та в загальноосвітніх навчальних закладах з різним рівнем сформованості здоров'язберігаючої поведінки учнів [50,51]. Впровадження здоров'язберігаючих технологій навчання в родині, які будуються на вікових особливостях пізнавальної діяльності школярів, оптимальному сполученні рухового і статичного навантаження, формування позитивної мотивації до навчання, культивування в учнів знань з питань здоров'я [32,52-54].

Згідно літературним даним, дослідження, присвячені вивченню поширеності та формуванню шкідливих звичок серед дітей шкільного віку не втрачають своєї актуальності. Шкідливі звички серед підлітків широко поширені у всіх країнах світу і є однією з головних причин передчасної смерті дорослих людей від захворювань, пов'язаних з курінням, алкоголізмом та вживанням наркотичних речовин [35,43,55]. Якщо здоров'я дорослої людини в значній мірі є похідне його власної поведінки і ставлення до свого організму, то здоров'я молоді в більшій мірі залежить від того мікросоціуму, який його оточує [49]. Підлітковий період характеризується стрімкими фізичними та психологічними змінами, а також зростаючими потребами і впливом однолітків, школи і суспільства в цілому. Більшість авторів зазначає, що поведінка, розроблене в цей період життя, впливає на здоров'я в дорослому віці [40,41]. Деякі види поведінки, як загрожують здоров'ю (наприклад, куріння, алкоголь, пристрасть до «шкідливої» їжі), так і, що покращує здоров'я (наприклад, фізичні вправи, регулярне вживання фруктів

та овочів) формуються в підлітковому віці і часто зберігаються моделлю поведінки для подальшого життя [42,43,44,56]. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, 70% випадків передчасної смерті серед дорослих обумовлено шкідливими звичками (куріння, вживання наркотиків, алкоголізм), ініційованими в підлітковому віці [49]. Таким чином, допомога підліткам у формуванні здорового способу життя і запобігання шкідливих звичок має вирішальне значення і повинна бути почата до того, як ці моделі поведінки будуть міцно закріплені в дорослому житті. Тільки з раннього віку діти можуть отримати знання, навички щодо збереження здоров'я, які згодом стануть найбільш важливим компонентом загальної людської культури і будуть впливати на формування здорового способу життя у всьому суспільстві. Розвиток людини з дитинства складає основу фізіологічного і психосоціального здоров'я і благополуччя протягом всього його життя [46,57-64]. Здоров'я є визначальним фактором повного гармонійного розвитку людини, особливо в підлітковому віці, коли формується фізичний і розумовий потенціал, закладаються основи професійного та творчого зростання, участі в сімейних і домашніх справах. Численні дослідження показали, що люди, у яких було краще здоров'я в дитинстві, з більшою ймовірністю процвітають і мають високі результати в дорослому віці і мають більш високі шанси зберегти своє здоров'я в літньому віці [65-70]. Підлітковий вік характеризується сильною тенденцією експериментувати з ризикованою поведінкою. Прагнення до новизни і сміливість до експерименту набагато вище в цьому віці, ніж у більш пізньому [71-73]. Зарубіжні автори основними факторами, що впливають на життя дитини і формування у нього шкідливих звичок, вважають соціальне становище, виховання і безпеку середовища [62,72,74-76]. Батьки можуть впливати на поведінку і рішення, що приймаються їхніми дітьми, через генетичну передачу, переваги або оточення - простіше кажучи, більш освічені і більш багаті батьки можуть забезпечити «кращу» середовище для своїх дітей, що створює певні нерівності. Зокрема, взаємозв'язок між здоров'ям дітей і

доходами їх батьків була предметом багатьох зарубіжних досліджень. Cuellar et al. показали наявність тісного взаємозв'язку між доходом сім'ї і формуванням шкідливих звичок: діти в бідніших сім'ях мають значно гірше здоров'я і частіше схильні до шкідливих звичок, ніж діти з багатших родин. Автори пострадянського простору також відзначають вплив соціального аспекту в формування шкідливих звичок, але одні покладають відповідальність на школу, інші на сім'ю. Так факторами ризику, що сприяють формуванню відхиляються форм поведінки підлітків, багато хто вважає певні соціальні характеристики родини (склад сім'ї та психологічний мікроклімат) [77-80].

Незадовільна ситуація склалася у неповних сім'ях, і особливо в сім'ях з погіршеними сімейними взаємовідносинами, де відбувається більш раннє формування шкідливих звичок, їх поширеність перевищує в 1,5 -2 рази аналогічні дані в учнів, які проживають в благополучних сім'ях [81]. Європейські дослідження також показують, що ймовірність залучення підлітків до куріння в 5 разів вище в курящих родинах [82]. Порушення харчової поведінки, тобто смакові переваги, дієта, режим харчування, які залежить від культурних, соціальних, сімейних, біологічних факторів, відбувалося в родинах з різним соціально-економічним статусом [83].

Треба відзначити, що для попередження шкідливих звичок істотне значення має батьківський заборона, його відсутність збільшує число дітей, які курять в 3-4 рази [84]. З іншого боку, на формування здорового способу життя дітей та підлітків може і повинна впливати школа. Закон про освіту покладає на школу відповідальність за здоров'я учнів, програми гігієнічного навчання і виховання повинні зайняти відповідне місце в програмах навчання дітей від молодшого до старшого віку [85,86,87]. Це сприяє поширенню шкіл, які сприяють здоров'ю, де питання формування здоров'я та здорового способу життя органічно включаються в програми викладання різних предметів, охоплюючи учнів усіх класів[70,88,89,90,91,92]

Таким чином, збереження і зміцнення інституту сім'ї та здоров'я населення з самого раннього віку відноситься до числа пріоритетних державних завдань, а справжнє наукове дослідження, присвячене проблемам якості життя сімей з дітьми, його впливу на формування захворюваності та інвалідизації дітей на послідовних етапах їх життя, набуває особливої актуальності [93,94,95].

Тому із сім'єю, як загальнолюдською інституцією і природним соціальним середовищем розвитку навичок здорового способу життя, пов'язана реалізація головних напрямів і пріоритетів державної політики переважної більшості країн світу в галузі забезпечення здоров'я підростаючого покоління [2,8,11,12,14,35,40,44,46,47,58,62,91].

Таким чином, аналіз опрацьованих літературних джерел дозволив зробити висновок, сім'я - це соціокультурна система, що складається з дорослих і дітей, пов'язаних зобов'язаннями підтримувати один одного емоційно і фізично і об'єднаних у часі, просторі і економічно [3,7,10,42]. Як система сім'я виконує цілий комплекс різноманітних функцій і тим забезпечує своє нормальне існування. Народження сім'ї і її життя, як і всі соціальні структури та явища, підкоряються певним закономірностям. Всі елементи сім'ї взаємопов'язані і складають єдине ціле. Розлади в цій системі, втрата її елементів тягне за собою зміну у всіх інших її частинах і нерідко призводить до кризи і вмирання сім'ї [32,33,36,96].

Спрямування зусиль з профілактики НІЗ на молодь - це збереження потенціалу майбутнього здоров'я нації, це можливість більш суттєво вплинути на формування здорового способу життя. Це відкриває перспективи реалізації загальнодержавних профілактичних заходів щодо НІЗ [97].

В останні десятиріччя НІЗ вбивають 41 мільйон людей щороку, що дорівнює 71% усіх смертей у всьому світі. Нині неінфекційні захворювання є провідною причиною смертності у світі. За оцінками ВООЗ (2018 р.), через НІЗ щороку в світі помирає 41 млн осіб, а 15 млн з них становить група віком

30–69 років [98]. НІЗ є провідною причиною передчасної смерті (смерть, що настала до 70 років) в Україні, і становить 91% від загальної кількості смертей. Серед чотирьох найпоширеніших НІЗ основними причинами смерті є ССЗ (65,8% всіх смертей від усіх причин у 2012 р.; 67,0% – у 2017 р.) та онкологія (14,0% – у 2012 р.; 13,6% – у 2017 р.). Чотири групи захворювань, що включають серцево-судинні захворювання (ССЗ), онкологічні захворювання, діабет і хронічні обструктивні захворювання легень, становлять близько 80% усіх випадків смерті від НІЗ. Більшість причин НІЗ можна попередити; до них належать потенційно змінювані поведінкові фактори ризику, такі як тютюнокуріння, нездорове харчування, недостатня фізична активність і зловживання алкоголем. Ці поведінкові фактори ризику можуть також призводити і до біологічних, зокрема, до надмірної ваги та ожиріння, підвищення артеріального тиску (АТ) та високого рівня холестерину. Якщо не вживати жодних заходів, то протягом наступних трьох десятиліть тягар НІЗ досягне трильйонів доларів втрачених ресурсів через прямі витрати на охорону здоров'я та непрямі витрати через змарнований людський і соціальний капітал. Водночас можливі та економічно вигідні заходи для зменшення тягара та негативного впливу НІЗ існують, а сталі заходи щодо запобігання факторам ризику та поліпшенню охорони здоров'я можуть попередити мільйони передчасних смертей, яких можна запобігти. З огляду на старіння населення та обмежені заходи в галузі охорони здоров'я, цілком імовірно, що тягар НІЗ в Україні найближчими десятиліттями зростатиме. Тривалість життя в Україні залишається відносно низькою порівняно з іншими країнами Європейського регіону ВООЗ: 72,2 роки у 2017 р. порівняно з 82,7 років (наприклад, у Франції). Україна зіткнулася з поступовим старінням населення через низький рівень народжуваності та збільшення тривалості життя: частка пенсіонерів (чоловіки віком від 60 років; жінки віком від 58 років) в країні у 2017 р. становила 28,1% загальної чисельності. Як і в інших європейських країнах, це призвело до зростання

захворюваності та смертності через НЗ, а отже, – до зростання фінансового та соціального тягаря на національну систему охорони здоров'я [13].

Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає, що більшість передчасних смертей від НЗ можна було запобігти [97,98]. Проблема виховання здорового покоління набуває в даний час все більшого значення. На погіршення здоров'я впливають багато факторів, в тому числі і неправильне ставлення населення до свого здоров'я та здоров'я своїх дітей. Погіршення здоров'я дітей шкільного віку стає не тільки медичною, а й серйозною соціальною проблемою. Здоров'я нації розглядається як показник цивілізованості держави, що відбиває соціально-економічне становище суспільства [13,97,98]. Згідно із резолюцією ООН №38/54 від 1997 року здоров'я населення вважається головним критерієм доцільності і ефективності всіх без винятку сфер господарської діяльності. Причому, фахівці вважають, що близько 75% хвороб у дорослих є наслідком умов життя у дитинстві. Однією з причин цього є спосіб життя сімей, де сьогодні виховуються діти. У учнів і їх батьків не сформоване ціннісне ставлення до свого здоров'я, що пояснюється недостатньою пропагандою педагогічних і медичних знань про здоровий спосіб життя [5,6].

У наукових роботах вітчизняних фахівців, присвячених здоров'ю дітей та підлітків, наголошується на детермінованості їх стану здоров'я складним комплексом соціальних, екологічних та медичних чинників [25,30,45,99]. Перші стереотипи здоров'язберігаючої поведінки, безумовно, закладаються в родині, де відбувається засвоєння різноманітних навичок і традицій, образу життя, ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих. Усі складові способу життя родини як соціально-демографічного осередку народження, батьківського утримання і виховання дітей позначаються на їх здоров'ї, світогляді [7,8, 35,40,44,46,47,58].

За даними літератури, системоутворюючим чинником життєдіяльності дітей шкільного віку є навчальна діяльність. Гігієнічна оптимізація навчальної діяльності дітей різного віку ґрунтується на

відповідності психофізіологічних характеристик, чутливих до зовнішніх змін. Взаємодія закладу загальної середньої освіти із сім'єю повинна бути інтегративною за змістом, збагачена психолого-педагогічними і медичними знаннями, які допомагають усвідомити закономірності розвитку дитини у певному середовищі[100-104].

На думку авторів, успішне вирішення проблеми формування здоров'язберезуючого середовища для учнів закладів загальної середньої освіти можливо тільки при об'єднанні зусиль родини і закладу освіти - найважливіших соціальних інститутів, які лише в активній взаємодії забезпечують освітній процес, соціальну адаптацію і збереження здоров'я дітей[105,106].

Необхідність розробки технології одночасного впровадження оздоровчих заходів вдома та в ЗЗСО з різним рівнем сформованості здоров'язберігаючої поведінки учнів підкреслюється як окремими авторами [107], так і визначається напрямом державної політик у багатьох країнах світу [108]. Підкреслюється значущість впровадження здоров'язберігаючих технологій навчальної діяльності учнів, які ґрунтуються на вікових особливостях їх когнітивного розвитку, оптимальному сполученні рухової активності та статичного навантаження, формуванні позитивної мотивації до навчання, розвитку здоров'язберезувальних компетенцій [98,109,110].

Таким чином, зростає роль гігієнічного навчання і виховання дітей шкільного віку, які повинні впливати насамперед на загальну культуру поведінки [42,87,110]. У дослідженнях обґрунтовується важливість спільних зусиль родини та освітнього закладу у одночасному розвитку здоров'язберезувальних та освітніх компетенцій, формування у особистості, яка розвивається, переконаності у необхідності ведення здорового способу життя (використання вільного часу з користю для здоров'я, дотримання режиму дня, вироблення негативного ставлення до таких шкідливих звичок, як куріння, пияцтво, наркоманія)[51,60,62,74,82].

Провідними країнами, де розглядаються проблеми позитивного впливу родини на здоров'я дітей є Швеція Centre for Health Equity Studies (CHESS) та Level-of Living (LNU) project at the Swedish Institute for Social Research (SOFI), Великобританія дослідження соціальних відносин і поліпшення здоров'я Social and Public Health Sciences Unit, Glasgow, Фінляндія National Institute for Health and Welfare, Сполучені Штати (особливості соціальної підтримки родин та вплив різних видів родин - Iowa State University, University of Washington, Centers for Disease Control and Prevention) [70,88,89,90,91,92,111]

Таким чином, провівши аналіз наукових публікацій, ми виявили, що збереження і зміцнення здоров'я дітей є однією з актуальних проблем охорони здоров'я. Рішення даної проблеми має високу соціальну значущість і входить у число найважливіших завдань держави, оскільки здоров'я дітей становить фундаментальну основу для формування громадського здоров'я, трудового потенціалу країни і є фактором національної безпеки. Здоров'я дитячого населення визначається рядом факторів, серед яких провідними є спосіб життя, спадковість, матеріальне і соціальне забезпечення сім'ї. За даними Глобальної стратегії ВООЗ з охорони здоров'я жінок і дітей визначено, що інвестиції у здоров'я дітей мають високу економічну доцільність і забезпечують найкращу гарантію наявності продуктивної робочої сили у майбутньому[97,111,112].

В той же час, існує все більша кількість доказів ефективності інвестицій у здоров'я та розвиток дітей різного віку [70,72] для соціально-економічного розвитку суспільства в цілому. Тематичні дослідження в цьому обсязі складають різноманітні приклади важливості втручання в пізні дитинство та в ранньому-середньому підлітковому віці, підкреслюється здатність молодих людей брати участь та сприяти власному розвитку здоров'я. Хоча це відносно нова сфера діяльності, вона демонструє, що заходи, що ґрунтуються на заходах, спрямованих на підтримку здоров'я у школі, можуть сприяти зусиллям, спрямованим на зменшення розбіжностей в галузі здоров'я, які спостерігаються в житті дітей [113].

Було виявлено, що діалектичний взаємозв'язок між освітою та здоров'ям широко обговорювався в літературі з питань освіти та оздоровлення. Наприклад, нещодавній огляд впливу соціально-економічних чинників на здоров'я населення у країнах з високим рівнем доходу, вказує на зв'язок між позитивним статусом здоров'я з результатами та рівнем освіти [114,115]. Класична "формула", запропонована Тонесом та ін. в 90-х роках [116], вказує, що покращення здоров'я неможливе без освіти в галузі здоров'я, у поєднанні з політикою. Визначення медичної освіти ВООЗ включає соціальну політику та розширення прав і можливостей як ключових принципів освіти в галузі охорони здоров'я: освіта охорони здоров'я - це поєднання запланованих соціальних дій та навчального досвіду, призначеного для того, щоб люди могли отримати контроль над детермінантами поведінки здоров'я та умовами, які впливають на їх стан здоров'я та статус інших [112,116]. Однак розрив між аналітичними концептуалізаціями та реаліями практики є ширшим та великим. Незважаючи на те, що систематичний огляд ефективності шкіл, що просувають здоров'язберезувальні технології підкреслює, що програми, які, швидше за все, ефективні, є складними, багатовимірними та вбудованими в більш ніж одну сферу шкільного життя [70,88,89,90,91,92,111]. Більшість досліджень зосереджуються на навчальних програмах та нехтують більш широкомасштабними підходами до освітніх закладів, що сприяють зміцненню здоров'я, включаючи участь учнів та їх батьків і розширення можливостей. Іншими словами, охорона здоров'я / освіта в школах, зокрема, залишається зосереджена на ізольованій темі охорони здоров'я та на зміні способу життя серед дітей та молоді, а не на стратегіях батьківської та учнівської освіти, які можуть сприяти розвитку їх компетенції, впевненості та мотивації до критичного залучення до проблем здоров'язбереження на соціальному та суспільному рівнях. Мета полягає в тому, щоб підтвердити, що підхід до батьківської освіти відповідно до критичної теорії освіти, що повторює ідеї Фрейера [117], може відігравати важливу роль у вирішенні

детермінантів здоров'я шляхом, перш за все, надання дітям та молоді можливості (як частина освітніх процесів) критично вивчати проблеми здоров'я, включаючи соціальні детермінанти здоров'я, і отримати досвід з ініціювання змін, що сприяють зміцненню здоров'я, в рамках повсякденних сфер своєї школи або суспільства.

На думку багатьох авторів, основною передумовою освітнього підходу, спрямованого на пропаганду здоров'я, треба зробити, щоб здоровий спосіб життя впливав на сталий спосіб, вирішуючи їх детермінанти у школі, сім'ї, суспільстві та на більш широкому рівні, а не лише на рівні особистості [64,72,77]. Виходячи з цієї посилки, проекти треба спрямувати на об'єднання принципів охорони здоров'я, профілактики та зміцнення здоров'я в рамках комплексної програми. Основна увага повинна бути направлена на переорієнтацію молоді та активного залучання до різних тем, включаючи споживання алкоголю, харчування, психічного здоров'я та екологічних проблем, пов'язаних зі здоров'ям.

За даними літератури, в умовах реорганізації сучасної освіти важливою складовою освітнього процесу виділяється організація роботи з сім'ями учнів з метою формування педагогічної культури батьків та формування у дітей уявлень про здоровий спосіб життя. В сім'ї дитина, яка потребує створення особливих умов для розвитку своїх здібностей, повинна почуватися найбільш захищеною, тому проблема створення ефективної системи медико-психолого-педагогічного впливу на сім'ю стає актуальною [26,32,36].

Досить актуально звучать слова В.О.Сухомлинського і сьогодні: «Час і батькам, і вчителям глибоко усвідомлювати, що ні школа без сім'ї, ні сім'я без школи не можуть справитися з найтоншими, найскладнішими завданнями становлення людини»[106].

І тому закономірно, що одним з основних завдань Національної стратегії розвитку освіти в Україні є «підвищення відповідальності сім'ї за освіту і виховання дітей» [118]. Дана проблема активно обговорюється на

державному рівні. Реалізуються заходи, передбачені Конвенцією ООН про права дитини (Розпорядження КМУ від 13.04.2011 № 330-р «Про затвердження плану заходів з виконання у 2011 році Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» від 13.04.2011 № 330-р). «Національна програма патріотичного виховання населення, формування здорового способу життя, розвитку духовності та зміцнення моральних засад суспільства», що передбачають завдання, спрямовані на зміцнення, формування та збереження здоров'я дітей, молоді та дорослих, формування соціально-активної, фізично здорової та духовно багатой особистості [34,85,118].

Погіршення стану здоров'я дітей, за дослідженням сучасних авторів, спричинене нестабільністю суспільства, неповноцінним харчуванням, забрудненням довкілля, неякісною медичною допомогою, низьким життєвим рівнем більшості сімей, важкими соціальними потрясіннями, масовим поширенням алкоголізму, куріння, наркоманії, слабкою системою охорони здоров'я та виховною базою закладів освіти та сім'ї [29,31,53,119]. З кожним роком зростає відсоток дітей, які мають відхилення у здоров'ї, спостерігається тенденція на зростання загального рівня захворюваності у дітей шкільного віку. Тому потреба у формуванні у дітей уявлень про здоровий спосіб життя зростає та потребує пошуку нових шляхів в освіті, вихованні та розвитку дітей шкільного віку.

У сучасній науці накопичений досвід освоєння технологій здоров'язбереження і впровадження їх в освітній процес, який представлений в розробках концептуальних основ сутності здоров'я та здорового способу життя [120-123]; визначенні шкільні фактори ризику, комплексу умов освітнього середовища, що можуть негативно або позитивно впливати на здоров'я дитини [41,45]; обґрунтуванні теоретико-методологічних підстави, педагогічних та організаційно-управлінських умов організації

Узагальнення літературних даних виявило, що у дослідженнях видатних українських вчених розкриті питання психолого-педагогічних аспектів виховання здорового способу життя (І. Бех, Т. Бойченко, О. Гнатюк, В. Горащук, М. Кобринський, Т. Круцевич, В. Оржеховська, І. Поташнюк, С. Свириденко, М. Солопчук; Л. Сущенко та ін.). [6,7,11,71,101,125]. Дослідженням формування здорового способу життя засобами фізичного виховання в умовах шкільного навчання займалися В. Ареф'єв, О. Артюшенко, О. Вацеба, Г. Власюк, Л. Волков, М. Герцик, В. Горащук, В. Дробинський, О. Дубогай, С. Закопайло, М. Зубалій, О. Куц, Н. Москаленко, В. Новосельський, І. Петренко, Р. Раєвський, А. Рибковський, О. Скоробагатів, С. Сичов, Є. Столітенко, А. Турчак, Є. Франків, Б. Шиян, О. Шиян, П. Щербак та інші. Актуальність фізкультурно-оздоровчої роботи висвітлена у працях О. Бичук, О. Вацеби, М. Герцика, К. Жукотинського, О. Леонова, Д. Солопчук, Б. Ашмаріна, В. Бальсевича, Л. Матвеева, Л. Волкова, Г. Сальнікова, А. Сулова, А. Тер-Ованесяна та ін. [4,18,22,111,119,126-128].

Науковці стверджують, що у формуванні знань з основ здорового способу життя та переходу їх у стійкі переконання, вироблення навичок і вмінь у дітей шкільного віку заклад освіти і сім'я відіграють вирішальну роль. Тому збереження здоров'я дітей розглядається як справа державної значущості, як спільне завдання суспільства, школи, родини і самої дитини, бо «здобути і зберегти здоров'я може лише сама людина» – запевняв один із засновників руху за здоровий спосіб життя, академік М. Амосов [129,130];. Здоровий спосіб життя – це діяльність, спрямована на формування, збереження та зміцнення здоров'я людей, як необхідної умови для прогресивного розвитку суспільства в усіх його напрямках [119,130].

Під поняттям «здоровий спосіб життя» літературні джерела розуміють не просто суму засвоєних знань, а стиль життя, адекватну поведінку в різних ситуаціях. Діти можуть опинитися в несподіваних ситуаціях на вулиці і вдома, тому головним завданням є розвиток у них самостійності і

відповідальності. Діти повинні вміти застосовувати набуті знання на практиці у реальному житті [100,131].

Відповідно до літературних даних, ефективність формування здорового способу досягається завдяки цілісному (інтегративному) підході, що визначається вихованням в учнів, їхніх батьків і педагогів аксіологічного підходу, спрямованого на опанування пріоритетних цінностей, пов'язаних не тільки зі збереженням життя і зміцненням здоров'я, але й необхідністю повсякденного дотримання певних норм буття усіма суб'єктами освітнього процесу [64,87,130].

Актуальність проблеми полягає в тому, що сучасна родина включається в безліч сфер життєдіяльності суспільства [118,119]. При цьому, скорочення вільного часу батьків через необхідність пошуку додаткових джерел доходу, психологічне перевантаження, стреси і наявність інших патогенних факторів сприяють розвитку у батьків синдрому хронічної втоми, що в свою чергу не дозволяє їм приділяти належної уваги своїй дитині. Незважаючи на зацікавленість батьків у збереженні здоров'я дитини, їм не завжди вдається грамотно вирішити більшість питань і проблем які з'являються, тим більше, що багато дітей більшу частину часу перебувають в закладі освіти. Тому заклад освіти має надати істотну допомогу родині в збереженні і зміцненні фізичного і психологічного здоров'я дитини. Здоров'я дитини з перших днів життя залежить від того мікросоціуму, який її оточує [116].

Зростання захворюваності, яке зараз спостерігається, пов'язаний не тільки з несприятливою екологічною обстановкою, з постійним зростанням навантажень, психоемоційним перенапруженням і гіподинамією, а й з відмовою батьків вести здоровий спосіб життя. Фахівці занепокоєні, що інтенсивно зростає кількість дітей з нервово-психічними розладами [97,116].

Таким чином, здоров'я дітей безпосередньо залежить від умов життя в родині, санітарної грамотності, гігієнічної культури батьків і рівня їх освіти. Часто рівень знань і умінь батьків в області виховання звички до здорового

способу життя невисокий, а інтерес до даної проблеми виникає лише тоді, коли дитині вже потрібна психологічна або медична допомога. Більшість батьків не розуміють самої суті поняття «здоров'я», розглядаючи його лише як відсутність захворювань, абсолютно не враховуючи взаємозв'язку фізичного, психічного і соціального благополуччя. В результаті у дітей формуються шкідливі звички, від яких позбутися буває дуже важко. Готовність до здорового способу життя не виникає сама собою, а формується у людини з ранніх років, перш за все всередині сім'ї, в якій народилася і виховувалась дитина [115].

Не дивлячись на активну увагу з боку держави та педагогічної громадськості на проблему формування здорового способу життя учнів спостерігається негативна тенденція щодо погіршення стану здоров'я учнівської молоді [1]. Однією з головних причин цього, на нашу думку, є відсутність співпраці педагогічного колективу та батьків, необізнаність батьків з даною проблемою, відсутність свідомого ставлення до свого здоров'я як учнів, так і їх батьків, неосвіченість вчителів щодо правильних форм та методів формування, зміцнення та укріплення здоров'я учнів.

Узагальнення літературних даних виявляє, що для успішного та вдалого формування здорового способу учнів у закладах освіти пропонується об'єднати усіх учасників освітнього процесу (учні, вчителі, батьки) для розв'язання завдань щодо формування здоров'язберезувальних компетенцій учнів. Для цього необхідно довести всі елементи освітнього процесу у відповідність із станом здоров'я і психофізіологічними можливостями учнів і здійснювати оздоровче супроводження освітнього процесу, передбачати такі напрямки роботи як: оздоровче обґрунтування та експертиза навчально-виховної роботи, діагностика й корекція здоров'я учнів, профілактичні заходи, допомога в розвитку дітей [10,17,23].

Висновки до 1 розділу

Таким чином, на основі теоретичного аналізу проблеми виокремлено та констатовано що формування здоров'язберезувального середовища є

актуальною проблемою, тому що погіршення здоров'я дітей шкільного віку в Україні стало не тільки медичною проблемою, а й серйозною педагогічною проблемою. В ході проведеного огляду літератури було визначено, що сучасна концепція здорового способу життя визначає його як усвідомлене в своїй необхідності постійне виконання гігієнічних правил зміцнення і збереження індивідуального та громадського здоров'я, а здобуття здорових звичок і навичок виховуються з раннього дитинства, тобто знання про вплив навколишніх предметів на здоров'я; відмова від куріння, вживання наркотиків, вживання алкоголю; помірне, відповідне фізіологічним особливостям харчування, інформованість про якість вживаних продуктів; фізично активне життя з урахуванням вікових та фізіологічних особливостей; дотримання правил особистої та громадської гігієни; загартовування. Формування у школярів здорового способу життя вимагає створення здоров'язберігаючих технологій.

Результати аналізу літературних джерел свідчать, що в даний час актуальною проблемою сучасного суспільства стає формування здорового способу життя людей, який, в свою чергу є не тільки основою хорошого самопочуття дитини, а й шляхом до оздоровлення нації, тому важливою стає проблема розбудови новітньої системи співпраці усіх суб'єктів освітнього процесу за для досягнення цієї мети.

Узагальнення літературних даних дозволило визначити основні задачі щодо формування здоров'язберігаючого середовища у родинах. Зазначено, що сучасна концепція здорового способу життя визначає його як усвідомлення необхідного виконання гігієнічних правил зміцнення і збереження індивідуального та громадського здоров'я, а здобуття здорових звичок і навичок виховуються з раннього дитинства, тобто знання про вплив навколишніх предметів на здоров'я; відмова від куріння, вживання наркотиків, вживання алкоголю; помірне, відповідне фізіологічним особливостям харчування, інформованість про якість вживаних продуктів; фізично активне життя з урахуванням вікових та фізіологічних особливостей;

дотримання правил особистої та громадської гігієни; загартовування, а роль сім'ї в системі цієї розбудови, багато в чому визначає, ким стане дитина в майбутньому, в тому числі, який спосіб життя вона обере. Але через кількість неповних та неблагополучних сімей, людина починає своє життя в нездоровій обстановці і спосіб життя він вибере нездоровий. Таким чином, можна зробити висновок, що сім'я відіграє вирішальну роль у вихованні здорового покоління.

Аналіз опрацьованих літературних джерел дозволив зробити висновок, що важливою умовою для досягнення високої якості життя є відмова від шкідливих звичок та навичка правильного, раціонального харчування, тому що харчова поведінка людини – смакові переваги, дієта, режим харчування – залежить від культурних, соціальних, сімейних, біологічних факторів.

Провідні українські вчені (А. М. Сердюк, І. В. Сергета, Н. С. Полька, С. В. Гозак, Е. М. Білецька, С. А. Щудро, Г. М. Даниленко, О. О. Щербакова, Л. В. Подрігало) вважають, що комплексне використання здоров'язберігаючих технологій в підсумку формують у дитини стійку мотивацію на здоровий спосіб життя та закладають основу для формування як фізичного так і психічного, соціального і духовного здоров'я. Таким чином, тільки за умов плідної співпраці всіх суб'єктів освітнього процесу (учні, вчителі, батьки) буде результативності у формуванні здорового способу життя та зміцненні здоров'я дітей.

Матеріали даного розділу відображені в публікаціях [132,133].

РОЗДІЛ 2

ОБ'ЄКТ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Робота була виконана на базі державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України».

Дослідження було проведено в декілька етапів із застосуванням відповідного методологічного інструментарію, за допомогою якого був проведений збір інформації, сформовані бази даних, проведено їх статистичну обробку, аналіз і візуалізацію. У процесі досліджень застосовувалися наступні методи: гігієнічні – для оцінки умов життєдіяльності учнів ЗЗСО в родині та закладі освіти; соціологічні – для оцінки рівня сформованості навичок здорового способу життя та здоров'яформуючої поведінки; клінічні – для оцінки стану здоров'я; психодіагностичні – щодо визначення особистісних властивостей учнів; медико-статистичні – для статистичної обробки отриманих матеріалів, статистичні – для встановлення зв'язків між чинниками освітнього середовища родини, медико-соціальними і психологічними особливостями життєдіяльності учнів у родині та станом їх здоров'я, визначення чинників ризику.

Всі дослідження схвалені Комісією з медичної етики ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України». Перед початком будь-яких дослідницьких процедур була отримана інформована згода батьків. Дослідження проводилися згідно принципам, відображеним в Хельсінській Декларації. Для статистичної обробки використовувалися пакет прикладних програм SPSS-17 (ліцензія № d47646601451106a68cb) і Microsoft® Excel'2007 (ліцензія SMPJ6-YBX7P-CJPKF-62GPW-F). Обчислювалися відсотки, середні значення і їх помилки, дисперсійний аналіз проводився за розподілом Фішера, кореляційний аналіз (використаний коефіцієнт кореляції Пірсона і ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена, обчислювалися кількість значущих зв'язків, що доводиться на одного випробовуваного, частоти значущих кореляцій в різних частотних діапазонах). Для оцінки достовірності

відмінностей застосовувалися непараметричні методи: для незалежних вибірок - критерій "U" Вілкоксона-Манна-Уїтні, для порівняння парних вибірок - критерій Вілкоксона (Антомонов М., 2018). Задачі та методи представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Задачі, методи та обсяг дослідження

№ з\п	Задачі дослідження	Об'єкти	Методи	Обсяг
1	2	3	4	5
1	Дослідити гігієнічні та медико-соціальні проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей шкільного віку в умовах сучасної родини.	Літературні джерела	Бібліографічний аналіз	180 джерел
2	Встановити чинники ризику погіршення стану здоров'я учнів ЗЗСО, що обумовлені впливом родини.	Діти та батьки 2 ЗЗСО з них 1-і класи 2-і класи 5-і класи	Гігієнічні, соціологічні (анкетування), клінічні, психофізіологічні, статистичні	250 батьків 400 дітей з них 250 60 90
3	Визначити чинники формування здоров'язбережуючого середовища в родинях учнів ЗЗСО.	7 ЗЗСО з них 6-і класи 7-і класи 9-і класи	Соціологічні (анкетування), статистичні, математичні	1482 з них 422 613 470
4.	Виявити статево-вікові особливості впливу родини на збереження і зміцнення здоров'я та формування навичок здорового способу життя дітей шкільного віку.	15 ЗЗСО 9-і класи 7-і, 8-і класи	Соціологічні (анкетування), психологічні, статистичні, математичні	1025 191
5.	Обґрунтувати і розробити систему заходів збереження і зміцнення здоров'я учнів ЗЗСО в умовах родини.	1-і класи 5-і класи	Скринінг-оцінка, математичні	90

Дисертаційна робота базується на аналізі досягнень вітчизняних і зарубіжних дослідників з проблеми медико-психологічного супроводу навчальної діяльності учнів ЗЗСО з урахуванням сучасної негативної тенденції щодо погіршення стану здоров'я дітей шкільного віку. Програма дисертаційної роботи ґрунтується на гіпотезі щодо можливості попередження стійких порушень здоров'я учнів початкової та основної школи, шляхом гігієнічного обґрунтування умов формування здоров'язбережуючого середовища в родині учнів, як складової цілісної системи первинної профілактики неінфекційних захворювань учнів ЗЗСО. Програма складалася з 5 послідовних етапів дослідження.

Перший етап. Бібліографічний аналіз був присвячений аналізу сучасної української та світової наукової літератури стосовно проблеми погіршення здоров'я учнів ЗЗСО різного віку, досліджено статеві та вікові особливості впливу родини на здоров'я та формування навичок здорового способу життя дітей шкільного віку та враховано світовий досвід стосовно вирішення проблем профілактики шкідливих звичок, здоров'язбережуючої харчової поведінки та оптимальної фізичної активності щодо учнівської молоді.

Проведений системний аналіз джерел інформації допоміг конкретизувати напрямок дослідження, визначити об'єкт та предмет дослідження, розробити програму, сформулювати мету, завдання, обґрунтувати методи і обсяг досліджень, що було основою для другого етапу роботи.

Другий етап. Для вивчення гігієнічної та медико-соціальної оцінки був проведений порівняльний аналіз даних комплексного медичного огляду серед учнів перших класів двох закладів загальної середньої освіти, аналіз динаміки їх фізичного розвитку та скринінг-опитування. На підставі лонгитудинального дослідження стану здоров'я учнів початкової школи, від першого класу до п'ятого, динаміки їх адаптації до навчальної діяльності та аналізу медико-соціальних чинників життєдіяльності їх родини, визначалися чинники ризику погіршення здоров'я молодшого шкільного віку, що

обумовлені впливом родини. Також було проведене нейродинамічне дослідження діяльності головного мозку учнів у динаміці навчального року на етапі сформованої адаптації до навчальної діяльності (2 клас, ті самі діти) у режимах «фон» та «когнітивне навантаження» і аналіз розумової працездатності учнів у динаміці навчального року.

Одночасно було проведене соціально-гігієнічне анкетування учнів та їх батьків [134,135]. Стан здоров'я учнів вивчався в динаміці навчального року за результатами поглибленого медичного огляду спеціалістами інституту (педіатр, отоларинголог, ендокринолог, психоневролог, окуліст, психолог). У роботі був використаний комплексний метод вивчення стану здоров'я, який дозволяє виявити розповсюдженість захворювань, морфологічних порушень і функціональних відхилень [136]. На основі індивідуальної оцінки кожного учня всі досліджувані в залежності від стану здоров'я були розподілені на групи здоров'я у відповідності з вищезазначеними рекомендаціями.

Проведене лонгитудинальне дослідження стану здоров'я учнів початкової школи, від першого класу до п'ятого, оцінки їх адаптації до навчальної діяльності та аналізу медико-соціальних чинників життєдіяльності їх родини. У роботі був використаний комплексний метод вивчення стану здоров'я, який дозволяє виявити поширеність захворювань, морфологічних і функціональних порушень. Вивчення суб'єктивної оцінки стану здоров'я учнів та режиму дня проводилось за спеціально розробленими скринінг-анкетами [137,138]

Проведене дослідження динаміки розумової працездатності учнів (упродовж навчального тижня напочатку, у середині та наприкінці навчального року) та запис ЕЕГ для оцінки індивідуальних характеристик нервової системи. Реєстрація ЕЕГ проводилася в двох режимах – фоновому (стан спокійного пильнування) і під час виконання ментального навантаження (зворотний рахунок в умі). На підставі отриманих даних робилися висновки про активованість нервової системи по частоті альфа-ритму [139].

На основі одержаних даних вивчалася патологічна ураженість (ПУ) за основними класами хвороб (випадків на 1000 оглянутих дітей у промілях), а також рангова структура ПУ учнів (у відсотках) згідно з “Міжнародною статистичною класифікацією хвороб” МКХ-10” [140]. Гостра захворюваність оцінювалася на підставі пропущення учнями навчальних днів.

Вивчення суб'єктивної оцінки стану здоров'я учнів та режиму дня проводилось за спеціально розробленою скринінг-анкетой [138]. Для суб'єктивної оцінки рівня здоров'я учнів склалися позитивні відповіді по кожному з питань анкети, з урахуванням їхнього специфічного відношення до кожної з груп патологічних станів (визначено експертно). Розраховувався рівень неблагополуччя здоров'я (РНЗ) за формулою 1.1:

$$\text{РНЗ} = \frac{\sum a}{N_a} \times 100 \quad (1.1)$$

де $\sum a$ – сума балів за показником, що аналізується;

N_a – кількість питань за показником, що аналізується.

Вивчення характеру змін показників фізичного розвитку проводилися за допомогою обстежень на початку і в кінці навчального року, які включали вимір антропометричних (зріст, маса тіла, обвід грудей) і фізіометричних показників (динамометрія сили рук і витривалість, спірометрія). На підставі раніше розроблених “Лінійних діаграм для оцінки фізичного розвитку школярів”, визначалася гармонійність фізичного розвитку учнів [141]. Проводилася оцінка перцентильного розподілу індексу маси тіла (ІМТ) в учнів згідно до Наказу №55 МОЗ України від 03.02.2009.

Психофізіологічна частина дослідження включала запис ЕЕГ для оцінки індивідуальних характеристик нервової системи. Реєстрація ЕЕГ проводилася в двох режимах – фоновому (стан спокійного пильнування) і під час виконання ментального навантаження (зворотний рахунок в умі).

Обстеження і реєстрація ЕЕГ проводилися в лабораторії функціональної діагностики ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України». Був розроблений уніфікований протокол обстеження, який

включав наступні методики. Для вивчення функціональної активності мозку, використовувалася реєстрація комп'ютерної електроенцефалограми. Для оцінки емоційного стану випробовуваних проводився паралельний запис ЕЕГ і варіабельність серцевого ритму.

Запис ЕЕГ проводився із закритими очима. Після накладення електродів випробовуваний проводив якийсь час в кріслі для того, щоб розслабитися і заспокоїтися. Енцефалографічна сесія складалася з декількох подій:

- 1) фонові записи в стані спокійного пильнування за відсутності світла і інших сторонніх подразників. Кожний запис продовжувався протягом 150 с;
- 2) проби на відкриття і закриття очей протягом 150 с (30 с до розплющення очей, 40-60 с з розплющеними очима, решта часу із закритими очима);
- 3) функціональне навантаження, призначене для виконання послідовних розумових операцій, що викликає легку інтелектуальну напругу (зворотний рахунок в умі – від 1000, 999 і т.д.). Запис продовжувався протягом 150 с.

ЕЕГ реєструвалася монополярно з референтним «усередненим електродом» по D. Goldman – F. Offner (1950) [79, 142-144] з симетричних областей півкуль. Електроди накладалися по міжнародній системі «10-20». В роботі використовувалися стандартні відведення: OGL, OGR, Fp1, Fpz, Fp2, F3, Fz, F4, F7, F8, C3, Cz, C4, T3, T4, T5, T6, P3, Pz, P4, O1, Oz, O2. Електроди також накладалися на зап'ястки для паралельного запису ВСР. Для реєстрації ЕЕГ і ВСР використовувався 24 канальний електроенцефалограф фірми «DX-системи». Введення ЕЕГ в комп'ютер здійснювалося за допомогою АЦП з частотою дискретизації 400 Гц на канал і 16 розрядним дозволом. Сполучення підсилювача ПК через плату інтерфейсу з повною гальванічною ізоляцією пацієнта від сіті забезпечувало безпеку обстеження.

Для аналізу ЕЕГ вибиралися безартефактні ділянки ЕЕГ тривалістю 35-40 с в стані «спокійного пильнування» (як правило, фон 2). Реєстрація

ЕЕГ дітей в стані спокійного пильнування забезпечує можливість досліджувати і об'єктивно оцінити стан нейродинаміки в різних областях півкуль в той час, коли вони не залучені в рішення якої-небудь конкретної задачі.

Для аналізу ЕЕГ в умовах ментального навантаження (зворотний рахунок в умі) вибиралася ділянка, що лежить максимально близько до кінця запису. Ця функціональна проба дозволяла оцінити особливості нейродинаміки в умовах напруженої інтеграційної діяльності.

Для виявлення нейрофізіологічних маркерів стану нервової системи використовувався розроблений нами комплексний підхід, що складався з декількох етапів аналізу ЕЕГ, кожний з яких дозволяє кількісно оцінити різні властивості електричної активності мозку по ЕЕГ.

Аналіз ЕЕГ здійснювали за допомогою системи комп'ютерної ЕЕГ NeuroResearcher® Innovation Suite [144, 145]. На даному етапі проводився спектральний аналіз ЕЕГ.

На підставі отриманих даних робилися висновки про активованість нервової системи по частоті альфа-ритму, велика частота альфа-активності характеризує більш високий індивідуальний рівень активації.

Оцінка нейрогуморальної регуляції за даними спектрального аналізу варіабельності серцевого ритму «Спектральний аналіз варіабельності серцевого ритму» (САВСР) проводили за допомогою комп'ютерного електрокардіографа «Кардіолаб» з використанням програмного комплексу NeuroResearcher®-Cardio-Tension-Test® (модуль Heart Rate Variability Analysis).. Обробці піддавали середні, без артефактів, 5 хвилин 7-хвилинного моніторного запису ЕКГ у II стандартному відведенні. Вивчали наступні показники:

TP (мсек²) - загальна потужність спектру;

VLF (мсек²) - потужність спектру в зоні дуже низьких частот;

LF (мсек²) - потужність спектру в зоні низьких частот;

HF (мсек²) - потужність спектру в зоні високих частот;

LF/HF – індекс симпатовагального балансу.

Комплексна оцінка ВСР передбачала діагностику функціональних станів. Оцінка стресорного ефекту дії навколишнього середовища на організм дитини проводилась за показником активності регуляторних систем (ПАРС). Обчислення ПАРС здійснюється в балах за алгоритмом, що враховує п'ять критеріїв, на підставі яких можливо діагностувати наступні функціональні стани:

- стан функціональної норми або стан задовільної адаптації (ПАРС = 1-3);
- стан функціональної напруги, донозологічний стан (ПАРС = 4-5);
- стан перенапруги або стан незадовільної адаптації (ПАРС = 6-7);

стан виснаження регуляторних систем або зриву адаптації, хвороба (ПАРС = 8-10) [144]. Для оцінки ступеня емоційної напруги і вегетативних показників проводився аналіз варіабельності серцевого ритму. Параметри ВСР визначали з використанням програмного комплексу NeuroResearcher®-Cardio-Tension-Test® (модуль Heart Rate Variability Analysis) [146]. Проводився розрахунок статистичних і спектральних показників ВСР. Спектральний аналіз ритмограми проводився з використанням швидкого перетворення Фур'є [139-147].

Третій етап. Для визначення соціально-гігієнічних чинників ризику погіршення здоров'я та якості життя учнів загальноосвітніх навчальних закладів різного віку, було проведено дослідження гендерних особливостей впливу родини на формування навичок здорового способу життя дітей шкільного віку в умовах інтенсифікації їх навчальної діяльності, гігієнічну характеристику харчової поведінки та фізичної активності учнівської молоді та обґрунтування системи заходів збереження і зміцнення здоров'я дітей шкільного віку в умовах родини.

Дослідження проводилось за допомогою анкетування учнів базової школи: шості класи (422 учнів), сьомі класи (613 учня) та дев'яті класи (470 учня). Данні зібрані за допомогою опитувальника «Методика оцінки впливу

близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками», розробленого ДУ «ІОЗДП НАМН» [148].

Опитувальник складається з 60 питань, які необхідно оцінити за рівнем прояву та 5-6 ознак, які оцінюються за наявністю/відсутністю. Респондент ставить хрестик або рисочку навпроти відповіді найбільш характерної для нього. За допомогою опитувальника дитина розкриває основні причини можливих порушень здоров'я, а саме розповсюдження шкідливих звичок серед своїх ровесників, тобто вживання алкоголю, наркотиків, тютюнокуріння. Питання 4 - 13 стосуються успішності навчання (як ти навчаєшся, з якими почуттями ти йдеш до школи, наскільки важливі для тебе оцінки, скільки часу ти витрачаєш на домашні завдання). 14 питання стосується булінгу у школі (як часто тебе ображали/ принижували/ знущалися над тобою 1. Не було 2. Було 1-2 рази 3. Було 2-3 рази на місяць 4. Щотижня). Дитина обирає одну відповідь. Питання 15 - 22 стосуються сім'ї та взаємин з рідними (з ким ти живеш, яку освіту мають твої батьки, яким чином тебе карають за провину, на які теми найчастіше з тобою розмовляють батьки, чи мають батьки шкідливі звички). Респонденти можуть обрати декілька відповідей. Питання 22-23 характеризують наскільки дитина задоволена життям та власним самопочуттям. Питання 25-45 стосуються ставлення до шкідливих звичок (чи пробував курити, в якому віці, чи приймаєш наркотичні речовини, яка причина паління\ вживання наркотичних речовин). 46 питання характеризує харчові звички дитини\родини. Питання 48-55 стосовно поведінки та вільного часу (скільки вільного часу ти маєш, як часто ти вживаєш нецензурні слова, скільки книжок ти прочитав). 57-60 від чого залежить життя, на думку дитини, та якою мірою дитина піклується про стан свого здоров'я (від чого залежить твоє життя, як ти піклуєшся про своє здоров'я).

Обробка результатів: усі відповіді мають власне цифрове значення. Інтерв'юер заносить до бази даних лише цифри. Наприклад питання №26. Скільки сигарет ти викури́в (-ла) за останні 30 днів: 1. Не курю 2. Жодної 3.

Одну на тиждень (наша відповідь) 4. Одну на добу 5. 2-5 сигарет 6. 6-10 сигарет 7. Більше 10 на добу. До бази даних формату excel у графі строк записується порядковий номер дитини, а до графі стовпчиків порядковий номер питання. На питання 26 у графі строк заносимо 3. На питання з декількома відповідями треба у графі стовпчиків обрати декілька осередків таблиці, а у графі строк поставити лише наявність відповіді -1 або відсутність відповіді- пустий осередок таблиці. Як наприклад питання № 59 Найбільш важливу інформацію про куріння, алкоголь чи наркотики за останній місяць ти отримав (-ла) від (можливі декілька відповідей):

При індивідуальній оцінці стану дитини прогностично несприятливим для дитини є шкідливі звички, нераціональне харчування, низька фізична активність та погано розбудований режим дня. При колективній оцінці результатів можна порівняти відсоток відповідей у різних колективах, містах, гендерну різницю відповідей. Виявлення ознак погіршення здоров'я буде вимагати колективну та індивідуальну розбудову здоров'язберігаючих заходів. Результати анкетування можливо використовувати як узагальнено для усіх 60 питань, так і окремо лише по деяким питанням.

Для дослідження соціальної пристосованості дітей, сфери їх міжособистісних відносин та їхнього сприйняття внутрішньосімейних відносин, а також впливу цих відносин на шкільну адаптацію була проведена проєктивна методика Рене Жиля, яка дозволяє виявити конфліктні зони в системі міжособистісних відносин дитини. Визначення внутрішньо - групових взаємодій між учнями класу проведено за допомогою модифікованої версії методики Дж. Морено [149].

Для діагностики особливостей дітей, рівня і характеру тривожності, пов'язаної зі школою, оцінки емоційних особливостей стосунків дитини з однолітками і вчителями використано методику Філіпса «Тест шкільної тривожності». Емоційну прихильність, соціально-бажаний образ батьківського відношення, міжособистісну дистанцію в спілкуванні з дитиною, форму і спрямованість контролю за поведінкою дитини,

особливості сприйняття та розуміння дитини батьками досліджено за методикою «Тест-опитування батьківського ставлення» [150-154].

Четвертий етап. Дослідження медико-соціальних особливостей впливу родини на життєдіяльність підлітків було проведене на підставі анонімного анкетування 1025 дітей (492 хлопців та 506 дівчат) 15-16 років, учнів дев'ятих класів ЗНЗ України (Харків, Київ, Вінниця, Дніпро, Львів). Опитувальник «Методика оцінки впливу близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками» містив як альтернативні, так і рейтингові питання. Вивчення соціально-психологічних особливостей розвитку особистості підлітків, які виховуються в повних та неповних сім'ях, проводилося на базі двох гімназій міста Харкова. Дослідженням було охоплено 191 учень 7-х і 8-х (з повних сімей 133 учня, у неповних сім'ях - 58 учнів), був обраний 14-факторний особистісний опитувальник Кеттелла (підлітковий варіант).

Заключний *п'ятий етап* полягав у обґрунтуванні, розробці та впровадженні моделі здоров'язбережувючих технологій для раннього виявлення та первинної профілактики неінфекційних хвороб, для чого був використаний аналіз проведених досліджень, світовий та вітчизняний досвід. Було визначено медичну та педагогічну ефективність запропонованої моделі, та розроблено програму медико-психологічного супроводу родин учнів під час переходу до базової школи [132].

Для дослідження соціальної пристосованості дітей, сфери їх міжособистісних відносин та їхнього сприйняття внутрішньосімейних відносин, а також впливу цих відносин на шкільну адаптацію була проведена проєктивна методика Рене Жиля [149-156], яка дозволяє виявити конфліктні зони в системі міжособистісних відносин дитини, що дає можливість на них впливати, поліпшуючи їх адаптацію до шкільних умов. Методика Рене Жиля є візуально-вербальною й складається з сорока двох малюнків, на яких зображені діти або діти та дорослі, з коротким текстом, що пояснює зображену ситуацію та питанням до досліджуваного, а також текстових

завдань. Її спрямованість - виявлення особливостей поведінки дітей в різних життєвих ситуаціях. Школярі повинні були вибрати собі місце серед намальованих людей або ідентифікувати себе з персонажем, що займає певне місце в зображеній групі. В текстових завданнях досліджувані повинні вибрати типову форму поведінки. Психологічний матеріал, що характеризує систему особистісних відносин дитини, можливо умовно розділити на дві великі групи змінних:

1. Змінні, що характеризують конкретно-особистісні відносини дитини: ставлення до сімейного оточення (мати, батько, бабуся, сестра та ін.), ставлення до друга або подруги, до авторитетного дорослого та ін.

2. Змінні, що характеризують саму дитину й проявляються в різних відносинах: товарицькість, обережність, спрямованість на домінування, соціальна адекватність поведінки.

Виділяють 12 ознак: ставлення до матері, ставлення до батька, ставлення до матері й батька, як до сімейної пари, ставлення до братів та сестер, ставлення до бабусі й дідуса, ставлення до друга, ставлення до вчителя (авторитетного дорослого), допитливість, спрямованість на домінування, товарицькість, відгородженість, адекватність. Ставлення до певної особи проявляється в кількості виборів конкретної особи, виходячи з максимальної кількості завдань, спрямованих на визначення відповідного відношення.

Статистичний аналіз був проведений з використанням Excel, SPSS-17.

Для оцінки творчого мислення використовували скорочений варіант фігурної батареї тесту Е. Торренса – завдання на завершення малюнків. В цьому тесті креативність операціоналізується через чотири параметри – оригінальність, гнучкість та побіжність. Оригінальність визначається за частотою нетривіальних малюнків; гнучкість визначається за кількістю різних категорій відповідей; побіжність визначається за кількістю створених завершених малюнків [146].

Для визначення внутрішньогрупових взаємодій між учнями класу, а також визначення статусів та ролей в класному колективі ми обрали соціометричний тест. Соціометрію ми проводили за допомогою модифікованої версії методики Дж. Морено. Методика містить у собі 10 питань, що стосуються наступних критеріїв: організаторські здібності; навчання; довіра; матеріальна довіра; дружба; авторитет; спорт; акуратність, зовнішній вигляд; гумор; працьовитість. Важливим діагностичним коефіцієнтом, що характеризує відносини, що існують в групі, є показник задоволеності дітей своїми відносинами з однолітками або згуртованості. Він визначається як процентне відношення дітей, що мають взаємні вибори, до загальної кількості дітей в групі [150-155].

Для діагностики особливостей дітей, рівня і характеру тривожності, пов'язаної зі школою, оцінки емоційних особливостей стосунків дитини з однолітками і вчителями ми використовували методику Філіпса «Тест шкільної тривожності» [151]. Показники цього тесту дають уявлення як про загальну тривожність – емоційний стан дитини, пов'язаний з різними формами його включення в життя школи, так і у приватних видах проявів шкільної тривожності. У тесті тривожність розділяється на 8 видів: 1) загальна тривожність у школі; 2) переживання соціального стресу; 3) фрустрація потреби в досягненні успіху; 4) страх самовираження; 5) страх ситуації перевірки знань; 6) страх не відповідати очікуванням оточуючих; 7) низька фізіологічна опірність стресу; 8) проблеми і страхи у відношенні з вчителями .

Емоційну прихильність, соціально-бажаний образ батьківського відношення, міжособистісну дистанцію в спілкуванні з дитиною, форму і спрямованість контролю за поведінкою дитини, особливості сприйняття та розуміння дитини батьками ми мали змогу дослідити, використовуючи методику «Тест-опитування батьківського ставлення» (А. Варга, В. Століна) [152].

Структура методики включає в себе 5 шкал:

1."Прийняття-Відторгнення". Шкала віддзеркалює емоційне інтегральне відношення батьків до дитини; 2."Кооперація" – це соціально бажаний образ батьківського відношення; 3."Симбіоз". Шкала віддзеркалює міжособистісну дистанцію в спілкуванні з дитиною; 4."Авторитарна гіперсоціалізація". Ця шкала віддзеркалює форму й напрямок контролю за поведінкою дитини; 5."Маленький невдаха". Шкала віддзеркалює особливості сприйняття й розуміння дитини батьками.

Матеріалом, з яким працювали досліджувані, був текстовий буклет, що містив 61 пункт. Інструкція передбачала відповіді: "так", "ні", які фіксувалися досліджуваними. Інтерпретація проводилася шляхом аналізу шкал. Якщо число балів, відповідно до певної шкали, досягає або перевищує зазначене діагностичне значення, то в обстежуваного батька діагностується той або інший тип виховання.

Для визначення провідних цілей навчальної діяльності учнів базової школи, що зумовлюють актуалізацію мотивів навчальної діяльності, нами було використано опитувальник «Цілі досягнення у навчальній діяльності учнів базової школи» (Т. Гордєєва та В.Баранова, адаптовано О. Щербакова) [151-155]. Існують три основні цілі навчальної діяльності – 1) цілі уникнення навчальних невдач, що характеризується більшою навчальною тривожністю, страхом невдачі, нижчою академічно успішністю в учнів; 2) цілей вдосконалення навчання, що розкривається через мотивацію успіху та страх перевірки знань, високу академічну успішність учнів; 3) цілей переваги над однокласниками, яка взаємообумовлена відсутністю страху не відповідати вимогам, а також страху самовираження, високою академічною успішністю.

Для дослідження соціальної пристосованості дітей, сфери їх міжособистісних відносин та їхнього сприйняття внутрішньосімейних відносин, а також впливу цих відносин на шкільну адаптацію була проведена проективна методика Рене Жилия, яка була вперше опублікована автором в 1959 році, а потім адаптована до російськомовного середовища І.Н. Гіляшевою та Н. Д. Ігнатієвою в 1976–1978 роках. Методика дозволяє

виявити конфліктні зони в системі міжособистісних відносин дитини, що дає можливість на них впливати, поліпшуючи їх адаптацію до шкільних умов.

Методика Рене Жиля є візуально-вербальною й складається з сорока двох малюнків, на яких зображені діти або діти та дорослі, з коротким текстом, що пояснює зображену ситуацію та питанням до досліджуваного, а також текстових завдань. Її спрямованість - виявлення особливостей поведінки дітей в різних життєвих ситуаціях. Школярі повинні були вибрати собі місце серед намальованих людей або ідентифікувати себе з персонажем, що займає певне місце в зображеній групі. В текстових завданнях досліджувані повинні вибрати типову форму поведінки. Психологічний матеріал, що характеризує систему особистісних відносин дитини, можливо умовно розділити на дві великі групи змінних:

1. Змінні, що характеризують конкретно-особистісні відносини дитини: ставлення до сімейного оточення (мати, батько, бабуся, сестра та ін.), ставлення до друга або подруги, до авторитетного дорослого та ін.

2. Змінні, що характеризують саму дитину й проявляються в різних відносинах: товариськість, обережність, спрямованість на домінування, соціальна адекватність поведінки.

В основному виділяють 12 ознак: ставлення до матері, ставлення до батька, ставлення до матері й батька, як до сімейної пари, ставлення до братів та сестер, ставлення до бабусі й дідуся, ставлення до друга, ставлення до вчителя (авторитетного дорослого), допитливість, спрямованість на домінування, товариськість, відгородженість, адекватність. Ставлення до певної особи проявляється в кількості виборів конкретної особи, виходячи з максимальної кількості завдань, спрямованих на визначення відповідного відношення.

Математична обробка включала наступні методи:

а) розрахунок первинних статистичних показників (середнього арифметичного - \bar{x} , помилки середнього - $S_{\bar{x}}$, середньоквадратичного відхилення - σ та ін.).

- б) виявлення відмінностей у групах за статистичними ознаками;
- в) виявлення взаємозв'язку між змінними за допомогою кореляційного аналізу (параметричного та непараметричного);
- г) установлення виду залежностей (показників від досліджуваних факторів) за допомогою регресійного аналізу;
- д) оцінка (розрахунок) внеску дії фактора у зміну показників за допомогою дисперсійного аналізу.

Крім того, для усіх вибірок оцінювалася відповідність емпіричних розподілів нормальному закону (розподілення Гауса) за критеріями Колмогорова-Смірнова та χ^2 -Пірсона.

Відмінності між вибірками, що розподілені за нормальним законом, оцінювалися за параметричним критерієм Ст'юдента (t) і критерію Фішера (F). Відмінності значень досліджуваних параметрів вважали статистично значимими при 95% порозі ймовірності ($p < 0,05$).__

Для оцінки впливу факторів на зміни показників та розрахунок частки внеску факторів у мінливість показників використовувався однофакторний (ANOVA) дисперсійний аналіз.

Для рангових змінних взаємозв'язок визначався за допомогою рангового коефіцієнта кореляції Спірмена (rs).

Для номінальних змінних (шкали найменувань) взаємозв'язок розраховувався за таблицями спряженості за допомогою критерію χ^2 -Пірсона з рівнем вірогідності $p < 0,05$.

Для визначення залежності показників від діючих факторів використовувався регресійний аналіз. Для лінійного багатфакторного регресійного аналізу використовувалась модель вигляду:

$$y = a + bx_1 + bx_2 \dots, \quad (2.5)$$

де a та b - параметри моделі; y - значення показника; x - значення фактора.

Розраховувався коефіцієнт еластичності, який показує на скільки відсотків зросте (чи знизиться) залежна змінна (y) при зміні незалежних змінних (x) на 1%:

$$y = a_0 \times \frac{x}{a_0 + a_0 x} \quad (2.6)$$

Значення a_0 – «фонове» значення функції, тобто таке, яке має функція при нульових значеннях аргументів. Визначення коефіцієнтів супроводжувалось розрахунком їх похибок $S(a)$ і та вірогідностей $t(a)_i$.

Як допоміжні математичні методи на окремих етапах дослідження використано факторний аналіз [139,154].

Усі дослідження були виконані за участю автора.

Матеріали даного розділу відображені в публікаціях [132-135,137,138,148].

РОЗДІЛ 3

ГІГІЄНИЧНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ РОДИНИ НА ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ

3.1 Статеві-вікові особливості стану здоров'я та фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку

Для визначення статеві-вікових особливостей стану здоров'я та фізичного розвитку учнів був проведений порівняльний аналіз даних комплексного медичного огляду серед учнів перших класів двох закладів загальної середньої освіти – Гімназії_1 і Гімназії_2, аналіз динаміки їх фізичного розвитку у першому та п'ятому класах та скринінг-оцінка здоров'я на підставі одночасного опитування учнів та батьків.

Порівняльний аналіз стану здоров'я учнів першого класу показав наявність суттєвої відмінності ($p < 0,05$) у рівні патологічної ураженості (ПУ) вже на початку навчання у першому класі із підвищенням її рівня ($p < 0,01$) наприкінці навчального року. Загальна патологічна ураженість в Гімназії_1 зросла на 14,1 % - від 1640,4 до 1910,1 ‰ (на 22,5 % - від 1511,6 до 1953,5 ‰ серед хлопців, $p < 0,01$, та на 5,8 % - від 1760,9 до 1869,6 ‰ серед дівчат, $p < 0,05$) та на 17,8 % в Гімназії_2 – від 1744,4 до 2122,2 ‰ (на 20,5 % - від 1893,6 до 2383,0 ‰ серед хлопців, $p < 0,01$, та на 13,9 % - від 1581,4 до 1837,2 ‰ серед дівчат, $p < 0,001$).

У Гімназії_1 більш поширеними були хвороби системи кровообігу – 382,0 ‰ (325,6 ‰ у хлопчиків, 434,8 ‰ у дівчат), захворювання органів дихання - 348,3 ‰ (348,8 ‰ у хлопчиків та 347,8 ‰ у дівчат, відповідно), ендокринопатії – 314,6 ‰ (372,1 ‰ у хлопчиків та 260,9 ‰ у дівчат, відповідно), розлади психіки та поведінки – 202,2 ‰ (279,1 ‰ у хлопчиків та 130,4 ‰ у дівчат, $p < 0,05$), хвороби ока та додаткового апарату – 157,3 ‰ (93,0 та 217,4 ‰ відповідно, $p < 0,05$). Меншу поширеність мала патологія органів травлення – 89,9 ‰, захворювання кістково-м'язової системи – 67,4

%, хвороби нервової системи – 44,9 %, сечостатевої системи - 22,5 %, захворювання шкіри – 11,2 % та ін.

У Гімназії_2 частіше реєструвались хвороби ендокринної системи – 500,0 % (489,4 % у хлопчиків та 511,6 % у дівчат), захворювання органів дихання – 422,2 % (446,8 та 395,3 % відповідно), хвороби системи кровообігу – 244,4 % (255,3 та 232,6 % відповідно), хвороби ока та придаткового апарату – 144,4 % (148,9 та 139,5 % відповідно), захворювання органів травлення – 133,3 % (106,4 та 162,8 % відповідно). Меншу розповсюдженість мала патологія кістково-м'язової системи – 88,9 %, розлади психіки та поведінки та захворювання нервової системи – по 77,8 %, хвороби шкіри – 55,6 %.

Порівнюючи ПУ між двома освітніми закладами, звертає на себе увагу перевага в Гімназії_1 розладів психіки та поведінки та захворювань нервової системи, хвороб системи кровообігу, а в Гімназії_2 – ендокринопатій, хвороб органів дихання, кістково-м'язової системи та патології шкіри ($p < 0,05-0,01$). Оцінюючи динаміку ПУ протягом навчання в першому класі встановлено, що в Гімназії_1 кількість розладів психіки та поведінки зросла на 33,3 %, хвороб ока та придаткового апарату на 33,3 %, ендокринопатій на 15,2 %, захворювань кістково-м'язової системи на 14,3 %, патології системи кровообігу на 10,5 %. У Гімназії_2 кількість розладів психіки та поведінки зросла на 50,0 %, захворювань кістково-м'язової системи на 46,7 %, хвороб нервової системи на 46,2 %, патології ока та придаткового апарату на 27,8 %, системи кровообігу на 18,5 %, ендокринопатій на 10,0 %, хвороб органів дихання на 7,3 %.

Захворювання нервової системи, а також розлади психіки та поведінки на початку навчання у школі носять помірно виражений характер, та мають тенденцію до збільшення питомої ваги у структурі ПУ та більш виразним клінічним проявам у більш старших класах. Цьому може сприяти фізіологічна незрілість багатьох школярів, які почали навчання у 6-річному віці, неоптимальна структура режиму дня, інформаційна перевантаженість

шкільної програми та інші фактори, що призводять до зриву компенсаторно-приспосувальних механізмів, формуванню донозологічних станів з подальшою трансформацією в клінічно окреслені захворювання [144,150,157-160].

Аналіз стану нервово-психічної сфери (в структурі загальної захворюваності) учнів перших класів показав, що у Гімназії_2 захворювання нервової системи на початок навчального року склали $(4,5 \pm 1,6)$ %, наприкінці навчання $(6,8 \pm 1,8)$ %, розлади психіки та поведінки – $(4,5 \pm 1,6)$ % та $(7,3 \pm 1,9)$ %, відповідно. Наповнення даної категорії відбувається переважно за рахунок хлопчиків: захворювання нервової системи реєструвались у $(5,6 \pm 2,4)$ % та $(8,0 \pm 2,5)$ %, відповідно, а розлади психіки та поведінки відповідно у $(7,8 \pm 2,8)$ % та $(10,7 \pm 2,9)$ %. Серед дівчат ці показники були суттєво меншими – проблеми з боку ЦНС виявлялись у $(2,9 \pm 2,0)$ % та $(5,0 \pm 2,5)$ %, відповідно, а скарги невротичного характеру були повністю відсутні на початку навчання та дещо збільшувались наприкінці навчального року - $(2,5 \pm 1,8)$ %.

Структуру захворювань нервової системи та розладів психіки на початку навчального року склали переважно помірно виражені різноманітні прояви вегетативної дисфункції з порушенням тону судин головного мозку – у 35,8 % школярів; подібні розлади внаслідок черепно-мозкової травми – 21,4 %; гіперкінетичний розлад поведінки зареєстровано у 28,6 %; розлади емоційної сфери невротичного характеру виявлено у 7,1 % досліджуваних; логоневроз також склав 7,1 %.

Аналіз стану здоров'я того ж контингенту школярів наприкінці навчального року виявив зростання питомої ваги ангіодістонічних порушень (44,5 %). Також зареєстровано порушення з боку вегетативної нервової системи внаслідок черепно-мозкової травми (14,8 %), розлади емоційної сфери невротичного характеру (7,4 %), гіперкінетичний розлад поведінки (14,8 %), логоневроз (3,7 %), енурез (14,8 %).

Структура уражень психоемоційної сфери на початку навчального року у Гімназії_1 у цілому була схожа на аналогічні показники у Гімназії_2, але мала деякі відмінності. Так, порушення з боку вегетативної нервової системи склали 27,4%, невротичні розлади – 4,5%, специфічні розлади мови – 13,7 %, загальні розлади психологічного характеру – 4,5 %, гіперкінетичний розлад поведінки – 4,5 %, тики – 4,5 %, енурез – 40,9 %.

Закінчення навчання ознаменувалося певними структурними змінами: прояви церебральної ангіодистонії та лікворної гіпертензії склали 13,8 %, фобічні розлади – 3,5 %, неспецифічні розлади сну – 3,5 %, специфічні розлади мови – 10,3 %, загальні розлади психологічного характеру – 3,5 %, гіперкінетичний розлад поведінки – 34,5 %, енурез – 20,7 %.

Таким чином, характер виявленої патології відображає загальні тенденції щодо поширеності певних патологічних станів серед даної вікової категорії дитячого населення. Коливання питомої ваги захворювань нервової системи та психоемоційної сфери на протязі навчального року обумовлені комплексною дією чинників оточуючого середовища.

В ході дослідження виявлено відмінності в структурі захворювань між двома закладами. Перші рангові місця в Гімназії_1 посідали хвороби системи кровообігу - 23,3 %, захворювання органів дихання - 21,2 %, ендокринопатії - 19,2 %, розлади психіки та поведінки - 12,3 %. Далі були хвороби ока та придаткового апарату - 9,6 %, патологія органів травлення - 5,5 %, захворювання кістково-м'язової системи - 4,1 %, хвороби нервової системи - 2,7 %, сечостатевої системи - 1,4 %, захворювання шкіри - 0,7 %.

В Гімназії_2 захворювання розподілялись наступним чином: хвороби ендокринної системи – 28,7 %, захворювання органів дихання – 24,2 %, хвороби системи кровообігу – 14,0 %, хвороби ока та придаткового апарату – 8,3 %, захворювання органів травлення – 7,6 %, патологія кістково-м'язової системи – 5,1 %, розлади психіки та поведінки та захворювання нервової системи – по 4,5 %, хвороби шкіри – 3,2 %.

Основною патологією, що формувало групу захворювань ендокринної системи був дифузний нетоксичний зоб, затримка темпів зросту та високий зріст, ожиріння. Найбільш частими захворюваннями органів дихання були хронічний тонзиліт, гіпертрофія піднебінних мигдаликів та викривлення носової перетинки. Серед хвороб ока і додаткового апарату найчастішою патологією були спазм акомодациї, міопія, гіперметропія. Серед хвороб кістково-м'язової системи частішими були порушення постави та системна дисплазія сполучної тканини. Серед хвороб органів травлення частіше реєструвалися дискінезія жовчовивідних шляхів та функціональні розлади шлунку.

Оцінку динаміки стану здоров'я учнів від першого до п'ятого класу за даними медичних оглядів фахівцями ДУ «ІОЗДПНАМН» було проведено в Гімназії_1. Встановлено, що поширеність хронічних захворювань та морфофункціональних порушень в п'ятому класі зросла до 1786,7 % (на рис. 3.1).

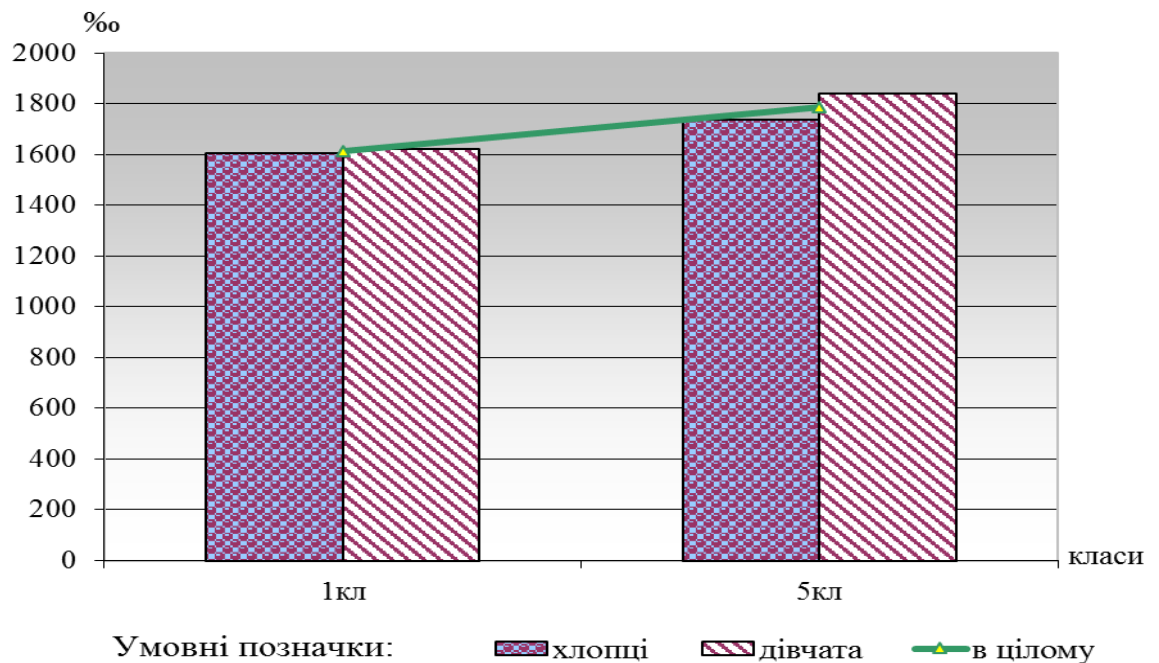


Рисунок 3.1 - Загальна патологічна ураженість учнів у динаміці з першого до п'ятого класів

Аналіз загальної ПУ школярів в залежності від їх статі свідчив, що в п'ятому класі більше зросла у дівчат (відповідно до 1837,8 ‰ у дівчаток та до 1736,8 ‰ у хлопчиків, $p < 0,01$). Отже, протягом навчання в початковій школі спостерігалось підвищення загальної патологічної ураженості як у хлопчиків (на 8,2 ‰), так і у дівчат (на 13,3 ‰).

Аналіз структури хвороб школярів у цілому показав, що в першому класі найбільш часто реєструвалися хвороби системи кровообігу (23,9%), друге рангове місце посідали хвороби ендокринної системи (20,7%), третє – хвороби органів дихання (19,8 ‰), четверте і п'яте – розлади психіки та поведінки і хвороби ока та придаткового апарату (15,7%), шосте - хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (4,9 ‰), сьоме – хвороби органів травлення (4,1 ‰). Інші хвороби зустрічалися у поодиноких випадках (див. рис. 3.2).

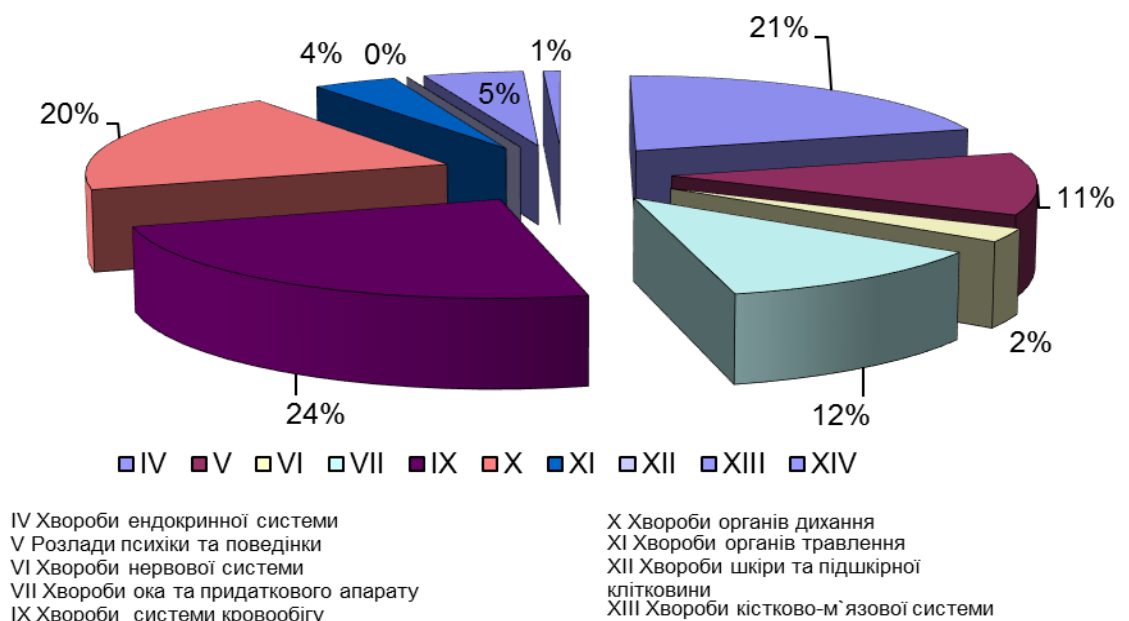


Рисунок 3.2 - Структура захворювань учнів 1 класів

Слід відзначити, що перше місце серед ендокринопатій у школярів початкової школи, як і в цілому по Україні, займали тиреопатії. У динаміці спостереження частота дифузного нетоксичного зобу (ДНЗ) у школярів

коливалась, але до п'ятого класу достовірно збільшилась. Друге місце серед ендокринопатій у молодших школярів займало ожиріння, загальна поширеність якого постійно збільшувалась протягом спостереження від 75,3‰ в першому класі до 151,7 ‰ – в п'ятому. Звертала на себе увагу перевага частоти надлишкової маси тіла у хлопців у порівнянні з дівчатами від 3,4 % в першому класі, до $18,3 \pm 5,8$ % – в п'ятому класах.

Структура захворювань учнів п'ятого класу була наступною: перше рангове місце посідали захворювання ендокринної системи (24,6%), друге – системи кровообігу (20,9 %), третє – хвороби системи дихання (15,7%), четверте – хвороби ока та придаткового апарату (14,9 %) (див. рис. 3.3).

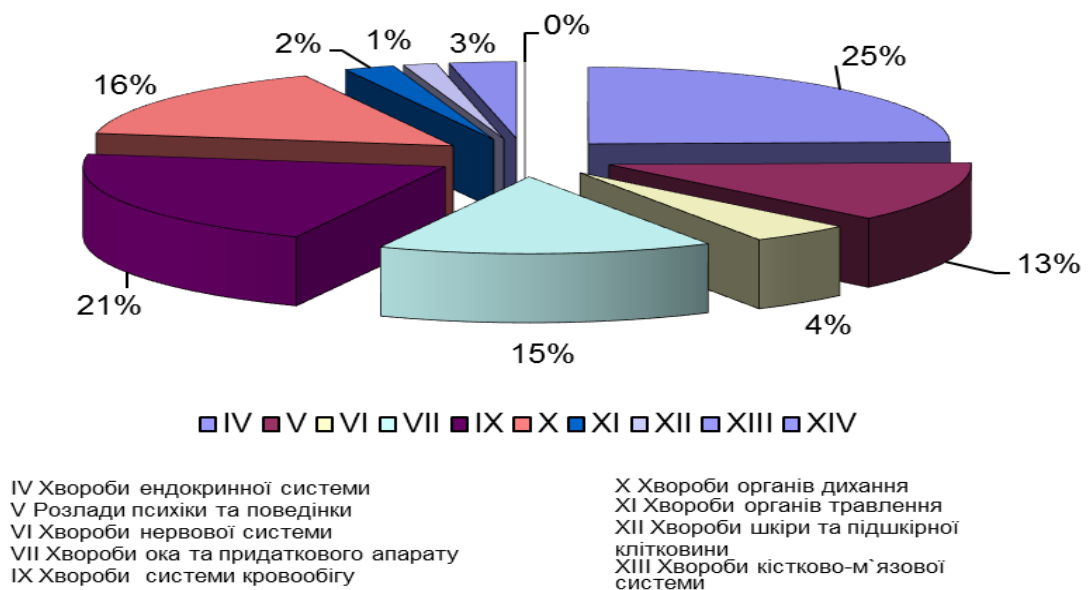


Рисунок 3.3 - Структура захворювань учнів 5 класів

Патологічні відхилення у темпах росту спостерігались у 41,1 ‰ дітей першого класу, їх кількість збільшилась до 73,0 ‰ у п'ятому класі. Дана патологія, як і ожиріння, достовірно частіше реєструвалася у хлопчиків.

Таким чином, у обстежених школярів виявлено значне поширення частоти дифузного нетоксичного зобу, що очевидно пов'язане з наявністю в Харківській області помірного йододефіциту. Поряд із цим виявлено широке

поширення ожиріння та затримки росту, очевидно, внаслідок низької фізичної активності та нераціонального харчування, що може бути основою формування в подальшому вегето-судинної дистонії, гіпоталамічного синдрому пубертатного періоду, розладів статевого дозрівання.

Перехід від початкової до основної школи є одним із важливих етапів освітнього процесу, який суттєво впливає на стан здоров'я та психоемоційну сферу учнів. З одного боку, зростає напруженість та обсяг учбових навантажень, формуються нові взаємовідносини у класі, з другого – для учнів це виявляється меншим стресом у порівнянні з вступом до першого класу.

Найчастіше основними причинами шкільної дезадаптації є інтелектуальна неспроможність (внаслідок структурної і морфофункціональної неповноцінності головного мозку), функціональна слабкість пам'яті, уваги, працездатності, недостатність емоційно-вольової сфери, падіння психічного тону, акцентуації характеру, психопатії, соматичні розлади, наявність психотравмуючої ситуації [153-155,161].

Найбільш часто учні досліджених п'ятих класів пред'являли скарги на підвищену стомлюваність, тривожність, головний біль. При порівнянні стану нервово-психічного здоров'я тих самих учнів з аналогічними показниками у першому класі спостерігаються статистично значущі відмінності, які представлені у вигляді зменшення інтра- та пресомнічних розладів, розладів емоцій, специфічних для дитячого віку, енурезу, гіперкінетичних розладів. Відносно невротичних розладів та порушених форм поведінки зафіксована прямо протилежна тенденція – неухильне зростання їх питомої ваги. Слід також зазначити зміни невротичних розладів якісного складу: перехід від невротичних реакцій, постстресових реакцій у сформовані, затяжні невротичні розлади, що супроводжуються зниженням настрою, погіршенням успішності, плаксивістю, дратівливістю. Розлади поведінки носять досить часто протестний характер, проявляються непосидючістю, підвищеною відволікаємістю на уроках, зниженням інтересом до навчання, брутальністю до однолітків та мають більш виражений характер у дітей з резидуально-

органічною патологією ЦНС (центральної нервової системи), проявами мінімальної мозкової дисфункції.

На підставі проведених досліджень можна зробити висновок про те, що на формування нервово-психічного стану школярів досліджуваних класів впливали біологічні та соціально-психологічні фактори, наявність резидуально-органічної патології ЦНС, що диктує необхідність комплексного медико-педагогічного контролю та застосування реабілітаційних заходів.

Встановлено тенденції до поступового погіршення стану здоров'я (у т.ч. нервово-психічного) дітей у процесі навчання у початковій школі, що стає більш помітним під час їх переходу до основної школи та потребує адекватних корекційних заходів.

Одним з найважливіших показників, що характеризують стан дитячої популяції, є фізичний розвиток (ФР). Оцінюючи динаміку ФР учнів Гімназії_1 встановлено, що зріст хлопців і дівчат істотно не відрізнявся і збільшувався протягом навчання в першому класі від $(122,2 \pm 0,7)$ см до $(126,1 \pm 0,7)$ см у хлопців та від $(120,8 \pm 0,7)$ см до $(125,6 \pm 0,8)$ см у дівчат, ($p < 0,001$). Маса тіла також, збільшилась як серед хлопців - від $(24,3 \pm 0,6)$ до $(25,8 \pm 0,6)$ кг, так і серед дівчат - від $(23,1 \pm 0,5)$ до $(24,8 \pm 0,6)$ кг, ($p < 0,05$).

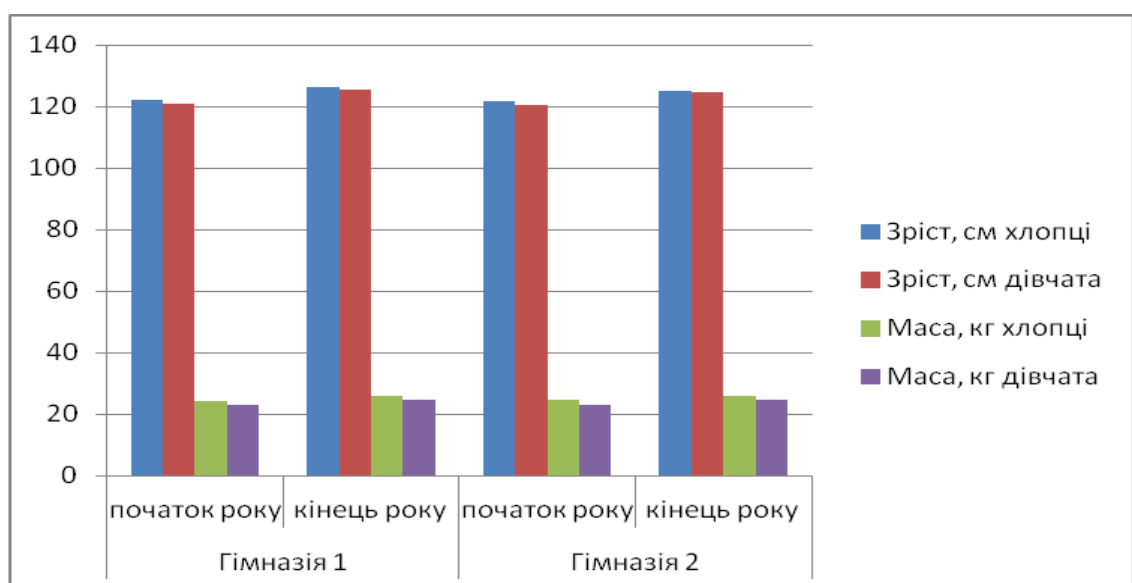


Рис. 3.4 Динаміка показників зросту та маси тіла

Інші антропометричні показники (обвід грудей, екскурсія грудей, обвід голови) мали вірогідні відмінності в залежності від статі, але істотно не змінювалися протягом навчального року (див.табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Динаміка показників фізичного розвитку учнів перших класів, $M \pm m$

Показники ФР	Стать	Гімназія 1		Гімназія 2	
		початок року	кінець року	початок року	кінець року
		$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$
Зріст, см	хлопці	122,2 ± 0,7•	126,1 ± 0,7•	121,8 ± 1,0•	124,9 ± 1,0•
	дівчата	120,8 ± 0,7•	125,6 ± 0,8•	120,5 ± 0,9•	124,7 ± 1,1•
Маса, кг	хлопці	24,3 ± 0,6•	25,8 ± 0,6•	24,5 ± 0,7•	25,8 ± 0,8•
	дівчата	23,1 ± 0,5•	24,8 ± 0,6•	23,0 ± 0,7•	24,8 ± 0,8•
Обвід грудей, см	хлопці	66,3 ± 0,5	67,6 ± 0,6	65,8 ± 0,6	66,8 ± 0,6
	дівчата	64,8 ± 0,6	65,6 ± 0,5	64,4 ± 0,7	66,2 ± 0,8
Обвід грудей, см	хлопці	58,9 ± 0,5	59,6 ± 0,5	58,0 ± 0,6	59,4 ± 0,6
	дівчата	58,1 ± 0,6	57,7 ± 0,5	57,0 ± 0,7	58,2 ± 0,8
Екскурсія грудей, см	хлопці	7,4 ± 0,2	7,1 ± 0,4	6,9 ± 0,4	5,8 ± 0,5
	дівчата	6,2 ± 0,4	7,7 ± 0,2	6,7 ± 0,4	7,1 ± 0,4
Обвід голови, см	хлопці	52,8 ± 0,2	52,7 ± 0,2	52,5 ± 0,2	52,7 ± 0,2
	дівчата	51,6 ± 0,2	51,9 ± 0,2	51,9 ± 0,2	52,6 ± 0,4
ДП, кгс	хлопці	11,6 ± 0,5*	13,0 ± 0,6*	12,1 ± 0,5*	10,8 ± 0,5*
	дівчата	9,4 ± 0,5*	12,1 ± 0,5*	8,9 ± 0,6*	9,0 ± 0,5*
ДЛ, кгс	хлопці	10,4 ± 0,5*	12,5 ± 0,6*	11,2 ± 0,5*	9,6 ± 0,6*
	дівчата	8,0 ± 0,5*	11,0 ± 0,5*	8,7 ± 0,6*	7,9 ± 0,5*
Витривалість, с	хлопці	13,3 ± 0,4	7,6 ± 0,3	12,4 ± 0,4	11,9 ± 0,4
	дівчата	13,4 ± 0,4	7,6 ± 0,3	12,2 ± 0,5	10,9 ± 0,5
ЖЄЛ, мл	хлопці	1280,0 ± 30,9*	1464,9 ± 34,3*	1302,4 ± 30,6*	1375,7 ± 29,7*
	дівчата	1190,9 ± 26,8*	1368,5 ± 25,2*	1230,8 ± 33,6*	1386,1 ± 31,0*

* $p < 0,05$ між показниками хлопчиків та дівчат
• $p < 0,05$ між показниками на початку та наприкінці року

Стосовно фізіометричних показників виявлено як статеві відмінності, так і динамічні зміни протягом дослідження. Показники динамометрії правої кисті (ДП) та динамометрії лівої кисті (ДЛ) серед хлопців були достовірно вищими протягом навчання ніж серед дівчат і збільшувались відповідно від (11,6 ± 0,5) до (13,0 ± 0,6) кгс правої кисті та від (10,4 ± 0,5) до (12,5 ± 0,6) кгс – лівої кисті у хлопців та від (9,4 ± 0,5) до (12,1 ± 0,5) кгс правої кисті, та від

($8,0 \pm 0,5$) до ($11,0 \pm 0,5$) кгс лівої кисті серед дівчат ($p < 0,05-0,001$). Але показники витривалості школярів за час навчання зменшувались як серед хлопців, так і серед дівчат.

Середні показники ФР учнів двох навчальних закладів істотно не відрізнялись, але в динаміці навчального року виявлено деякі особливості. На відміну від вищевказаного закладу, в Гімназії_2 спостерігався тільки приріст зросту – від ($121,8 \pm 1,0$) см до ($124,9 \pm 1,0$) см у хлопців та від ($120,5 \pm 0,9$) см до ($124,7 \pm 1,1$) см у дівчат, ($p < 0,001$) та маси тіла від ($24,5 \pm 0,7$) до ($25,8 \pm 0,8$) кг у хлопців та від ($23,0 \pm 0,7$) до ($24,8 \pm 0,8$) кг і серед дівчат, ($p < 0,05$) без вірогідних відмінностей за статтю.

Аналіз спірометричного дослідження показав збільшення життєвої ємності легень (ЖЄЛ) в першому класі від ($1280,0 \pm 30,9$) мл до ($1464,9 \pm 34,3$) мл у хлопців та від ($1190,9 \pm 26,8$) мл до ($1368,5 \pm 25,2$) мл у дівчат ($p < 0,05$).

Інші антропометричні та фізіометричні показники за час навчання в першому класі майже не змінювалися, або навіть зменшувались. ДП та ДЛ серед хлопців були достовірно вищими ніж серед дівчат і коливалися відповідно від ($12,1 \pm 0,5$) до ($10,8 \pm 0,5$) кгс правої кисті та від ($11,2 \pm 0,5$) до ($9,6 \pm 0,6$) кгс – лівої кисті у хлопців та від ($8,9 \pm 0,6$) до ($9,0 \pm 0,5$) кгс правої кисті, та від ($8,7 \pm 0,6$) до ($7,9 \pm 0,5$) кгс лівої кисті серед дівчат ($p < 0,01$). ЖЄЛ становила ($1302,4 \pm 30,6$) мл у хлопців та ($1230,8 \pm 33,6$) мл у дівчат на початку першого класу і відповідно ($1375,7 \pm 29,7$) мл проти ($1386,1 \pm 31,0$) мл наприкінці навчального року.

При якісній оцінці фізичного розвитку суттєвих відмінностей між освітніми закладами та у динаміці навчального року не виявлено. Дисгармонійність фізичного розвитку виявлялася в основному за рахунок порушень маси тіла (див. табл. 3.2.).

Таблиця 3.2

Динаміка показників гармонійності ФР учнів перших класів, $M \pm m$ %

Навчальні заклади	ФР	Хлопці		Дівчата	
		початок року	кінець року	початок року	кінець року
Гімназії_1	ГР	63,4 ± 7,5	61,0 ± 7,6	67,4 ± 6,9	60,9 ± 7,2
	ВЗ	2,4 ± 2,4	2,4 ± 2,4	4,3 ± 3,0	4,3 ± 3,0
	ДМТ	14,6 ± 5,5	14,6 ± 5,5	10,9 ± 4,6	19,6 ± 5,8
	НМТ	9,8 ± 4,6	12,2 ± 5,1	6,5 ± 3,6	8,7 ± 4,2
	ВНМТ	9,8 ± 4,6	9,8 ± 4,6	10,9 ± 4,6	6,5 ± 3,6
Гімназії_2	ГР	59,6 ± 7,2	61,7 ± 7,1	69,8 ± 7,0	69,8 ± 7,0
	ВЗ	4,3 ± 2,9	4,3 ± 2,9	2,3 ± 2,3	4,7 ± 3,2
	ДВЗ	4,3 ± 2,9	4,3 ± 2,9	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0
	НЗ	4,3 ± 2,9	4,3 ± 2,9	4,7 ± 3,2	7,0 ± 3,9
	ДНЗ	2,1 ± 2,1	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0	0,0 ± 0,0
	ДМТ	4,3 ± 2,9	6,4 ± 3,6	9,3 ± 4,4	11,6 ± 4,9
	НМТ	10,6 ± 4,5	6,4 ± 3,6	9,3 ± 4,4	4,7 ± 3,2
	ВНМТ	10,6 ± 4,5	12,8 ± 4,9	4,7 ± 3,2	2,3 ± 2,3
* $p < 0,05$ між показниками хлопчиків та дівчат					
• $p < 0,05$ між показниками на початку та наприкінці року					

При аналізі фізичного розвитку учнів у динаміці з першого до п'ятого класу встановлено зменшення питомої ваги гармонійно розвинутих учнів з першого до п'ятого класу незалежно від програми навчання як серед хлопців (на рис.3.5), так і серед дівчаток (на рис.3.6). В той же час, якщо в класах А та Б дизгармонійність фізичного розвитку учнів була обумовлена наявністю дітей з високим ростом і надлишковою масою тіла, то класі В переважно за рахунок дефіциту маси тіла.

Для визначення чинників ризику погіршення фізичного розвитку було проведено кореляційний аналіз чинників режиму дня [162,163,164] та показники фізичного розвитку школярів. Встановлено, що суттєвий зв'язок ($r=0,58$ $p < 0,01$) мали маса тіла та залученість дітей до спортивних секцій (більш худі діти більш інтенсивно займаються у спортивних секціях).

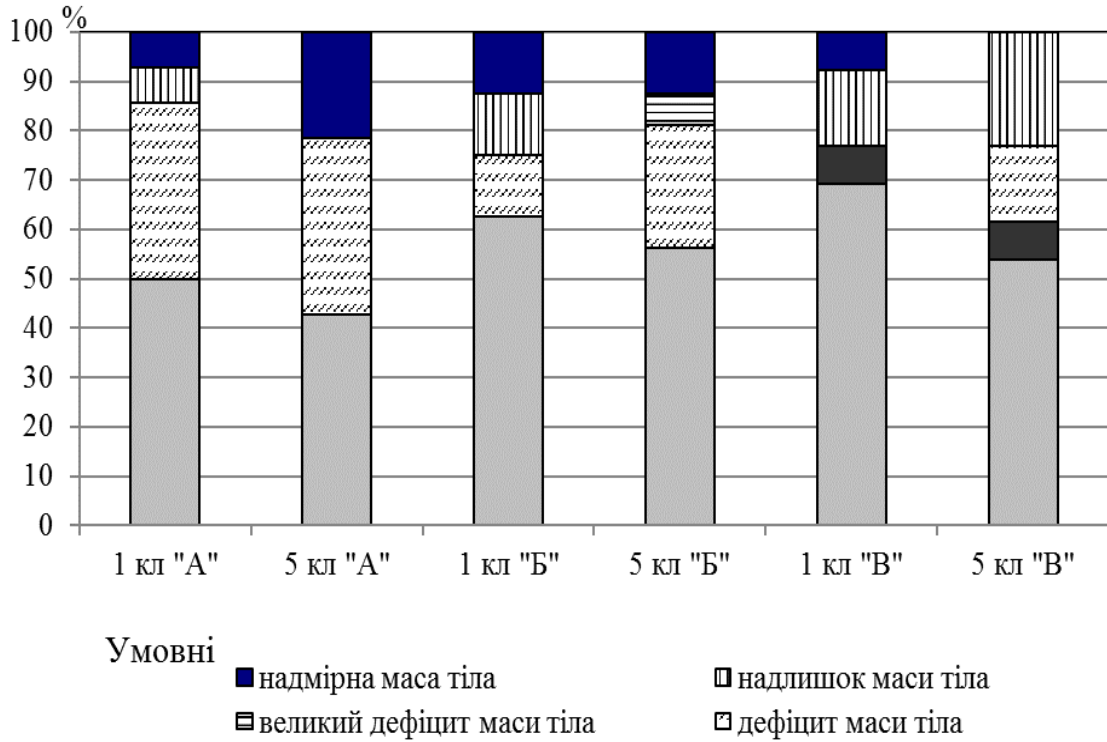


Рисунок 3.5 - Показники фізичного розвитку хлопчиків у

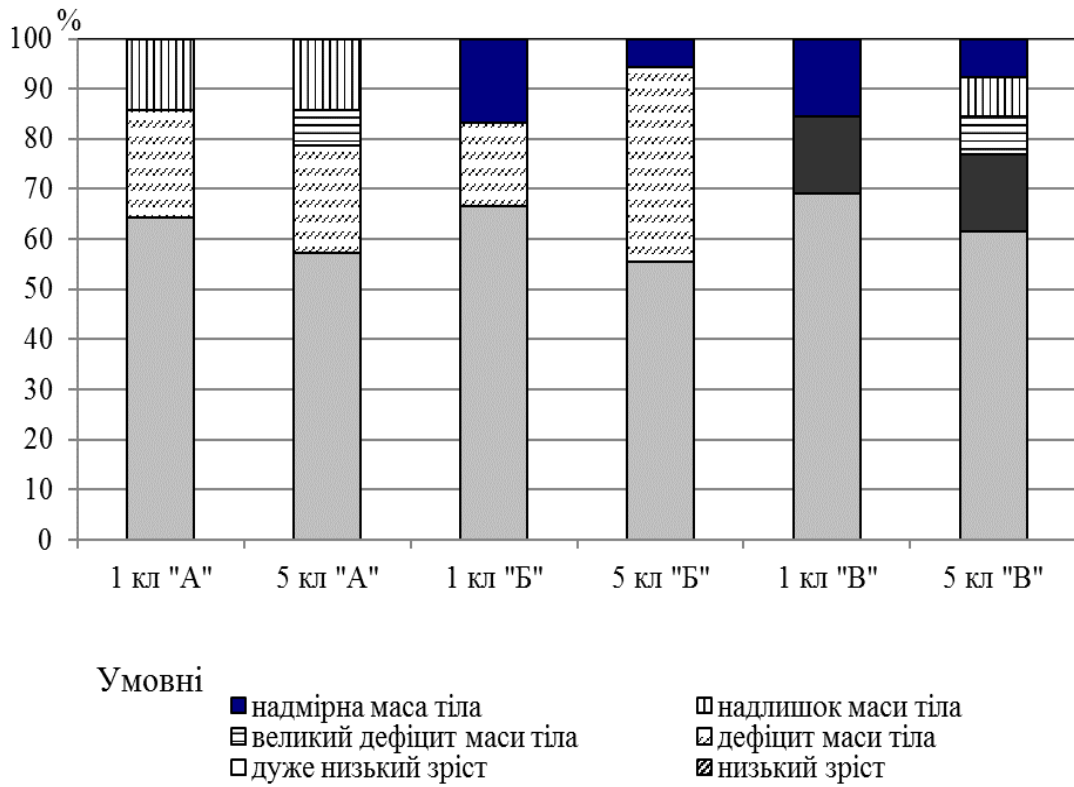


Рисунок 3.6 - Показники фізичного розвитку дівчат у динаміці з

На підставі оцінки рівня та гармонійності фізичного розвитку, функціонального стану основних систем організму, наявності або відсутності хронічної патології визначена група здоров'я школярів. Проведений аналіз розподілу школярів за групами здоров'я показав, що здорових дітей (І група здоров'я) на початку навчання в першому класі в Гімназії_1 було 11,2 % (14,0 % серед хлопців та 8,7 % серед дівчат), чисельність ІІ групи здоров'я (функціональні відхилення) складала 62,9 % (62,8 та 63,0 % відповідно), кількість учнів із ІІІ групою здоров'я (хронічні захворювання) дорівнювала 25,8 % (23,3 та 28,3 % відповідно).

Тобто, здорових хлопчиків було менше, ніж дівчат, але переважала кількість дівчат із вже сформованою хронічною патологією. Наприкінці першого класу питома вага учнів з І та ІІІ групами здоров'я зменшилась на 3,4 %, за рахунок чого підвищилась чисельність ІІ групи здоров'я на 6,7 % із більш негативною динамікою серед хлопців (див.табл.3.3).

Таблиця 3.3

Розподіл учнів перших класів за групами здоров'я, $M \pm m$, %

ЗЗСО	Групи здоров'я	В цілому		Хлопці		Дівчата	
		початок року	кінець року	початок року	кінець року	початок року	кінець року
Гімназія_1	I	11,2 ± 3,3	7,9 ± 2,9	14,0 ± 5,3	4,7 ± 3,2	8,7 ± 4,2	10,9 ± 4,6
	II	62,9 ± 5,1	69,7 ± 4,9	62,8 ± 7,4	76,7 ± 6,4	63,0 ± 7,1	63,0 ± 7,1
	III	25,8 ± 4,6	22,5 ± 4,4	23,3 ± 6,4	18,6 ± 5,9	28,3 ± 6,6	26,1 ± 6,5
Гімназія_2	I	12,2 ± 3,5	10,0 ± 3,2	8,5 ± 4,1	4,3 ± 2,9	16,3 ± 5,6	16,3 ± 5,6
	II	62,2 ± 5,1	53,3 ± 5,3	61,7 ± 7,1	48,9 ± 7,3	62,8 ± 7,4	58,1 ± 7,5
	III	25,6 ± 4,6	36,7 ± 5,1	29,8 ± 6,7	46,8 ± 7,3	20,9 ± 6,2	25,6 ± 6,7
* $p < 0,05$ між показниками хлопчиків та дівчат • $p < 0,05$ між показниками на початку та наприкінці року							

В Гімназії_2, як і в порівняній гімназії, I група здоров'я на початку навчального року складала 12,2 %, але кількість здорових дівчат мала перевагу над хлопцями (16,3 проти 8,5 %). Чисельність II та III групам здоров'я, також не відрізнялася і була на рівні 62,2 та 25,6 % відповідно, але на відміну від Гімназії_1, кількість хлопчиків із III групою здоров'я переважала над дівчатами (29,8 проти 20,9 %).

Особливе профілактичне значення має виділення II групи здоров'я, оскільки функціональні можливості дітей і підлітків, віднесених до цієї групи, знижені, і за відсутності медичного контролю, адекватних коректувальних і лікувально-оздоровчих заходів у них існує високий ризик формування хронічної патології [116,129,130,159].

Протягом навчання в першому класі в Гімназії_2 відбулося зниження чисельності II групи здоров'я від 61,7 до 48,9 % серед хлопчиків та від 62,8 до 58,1 % у дівчат за рахунок чого збільшилась питома вага учнів із III групою здоров'я - до 46,8 % серед хлопців та 25,6 % серед дівчат ($p < 0,05$). Отже, звертає на себе увагу більш низький рівень здоров'я у хлопчиків Гімназії_2 на початку першого класу із більш негативною динамікою протягом навчального року.

Комплексна оцінка стану здоров'я школярів дозволила встановити, що кількість школярів із I групою здоров'я (здорові) під час навчання в початковій школі і при переході до предметного навчання зросла від 9,3 % - в першому класі до 12,0 % - в п'ятому. Найбільш численною була II група здоров'я (функціональні відхилення), питома вага якої за період спостереження не зросла (68,0 %) %.

Аналіз матеріалів в залежності від навчального колективу показав, що тенденції в динаміці груп здоров'я різнилися у навчальних колективах п'ятого «А» і «Б» класів, і у порівнянні з учнями п'ятого «В» класу (на рис. 3.7).

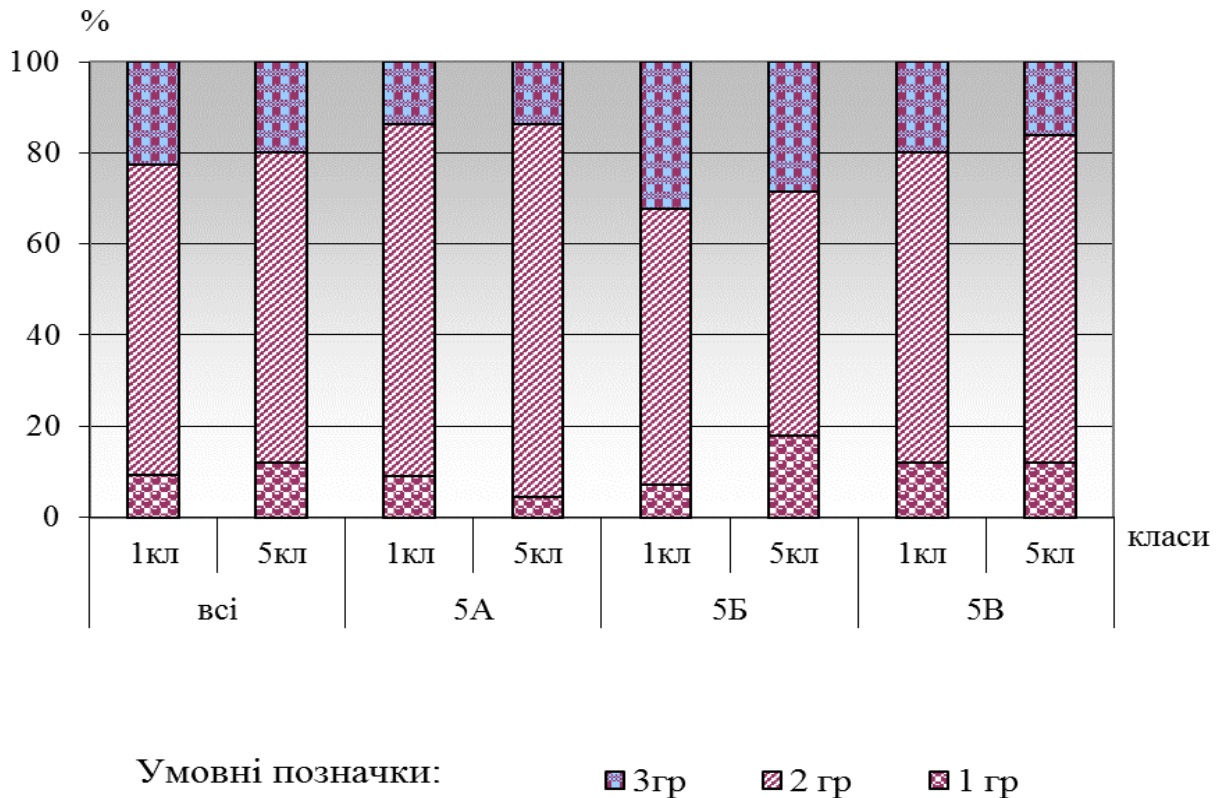


Рис. 3.7 Динаміка груп здоров'я учнів

На підставі аналізу суб'єктивного сприйняття наявних проблем із власним здоров'я («рівень неблагополуччя здоров'я») учнів перших класів за допомогою скринінг-анкетування виявлені початкові зміни в стані здоров'я, що набуло достовірної різниці у проявах авітамінозу - $(7,2 \pm 1,3) \%$ проти $(13,7 \pm 1,8) \%$ ($p < 0,01$) та астенизації $(10,1 \pm 1,9) \%$ проти $(18,6 \pm 2,6) \%$ ($p < 0,05$) значно більше серед учнів Гімназії_1 у порівнянні з учнями Гімназії 2. Означенні відмінності спостерігались як у паралелі першокласників, так і серед дівчат, і не набували достовірної різниці у хлопців-гімназистів.

Таким чином, за допомогою порівняльного аналізу даних комплексного медичного огляду, проведеного серед учнів перших класів двох закладів загальної середньої освіти, аналізу динаміки їх фізичного розвитку та скринінг-опитування встановлено невисокий рівень здоров'я дітей вже на початку навчання, наявність труднощів пристосування до навчальної діяльності, що призводить до порушень адаптації із появою функціональних

відхилень та хронічних захворювань, що було сильніше виражено в Гімназії 2 і особливо серед хлопчиків ($p < 0,05$).

При дослідженні фізичного розвитку учнів двох освітніх закладів виявлено річний приріст таких антропометричних показників, як зріст та маса тіла із незначною зміною інших (обвід грудей, екскурсія грудей, обвід голови). Фізіометричні показники (динамометрія правої та лівої кисті, життєва ємність легенів) на протязі навчання в першому класі в Гімназії_1 зростали, а в Гімназії_2 мали тенденцію до зменшення або не змінювались.

Динаміка гармонійності фізичного розвитку характеризувалась збільшенням учнів із дефіцитом маси тіла на протязі навчального року обох гімназій, особливо дівчат Гімназії_1, та підвищенням кількості хлопців із надмірною масою тіла в Гімназії_1, що свідчить про недоліки у їх фізичному навантаженні, характері режиму дня та харчування та призвело до зниження кількості гармонійно розвинутих учнів в цій гімназії.

Отже, виявлені висока поширеність захворювань як функціонального характеру, так і хронічної патології, порушення гармонійності фізичного розвитку ще на етапі початку навчання в школі – в першому класі, потребує контролю та своєчасного впровадження медико-профілактичних заходів, створення такого освітнього середовища, яке сприяє успішності учня через прояви його здібностей і збереження фізичного і психічного здоров'я.

3.2 Психофізіологічні особливості життєдіяльності учнів початкової школи у динаміці навчального року

Розумова працездатність є одним з важливих критеріїв стану здоров'я школярів, який характеризує взаємозв'язок функціонального стану дитячого організму і учбового навантаження [125,127,160]. В сучасних умовах має місце ускладнення процесу здобуття освіти. Збільшився обсяг інформації, підвищилися емоційні навантаження, різко зменшився рівень рухової активності дітей та підлітків. Вивчення динаміки розумової працездатності з подальшою розробкою медико-профілактичних заходів дозволяє організувати процес навчання так, щоб забезпечити якнайкращий результат учбової діяльності при сприятливій динаміці в стані здоров'я школярів.

В ході дослідження було проведено аналіз динаміки розумової працездатності учнів другого класу протягом навчального року. Аналізувався кількісний і якісний компонент РП на підставі середньої кількості простежених знаків і стандартизованих на 500 знаків помилок після кожного уроку, протягом навчального дня й тижня. На підставі комплексної оцінки виконаних робіт виділені рівні працездатності учнів і зрушення працездатності, які характеризують динаміку функціонального стану нервової системи [158,159]. Рівень і спрямованість змін працездатності в процесі навчальної діяльності також оцінений за допомогою "кривих працездатності". Отримані дані дозволяють оцінити відповідність навчального навантаження віковим і функціональним особливостям учнів.

Аналіз даних розумової працездатності учнів других класів показав, що динаміці тижня серед хлопців кількість простежених знаків збільшувалась від $(120,5 \pm 2,6)$ до $(122,3 \pm 4,8)$ знаків, ($p > 0,05$) до кінця тижня, та мала найбільшу кількість знаків у середу $(127,4 \pm 4,2)$ але не мала достовірної різниці (табл. 3.4).

Серед дівчат другого класу спостерігалась значна позитивна динаміка збільшення продуктивності роботи протягом тижня на початку тижня від

(121,0 ± 3,0) до (135,6 ± 4,8) знаки, ($p < 0,001$) до кінця тижня, але найбільша кількість знаків спостерігалась у четвер (137,2 ± 5,1). Тобто у хлопців починаючи з середи кількісний компонент РП мав тенденцію зниження, а у дівчат – до збільшення. Що підтверджується виявленням достовірної різниці у кількісному компоненті між хлопцями (120,6 ± 4,8; 122,3 ± 4,8) знаків та дівчатами (137,2 ± 5,1; 135,6 ± 4,8) знаків у четвер та п'ятницю ($p < 0,05$), що свідчить про накопичення втоми у хлопців наприкінці тижня

Таблиця 3.4

Кількісні та якісні показники РП учнів других класів протягом тижня в залежності від статі, $M \pm m$, знаки

Дні тижня	Кількісні показники РП		Якісні показники РП	
	Хлопці	Дівчата	Хлопці	Дівчата
понеділок	120,5 ± 2,6	121,0 ± 3,0	16,5 ± 0,9•	15,7 ± 0,8•
вівторок	117,7 ± 3,3	122,3 ± 3,3	15,3 ± 0,9	12,6 ± 0,7
серeda	127,2 ± 4,4	127,4 ± 4,2	13,3 ± 0,8	11,9 ± 0,8
четвер	120,6 ± 4,8*	137,2 ± 5,1*	14,7 ± 1,1	12,0 ± 0,8
п'ятниця	122,3 ± 4,8*	135,6 ± 4,8*	14,4 ± 0,8•	11,6 ± 0,7•
в середньому	121,8 ± 1,8	128,1 ± 1,8	14,7 ± 0,4	12,8 ± 0,3
* $p < 0,05 - 0,001$ різниця показників РП хлопців та дівчат; • $p < 0,05 - 0,001$ різниця показників РП протягом тижня				

Аналізуючи якісні показники РП встановлено, що якість роботи вища серед дівчат у вівторок (12,6 ± 0,2) проти (15,3 ± 0,9) помилки, ($p < 0,05$) та п'ятницю (11,6 ± 0,7) проти (14,8 ± 0,8) помилки, ($p < 0,05$). Серед хлопців та дівчат наприкінці тижня якість роботи підвищувалась від початку до кінця тижня (16,5 ± 0,9) до (14,4 ± 0,8) помилки, ($p < 0,05$) серед хлопців та від (15,7 ± 0,9) до (11,6 ± 0,7), помилки ($p < 0,001$).

При детальному розгляді окремих класів окремо було виявлено значну різницю у кількісному компоненті РП між хлопцями та дівчатами. По всіх

дням тижня, окрім понеділка, з достовірною ($p < 0,001$) різницею більше знаків простежували дівчата.

Таким чином, розумова працездатність дівчат була суттєво вища і за обсягом, і за якістю роботи. Суттєвих змін в динаміці розумової працездатності упродовж тижня не встановлено.

У зв'язку з тим, що однією з індивідуальних стійких особливостей ЕЕГ є характеристика альфа-ритму, проведена оцінка пікових частот - одного з ключових параметрів спектрального аналізу ЕЕГ, який дозволяє оцінити функціональний стан нейроанатомічних систем мозку, активність яких відображається у відповідних діапазонах ЕЕГ (δ , θ , α , β_1 , β_2).

На підставі записаних ЕЕГ були розраховані середні значення пікових частот в кожному відведенні в п'яти діапазонах. При порівнянні середніх значень показників, записаних в режимах спокійного неспання і ментального навантаження (рахунок подумки) на початку року, з використанням непараметричного критерію знаків виявлені достовірні ($p < 0,05$) відмінності між піковими частотами в діапазонах β_1 і β_2 (рис. 3.8). Середня пікова частота у β_1 - діапазоні в стані спокійного неспання ($14,3 \pm 0,5$ Гц) вище, ніж під час ментального навантаження ($13,8 \pm 0,4$ Гц).

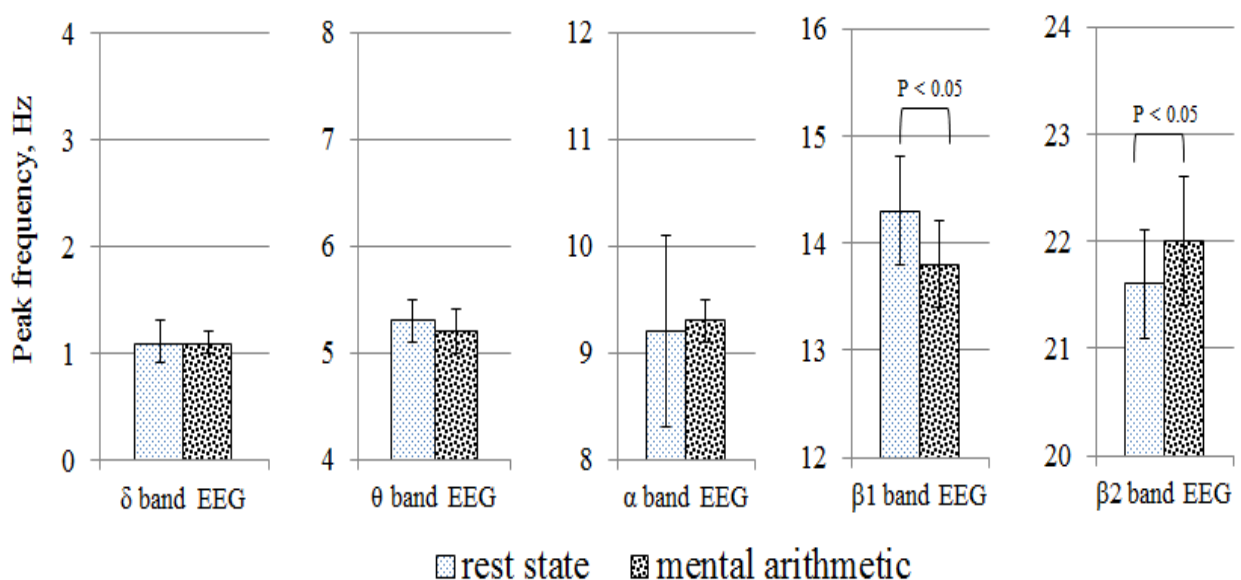


Рис. 3.8. Зміна пікової частоти діапазонів ЕЕГ під час розумової арифметики на початку навчального року

В таблиці 3.5 представлені середні значення пікових частот, зареєстровані у фоновому режимі на початку навчального року, в таблиці 3.6 - в режимі рахунку. При порівнянні середніх значень показників, записаних в режимах фон і рахунок на початку року, з використанням непараметричного критерію знаків виявлені достовірні відмінності між піковими частотами в діапазонах β_1 и β_2 ($p < 0,05$).

Результати аналізу середніх значень пікових частот в підгрупах хлопчиків і дівчат в стані спокійного пильнування і під час ментального навантаження представлені в таблицях 3.5-3.8.

Таблиця 3.5

Середні значення пікових частот, зареєстровані у фоновому режимі на початку навчального року, $M \pm m$

Режим реєстрації	Відведення	Діапазон				
		α	β_1	β_2	θ	δ
Фон	F1	9,2 ± 0,6	14,1 ± 2,2	22,3 ± 3,0	5,3 ± 1,2	0,9 ± 0,4
	F2	9,2 ± 0,6	13,7 ± 1,7	22,9 ± 3,5	5,4 ± 1,2	0,9 ± 0,3
	F3	9,2 ± 0,6	13,7 ± 1,6	21,0 ± 0,7	5,5 ± 1,1	1,0 ± 0,5
	F4	9,2 ± 0,6	14,2 ± 2,2	21,4 ± 1,6	5,4 ± 1,3	1,0 ± 0,4
	F7	9,2 ± 0,6	13,6 ± 1,5	21,8 ± 2,1	5,2 ± 1,0	0,9 ± 0,3
	F8	9,2 ± 0,6	14,1 ± 2,0	21,8 ± 1,7	5,2 ± 1,0	1,1 ± 0,6
	T3	9,4 ± 0,7	14,4 ± 2,1	21,6 ± 2,1	5,5 ± 1,4	1,4 ± 0,9
	T4	9,2 ± 0,6	14,6 ± 2,4	21,6 ± 1,6	5,6 ± 1,3	1,1 ± 0,5
	T5	9,3 ± 0,7	14,6 ± 2,6	21,2 ± 0,8	5,1 ± 1,5	1,5 ± 1,1
	T6	9,2 ± 0,6	14,3 ± 2,4	21,1 ± 1,5	5,7 ± 1,6	1,2 ± 0,6
	C3	9,4 ± 0,6	14,5 ± 2,7	21,4 ± 1,6	5,2 ± 1,2	1,0 ± 0,4
	C4	9,2 ± 0,6	14,5 ± 2,3	22,1 ± 2,6	5,4 ± 1,4	1,1 ± 0,3
	P3	9,5 ± 0,7	14,7 ± 2,3	21,3 ± 1,6	5,0 ± 1,1	1,0 ± 0,6
	P4	9,2 ± 0,6	15,6 ± 2,5	21,4 ± 1,9	5,4 ± 1,4	1,1 ± 0,3
Середні по всіх відведеннях		9,2 ± 1,2	14,3 ± 0,5	21,6 ± 0,5	5,3 ± 0,2	1,1 ± 0,2

Як впливає з аналізу домінуючих частот в діапазонах ЕЕГ на початку учбового року в досліджуваних станах, достовірно розрізняються середні значення пікової частоти тільки у β_1 и β_2 - діапазонах. Проте, ці відмінності неоднакові. Середня пікова частота у β_1 - діапазоні в початковому стані (стан "спокійного пильнування") вище ($14,3 \pm 0,5$ Гц), ніж під час ментальнонавантаження ($13,8 \pm 0,4$ Гц).

Як відомо, бета-ритм властивий стану активного пильнування. Найбільш сильно цей ритм виражений в лобових областях. При різних видах інтенсивної діяльності різко посилюється і розповсюджується на інші області мозку.

Таблиця 3.6

Середні значення пікових частот, зареєстровані в режимі ментального навантаження (рахунок в умі) на початку навчального року, $M \pm m$

Режим реєстрації	Відведення	Діапазон				
		α	β_1	β_2	θ	δ
Рахунок	F1	$9,1 \pm 2,0$	$13,4 \pm 1,2$	$23,0 \pm 3,1$	$5,3 \pm 1,2$	$0,9 \pm 0,5$
	F2	$9,0 \pm 2,0$	$13,3 \pm 1,2$	$22,8 \pm 3,2$	$5,6 \pm 1,4$	$0,9 \pm 0,6$
	F3	$9,4 \pm 0,7$	$13,9 \pm 1,6$	$21,3 \pm 1,1$	$5,2 \pm 1,0$	$1,0 \pm 0,5$
	F4	$9,2 \pm 0,7$	$13,6 \pm 1,6$	$22,5 \pm 2,2$	$5,2 \pm 1,3$	$1,2 \pm 0,5$
	F7	$9,2 \pm 0,7$	$14,0 \pm 1,9$	$21,9 \pm 1,9$	$5,4 \pm 1,3$	$1,1 \pm 0,5$
	F8	$9,3 \pm 0,7$	$13,9 \pm 1,7$	$22,0 \pm 2,3$	$5,4 \pm 1,2$	$1,1 \pm 0,5$
	T3	$9,4 \pm 0,7$	$13,1 \pm 0,9$	$22,4 \pm 2,9$	$5,0 \pm 0,9$	$1,2 \pm 0,5$
	T4	$9,2 \pm 0,7$	$14,1 \pm 2,2$	$21,3 \pm 1,8$	$5,0 \pm 1,1$	$1,0 \pm 0,5$
	T5	$9,4 \pm 0,7$	$13,7 \pm 1,9$	$22,2 \pm 2,6$	$5,5 \pm 1,2$	$1,0 \pm 0,3$
	T6	$9,2 \pm 0,7$	$14,0 \pm 1,7$	$21,2 \pm 1,8$	$5,3 \pm 1,7$	$1,1 \pm 0,4$
	C3	$9,4 \pm 0,7$	$13,5 \pm 1,8$	$22,1 \pm 2,3$	$5,0 \pm 1,0$	$1,2 \pm 0,7$
	C4	$9,0 \pm 2,0$	$13,8 \pm 2,4$	$21,8 \pm 2,5$	$4,9 \pm 1,0$	$0,9 \pm 0,3$
	P3	$9,5 \pm 0,6$	$13,8 \pm 1,4$	$21,7 \pm 2,5$	$5,4 \pm 1,0$	$1,2 \pm 0,6$
	P4	$9,3 \pm 0,6$	$14,9 \pm 2,5$	$21,3 \pm 1,9$	$5,2 \pm 1,3$	$1,2 \pm 0,7$
Середні по всіх відведеннях		$9,3 \pm 0,2$	$13,8 \pm 0,4^*$	$22,0 \pm 0,6^*$	$5,2 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,1$

Так, вираженість β -ритму зростає при пред'явленні нового несподіваного стимулу, в ситуації уваги, при розумовій напрузі, емоційному збудженні [141,150,154]. Можливо, дослідження викликає емоційну напругу у дитини (побоювання дослідження). Цей стан поступово в процесі запису ЕЕГ проходить і показник зменшується.

У той же час, у β_2 -діапазоні спостерігається інша динаміка. Середня пікова частота у β_2 -діапазоні в початковому стані (стан "спокійного пильнування") була нижчою ($21,6 \pm 0,5$ Гц), ніж під час ментального навантаження ($22,0 \pm 0,6$ Гц). Можливо, збільшення пікової частоти у β_2 -діапазоні відображає розумову напругу при ментальному навантаженні, при вирішенні складних вербальних задач.

В таблицях 3.6, 3.7 представлені середні значення пікових частот, зареєстровані в стані спокійного пильнування і в режимі ментального навантаження (рахунок в умі) наприкінці учбового року.

Як впливає з аналізу домінуючих частот в діапазонах ЕЕГ наприкінці учбового року з використанням непараметричного критерію знаків в досліджуваних станах достовірно розрізняються середні значення пікової частоти тільки у β_2 -діапазоні ($p < 0,05$).

Виходячи з отриманих даних можна зробити деякі висновки.

По-перше, досліджувані діти наприкінці учбового року менш емоційно реагують на проведення ЕЕГ дослідження - відсутня парадоксальна реакція у β_1 -діапазоні - не спостерігаються більш високі значення пікової частоти при реєстрації фонові активності в порівнянні з ментальним навантаженням.

По-друге, значення середньої пікової частоти у β_2 -діапазоні наприкінці учбового року під час ментального навантаження, як і на початку учбового року збільшуються, проте менш значно. Це може вказувати на менш виражене збудження систем, що беруть участь у ментальному навантаженні і свідчити про адаптацію. Виходячи з цих показників можна стверджувати, що меритократичне навчання не викликає патологічних змін в церебральній активності.

Таблиця 3.7

**Середні значення пікових частот, зареєстровані у фоновому режимі
наприкінці учбового року, $M \pm m$**

Режим реєстрації	Відведення	Діапазон				
		α	β_1	β_2	θ	δ
Фон	F1	9,3 ± 0,6	14,0 ± 2,1	22,1 ± 2,5	5,2 ± 1,3	0,9 ± 0,6
	F2	9,3 ± 0,6	13,7 ± 1,2	21,2 ± 1,3	5,4 ± 1,4	1,0 ± 0,7
	F3	9,3 ± 0,7	14,2 ± 2,2	21,2 ± 1,1	5,2 ± 1,3	1,0 ± 0,3
	F4	9,5 ± 0,7	14,6 ± 2,5	21,4 ± 1,8	5,4 ± 1,2	1,0 ± 0,3
	F7	9,5 ± 0,8	14,2 ± 1,7	21,5 ± 1,9	5,8 ± 1,5	1, ± 0,4
	F8	9,0 ± 2,0	14,3 ± 2,6	21,7 ± 2,3	5,5 ± 1,3	1,0 ± 0,4
	T3	9,5 ± 0,8	14,5 ± 2,3	22,1 ± 2,4	5,5 ± 1,2	1,2 ± 0,5
	T4	9,7 ± 0,7	14,4 ± 2,2	21,5 ± 2,0	5,3 ± 1,2	1,0 ± 0,3
	T5	9,6 ± 0,7	14,6 ± 2,7	21,5 ± 1,9	5,0 ± 1,1	1,0 ± 0,3
	T6	9,0 ± 0,7	14,2 ± 2,4	21,4 ± 1,9	5,4 ± 1,3	1,1 ± 0,3
	C3	9,3 ± 0,8	14,6 ± 2,2	21,2 ± 1,7	5,3 ± 1,2	1,2 ± 0,3
	C4	9,3 ± 0,7	14,4 ± 2,3	22,1 ± 0,9	5,9 ± 1,4	1,2 ± 0,4
	P3	9,4 ± 0,8	14,7 ± 2,7	21,6 ± 2,1	5,2 ± 1,3	1,0 ± 0,4
	P4	9,1 ± 0,7	14,1 ± 1,9	21,4 ± 1,7	5,5 ± 1,4	1,0 ± 0,3
Середні відведеннях	по всіх	9,3 ± 0,2	14,3 ± 0,3	21,5 ± 0,3	5,4 ± 0,2	1,0 ± 0,1

Таблиця 3.8

**Середні значення пікових частот, зареєстровані в режимі ментального
навантаження (рахунок в умі) наприкінці учбового року, $M \pm m$**

Режим реєстрації	Відведення	Діапазон				
		α	β_1	β_2	θ	δ
Рахунок в умі	F1	9,3 ± 0,8	13,4 ± 1,3	21,5 ± 2,3	5,5 ± 1,3	1,0 ± 0,8
	F2	9,3 ± 0,8	13,5 ± 1,2	21,1 ± 0,8	5,4 ± 1,2	1,2 ± 0,9
	F3	9,5 ± 0,7	14,0 ± 1,9	22,2 ± 2,4	5,4 ± 1,3	1,0 ± 0,4
	F4	9,4 ± 0,8	14,4 ± 2,1	21,7 ± 2,4	5,8 ± 1,3	1,1 ± 0,5
	F7	9,4 ± 0,7	14,2 ± 1,8	21,9 ± 2,4	5,4 ± 1,3	1,2 ± 0,6
	F8	9,6 ± 0,9	14,3 ± 2,2	21,5 ± 2,5	5,0 ± 1,1	1,0 ± 0,6
	T3	9,4 ± 0,8	14,0 ± 1,4	21,7 ± 2,3	5,6 ± 1,3	1,5 ± 0,9
	T4	9,6 ± 0,9	14,4 ± 1,8	21,4 ± 2,2	5,2 ± 1,3	1,2 ± 0,6
	T5	9,5 ± 0,8	14,2 ± 2,1	21,7 ± 2,5	5,5 ± 1,2	1,3 ± 0,7
	T6	9,4 ± 0,7	14,1 ± 1,8	21,8 ± 2,5	5,5 ± 1,3	1,1 ± 0,4
	C3	9,2 ± 2,0	13,6 ± 1,5	21,6 ± 2,5	5,6 ± 2,1	1,0 ± 0,4
	C4	9,4 ± 0,8	13,9 ± 1,6	21,0 ± 0,9	5,7 ± 1,4	1,2 ± 0,6
	P3	9,4 ± 0,9	14,5 ± 2,3	21,9 ± 2,9	5,7 ± 1,3	0,9 ± 0,4
	P4	9,3 ± 0,7	14,1 ± 1,8	21,8 ± 2,5	5,5 ± 1,4	0,8 ± 0,3
Середні по всіх відведеннях		9,4 ± 0,1	14,0 ± 0,3*	21,6 ± 0,3	5,5 ± 0,2	1,1 ± 0,1

* $p < 0,05$ - між середніми по всіх відведеннях в діапазоні β_1

Міжпівкульна асиметрія — одна з фундаментальних закономірностей організації мозку [157]. Виявляється в міжпівкульній асиметрії психических процесів. У рамках нашого дослідження важливим є зв'язок міжпівкульної асиметрії з психічними пізнавальними процесами.

З функціями лівої і правої півкулі у людини пов'язано два типи мислення - абстрактно-логічне і просторово-образне відповідно. В лівій півкулі здійснюється аналіз предметів і явищ - аналітичне і синтетичне мислення. Права півкуля забезпечує цілісність сприйняття - образне мислення. Іншими словами, за допомогою логічного мислення ліва півкуля здійснює ряд послідовних операцій - дискретне мислення. За допомогою образного мислення права півкуля набуває здібність до миттєвого сприйняття і оцінки об'єкту - симультанне мислення [155].

Було також показано, що права півкуля має критичне значення для творчості. Так, поразки правої півкулі здатні привести до повної втрати здібності до творчості [156]. Не з'ясованими залишаються зв'язки міжпівкульної асиметрії з емоційною сферою і такими психічними пізнавальними процесами, як пам'ять і уява. Таким чином, в лівій півкулі сконцентровані механізми абстрактного, а в правому - конкретного образного мислення [154]. В процесі індивідуального розвитку вираженість міжпівкульної асиметрії змінюється - відбувається латералізація функцій головного мозку. Міжпівкульна асиметрія робить істотний внесок в прояв високого інтелекту людини [157]. При цьому існує взаємозамінність півкуль головного мозку.

Конкретний тип півкульного реагування не формується при народженні. На ранніх етапах онтогенезу у більшості дітей виявляється образний, правопівкульний тип реагування, і лише в певному віці (як правило, від десяти до чотирнадцяти років) закріплюється той або інший фенотип, переважно характерний для даної популяції [156].

Асиметрія півкуль пов'язана із статтю. Уявлення про статеві відмінності в роботі мозку засновані, перш за все, на результатах клінічних і

поведінкових досліджень. При різній патології однієї з півкуль у хлопчиків проблеми виникають в п'ять разів частіше, ніж у дівчат [156]. Психологічний статевий диморфізм - різні здібності і схильності чоловіків і жінок, різні здатність до навчання і кмітливості - можуть бути пов'язані із статевими відмінностями в латералізації мозку.

Був проведений аналіз функціональної асиметрії півкуль на підставі оцінки різниці відносної спектральної потужності (ВСП) в діапазонах ЕЕГ.

Оцінка асиметрії відносної спектральної потужності в симетричних відведеннях дозволяє оцінити участь півкуль в процесах обробки інформації у спокої і при ментальному навантаженні.

В симетричних відведеннях півкуль не виявлено певної переважаючої півкулі у жодного з випробовуваних основної групи.

У таблиці 3.9 представлено розподіл різниць ВСП, записаних у фоновому режимі у хлопчиків основної групи на початку учбового року. В графі «Сумарна кількість» представлена кількість хлопчиків, що мають відповідне знак різниці ВСП в симетричних відведеннях, який вказує на переважаючу півкулю (чим вище у відповідному ЕЕГ діапазоні ВСП, тим активніше процес), сумарно в п'яти діапазонах частот симетричних відведень (δ , θ , α , β_1 , β_2).

У таблиці 3.10 представлені аналогічні результати, що отримані при ментальному навантаженні (в режимі "зворотний рахунок в умі").

У таблицях 3.11, 3.12 представлені аналогічні розподіли різниць ВСП у хлопчиків основної групи в кінці учбового року.

Оскільки запис ЕЕГ в обох режимах (фон, рахунок), як на початку, так і наприкінці учбового року проводилася у різної кількості учнів, для проведення порівнянь всі результати були нормовані (шляхом розподілу кількості позитивних і негативних різниць на об'єм групи випробовуваних) (див. табл. 3.13- 3.21). Після нормування можна було проводити порівняння з використанням непараметричних критеріїв [149,157].

Таблиця 3.9

**Розподіл хлопчиків на початку року залежно від переважання ВСП
півкуль в симетричних відведеннях (фон)**

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	β_1	β_2	
F1-F2	- (праве)	10	13	12	16	14	55
	+ (ліве)	12	9	10	6	8	45
F3-F4	- (праве)	10	12	12	13	12	49
	+ (ліве)	12	10	10	9	10	51
F7-F8	- (праве)	10	11	7	8	12	48
	+ (ліве)	12	11	15	14	10	72
T3-T4	- (праве)	9	9	14	14	13	59
	+ (ліве)	13	13	8	8	9	51
T5-T6	- (праве)	7	10	11	14	11	53
	+ (ліве)	15	12	11	8	11	57
C3-C4	- (праве)	11	8	14	6	4	43
	+ (ліве)	11	14	8	16	18	67
P3-P4	- (праве)	6	11	15	8	7	47
	+ (ліве)	16	11	7	14	15	66

Таблиця 3.10

**Розподіл хлопчиків на початку року залежно від переважання півкуль у
відведеннях (рахунок)**

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	β_1	β_2	
F1-F2	- (праве)	3	10	9	9	6	37
	+ (ліве)	10	3	4	4	7	28
F3-F4	- (праве)	9	9	6	5	3	32
	+ (ліве)	4	4	7	8	10	33
F7-F8	- (праве)	7	8	5	9	6	35
	+ (ліве)	6	5	8	4	7	30
T3-T4	- (праве)	3	5	11	6	7	32
	+ (ліве)	10	8	2	7	6	33
T5-T6	- (праве)	4	6	5	6	3	24
	+ (ліве)	9	7	8	7	10	42
C3-C4	- (праве)	5	6	8	3	3	25
	+ (ліве)	8	7	5	10	10	40
P3-P4	- (праве)	4	9	9	7	2	31
	+ (ліве)	9	4	4	6	11	34

Таблиця 3.11

Розподіл хлопчиків наприкінці року залежно від переважання півкуль у відведеннях (фон)

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	β_1	β_2	
F1-F2	-	7	14	15	15	15	66
	+	15	8	7	7	7	44
F3-F4	-	16	4	8	10	13	51
	+	6	18	14	12	9	59
F7-F8	-	14	5	9	7	9	44
	+	8	17	13	15	13	66
T3-T4	-	8	5	13	12	10	48
	+	14	17	9	10	12	62
T5-T6	-	7	13	15	13	12	60
	+	15	9	7	9	10	50
C3-C4	-	13	9	11	9	12	54
	+	9	13	11	13	10	56
P3-P4	-	6	12	14	10	6	48
	+	16	10	8	12	16	62

Таблиця 3.12

Розподіл хлопчиків наприкінці року залежно від переважання півкуль у відведеннях (рахунок)

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	β_1	β_2	
F1-F2	-	7	6	7	8	3	31
	+	8	7	6	5	10	36
F3-F4	-	8	9	4	4	3	28
	+	5	4	9	9	10	37
F7-F8	-	7	6	3	6	7	29
	+	6	7	10	7	6	36
T3-T4	-	1	7	11	11	8	38
	+	14	6	2	2	5	29
T5-T6	-	3	7	11	8	6	35
	+	10	6	2	5	7	30
C3-C4	-	9	7	5	3	3	27
	+	4	6	8	10	10	38
P3-P4	-	4	5	10	6	4	29
	+	9	8	3	7	9	36

Таблиця 3.13

Нормована кількість позитивних і негативних різниць ВСП у хлопчиків на початку року (фон)

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	0,5	0,6	0,5	0,7	0,6	2,5
	+ (ліве)	0,5	0,4	0,5	0,3	0,4	2,0
F3-F4	- (праве)	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	2,2
	+ (ліве)	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5	2,3
F7-F8	- (праве)	0,5	0,5	0,3	0,4	0,5	2,1
	+ (ліве)	0,5	0,5	0,7	0,6	0,5	3,3
T3-T4	- (праве)	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	2,7
	+ (ліве)	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	2,3
T5-T6	- (праве)	0,3	0,5	0,5	0,6	0,5	2,4
	+ (ліве)	0,7	0,5	0,5	0,4	0,5	2,6
C3-C4	- (праве)	0,5	0,4	0,6	0,3	0,2	2,0
	+ (ліве)	0,5	0,6	0,4	0,7	0,8	3,0
P3-P4	- (праве)	0,3	0,5	0,7	0,4	0,3	2,1
	+ (ліве)	0,7	0,5	0,3	0,6	0,7	3

Таблиця 3.14

Нормована кількість позитивних і негативних різниць ВСП у хлопчиків на початку року (рахунок)

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	0,2	0,8	0,7	0,7	0,5	2,8
	+ (ліве)	0,8	0,2	0,3	0,3	0,5	2,2
F3-F4	- (праве)	0,7	0,7	0,5	0,4	0,2	2,5
	+ (ліве)	0,3	0,3	0,5	0,6	0,8	2,5
F7-F8	- (праве)	0,5	0,6	0,4	0,7	0,5	2,7
	+ (ліве)	0,5	0,4	0,6	0,3	0,5	2,3
T3-T4	- (праве)	0,2	0,4	0,8	0,5	0,5	2,5
	+ (ліве)	0,8	0,6	0,2	0,5	0,5	2,5
T5-T6	- (праве)	0,3	0,5	0,4	0,5	0,2	1,8
	+ (ліве)	0,7	0,5	0,6	0,5	0,8	3,2
C3-C4	- (праве)	0,4	0,5	0,6	0,2	0,2	1,9
	+ (ліве)	0,6	0,5	0,4	0,8	0,8	3,1
P3-P4	- (праве)	0,3	0,7	0,7	0,5	0,2	2,4
	+ (ліве)	0,7	0,3	0,3	0,5	0,8	2,6

Таблиця 3.15

**Нормована кількість позитивних і негативних різниць ВСП у хлопчиків
наприкінці року (фон)**

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	0,3	0,6	0,7	0,7	0,7	3,0
	+ (ліве)	0,7	0,4	0,3	0,3	0,3	2,0
F3-F4	- (праве)	0,7	0,2	0,4	0,5	0,6	2,3
	+ (ліве)	0,3	0,8	0,6	0,5	0,4	2,7
F7-F8	- (праве)	0,6	0,2	0,4	0,3	0,4	2,0
	+ (ліве)	0,4	0,8	0,6	0,7	0,6	3,0
T3-T4	- (праве)	0,4	0,2	0,6	0,5	0,5	2,2
	+ (ліве)	0,6	0,8	0,4	0,5	0,5	2,8
T5-T6	- (праве)	0,3	0,6	0,7	0,6	0,5	2,7
	+ (ліве)	0,7	0,4	0,3	0,4	0,5	2,3
C3-C4	- (праве)	0,6	0,4	0,5	0,4	0,5	2,5
	+ (ліве)	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5	2,5
P3-P4	- (праве)	0,3	0,5	0,6	0,5	0,3	2,2
	+ (ліве)	0,7	0,5	0,4	0,5	0,7	2,8

Таблиця 3.16

**Нормована кількість позитивних і негативних різниць ВСП у хлопчиків
наприкінці року (рахунок)**

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	0,5	0,5	0,5	0,6	0,2	2,4
	+ (ліве)	0,6	0,5	0,5	0,4	0,8	2,8
F3-F4	- (праве)	0,6	0,7	0,3	0,3	0,2	2,2
	+ (ліве)	0,4	0,3	0,7	0,7	0,8	2,8
F7-F8	- (праве)	0,5	0,5	0,2	0,5	0,5	2,2
	+ (ліве)	0,5	0,5	0,8	0,5	0,5	2,8
T3-T4	- (праве)	0,1	0,5	0,8	0,8	0,6	2,9
	+ (ліве)	1,1	0,5	0,2	0,2	0,4	2,2
T5-T6	- (праве)	0,2	0,5	0,8	0,6	0,5	2,7
	+ (ліве)	0,8	0,5	0,2	0,4	0,5	2,3
C3-C4	- (праве)	0,7	0,5	0,4	0,2	0,2	2,1
	+ (ліве)	0,3	0,5	0,6	0,8	0,8	2,9
P3-P4	- (праве)	0,3	0,4	0,8	0,5	0,3	2,2
	+ (ліве)	0,7	0,6	0,2	0,5	0,7	2,8

Таблиця 3.17

**Сумарний розподіл нормованої кількості позитивних і негативних різниць
ВСП хлопчиків**

Різниця	Знак різниці	Умови реєстрації			
		початок року		кінець року	
		фон	рахунок	фон	рахунок
F1-F2	- (праве)	2,5	2,8	3,0	2,4
	+ (ліве)	2,0	2,2	2,0	2,8
F3-F4	- (праве)	2,2	2,5	2,3	2,2
	+ (ліве)	2,3	2,5	2,7	2,8
F7-F8	- (праве)	2,1	2,7	2,0	2,2
	+ (ліве)	3,3	2,3	3,0	2,8
T3-T4	- (праве)	2,7	2,5	2,2	2,9
	+ (ліве)	2,3	2,5	2,8	2,2
T5-T6	- (праве)	2,4	1,8	2,7	2,7
	+ (ліве)	2,6	3,2	2,3	2,3
C3-C4	- (праве)	2,0	1,9	2,5	2,1
	+ (ліве)	3,0	3,1	2,5	2,9
P3-P4	- (праве)	2,1	2,4	2,2	2,2
	+ (ліве)	3	2,6	2,8	2,8

Таблиця 3.18

**Розподіл дівчат на початку року залежно від переважання півкуль у
відведеннях (фон)**

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	10	13	12	16	14	55
	+ (ліве)	12	9	10	6	8	45
F3-F4	- (праве)	10	12	12	13	12	49
	+ (ліве)	12	10	10	9	10	51
F7-F8	- (праве)	10	11	7	8	12	48
	+ (ліве)	12	11	15	14	10	72
T3-T4	- (праве)	9	9	14	14	13	59
	+ (ліве)	13	13	8	8	9	51
T5-T6	- (праве)	7	10	11	14	11	53
	+ (ліве)	15	12	11	8	11	57
C3-C4	- (праве)	11	8	14	6	4	43
	+ (ліве)	11	14	8	16	18	67
P3-P4	- (праве)	6	11	15	8	7	47
	+ (ліве)	16	11	7	14	15	66

Розподіл дівчат на початку року залежно від переважання півкуль у відведеннях (рахунок)

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	β_1	β_2	
F1-F2	- (праве)	9	8	8	6	9	40
	+ (ліве)	6	7	7	9	6	35
F3-F4	- (праве)	9	6	9	10	11	45
	+ (ліве)	6	9	6	5	4	30
F7-F8	- (праве)	8	8	7	9	11	43
	+ (ліве)	7	7	8	6	4	32
T3-T4	- (праве)	9	7	8	9	9	42
	+ (ліве)	6	8	7	6	6	33
T5-T6	- (праве)	7	7	5	5	5	29
	+ (ліве)	8	8	10	10	10	46
C3-C4	- (праве)	9	7	8	7	6	37
	+ (ліве)	6	8	7	8	9	38
P3-P4	- (праве)	3	5	13	7	6	34
	+ (ліве)	12	10	2	8	9	41

Проведений аналіз для виявлення статевих відмінностей у функціональній асиметрії на основі оцінки різниці відносної спектральної потужності.

У таблицях 3.20-3.30 представлені розподіли позитивних і негативних різниць ВСП, записаних на початку і наприкінці учбового року в двох режимах в групі дівчат. У таблицях 3.31-3.34 представлені нормовані кількості різниць з позитивним і негативним знаком.

Для проведення порівнянь розподілів, записаних у різних режимах на початку і наприкінці учбового року у дівчат, була складена узагальнююча таблиця нормованої кількості різниць різних знаків.

Розподіл дівчат наприкінці року залежно від переважання півкуль у відведеннях (фон)

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	13	8	9	16	14	60
	+ (ліве)	11	16	15	8	10	60
F3-F4	- (праве)	16	9	7	13	16	61
	+ (ліве)	8	15	17	11	8	59
F7-F8	- (праве)	14	11	9	13	11	58
	+ (ліве)	10	13	15	11	13	62
T3-T4	- (праве)	13	10	5	14	10	52
	+ (ліве)	11	14	19	10	14	68
T5-T6	- (праве)	11	9	15	14	13	62
	+ (ліве)	13	15	9	10	11	58
C3-C4	- (праве)	15	12	8	18	15	68
	+ (ліве)	7	12	16	6	9	50
P3-P4	- (праве)	10	7	11	15	10	53
	+ (ліве)	14	17	13	9	14	67

Проведені порівняння з використанням непараметричного критерію знаків і критерію Вілкоксона розподілів на початку і наприкінці року в режимах фон і рахунок в групі дівчат достовірних відмінностей не виявили. Аналогічно не виявлено відмінностей в розподілі різниць в режимі фон на початку і наприкінці учбового року, а також в режимі рахунку на початку і наприкінці року. Це може бути обумовлено різноспрямованою зміною кількості позитивних і негативних різниць. Окремо проведені порівняння тільки негативних різниць також достовірних відмінностей не виявили.

Наступне порівняння розподілів різниць було проведено між групами хлопчиків і дівчат. Достовірних відмінностей в жодному режимі на початку і наприкінці навчального року не виявлено.

Таблиця 3.21

Розподіл дівчат наприкінці року залежно від переважання півкуль у відведеннях (рахунок)

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	8	11	8	8	7	42
	+ (ліве)	7	4	7	7	8	33
F3-F4	- (праве)	7	8	6	11	9	41
	+ (ліве)	8	7	9	4	6	34
F7-F8	- (праве)	8	7	5	7	7	34
	+ (ліве)	7	8	10	8	8	41
T3-T4	- (праве)	7	9	5	10	9	40
	+ (ліве)	8	6	10	5	6	35
T5-T6	- (праве)	8	4	10	5	3	30
	+ (ліве)	7	11	5	10	12	45
C3-C4	- (праве)	9	6	5	10	8	38
	+ (ліве)	6	9	10	5	7	37
P3-P4	- (праве)	4	4	11	7	5	31
	+ (ліве)	11	11	4	8	10	44

Таблиця 3.22

Нормована кількість позитивних і негативних різниць ВСП у дівчат на початку року (фон)

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	0,5	0,3	0,5	0,6	0,5	2,4
	+ (ліве)	0,5	0,7	0,5	0,4	0,5	2,6
F3-F4	- (праве)	0,8	0,3	0,3	0,5	0,5	2,4
	+ (ліве)	0,3	0,7	0,7	0,5	0,5	2,6
F7-F8	- (праве)	0,6	0,3	0,4	0,4	0,4	2,1
	+ (ліве)	0,4	0,8	0,6	0,6	0,6	2,3
T3-T4	- (праве)	0,6	0,3	0,4	0,5	0,4	2,1
	+ (ліве)	0,4	0,8	0,6	0,5	0,6	2,9
T5-T6	- (праве)	0,4	0,3	0,5	0,5	0,5	2,3
	+ (ліве)	0,6	0,7	0,5	0,5	0,5	2,8
C3-C4	- (праве)	0,5	0,5	0,7	0,4	0,5	2,7
	+ (ліве)	0,5	0,5	0,3	0,6	0,5	2,3
P3-P4	- (праве)	0,4	0,5	0,6	0,6	0,4	2,6
	+ (ліве)	0,6	0,5	0,4	0,4	0,6	2,4

Таблиця 3.23

Нормована кількість позитивних і негативних різниць ВСП у дівчат на початку року (рахунок)

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	0,6	0,5	0,5	0,4	0,6	2,7
	+ (ліве)	0,4	0,5	0,5	0,6	0,4	2,3
F3-F4	- (праве)	0,6	0,4	0,6	0,7	0,7	3,0
	+ (ліве)	0,4	0,6	0,4	0,3	0,3	2,0
F7-F8	- (праве)	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	2,9
	+ (ліве)	0,5	0,5	0,5	0,4	0,3	2,1
T3-T4	- (праве)	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	2,8
	+ (ліве)	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	2,2
T5-T6	- (праве)	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	1,9
	+ (ліве)	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	3,1
C3-C4	- (праве)	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	2,5
	+ (ліве)	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	2,5
P3-P4	- (праве)	0,2	0,3	0,9	0,5	0,4	2,3
	+ (ліве)	0,8	0,7	0,1	0,5	0,6	2,7

Таблиця 3.24

Нормована кількість позитивних і негативних різниць ВСП у дівчат наприкінці року (фон)

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	0,5	0,3	0,4	0,7	0,6	2,5
	+ (ліве)	0,5	0,7	0,6	0,3	0,4	2,5
F3-F4	- (праве)	0,7	0,4	0,3	0,5	0,7	2,5
	+ (ліве)	0,3	0,6	0,7	0,5	0,3	2,5
F7-F8	- (праве)	0,6	0,5	0,4	0,5	0,5	2,4
	+ (ліве)	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5	2,6
T3-T4	- (праве)	0,5	0,4	0,2	0,6	0,4	2,2
	+ (ліве)	0,5	0,6	0,8	0,4	0,6	2,8
T5-T6	- (праве)	0,5	0,4	0,6	0,6	0,5	2,6
	+ (ліве)	0,5	0,6	0,4	0,4	0,5	2,4
C3-C4	- (праве)	0,6	0,5	0,3	0,8	0,6	2,8
	+ (ліве)	0,3	0,5	0,7	0,3	0,4	2,1
P3-P4	- (праве)	0,4	0,3	0,5	0,6	0,4	2,2
	+ (ліве)	0,6	0,7	0,5	0,4	0,6	2,8

Таблиця 3.25

**Нормована кількість позитивних і негативних різниць ВСП у дівчат
наприкінці року (рахунок)**

Різниця	Знак різниці	Діапазон					Сумарна кількість
		δ	θ	α	$\beta 1$	$\beta 2$	
F1-F2	- (праве)	0,5	0,7	0,5	0,5	0,5	2,8
	+ (ліве)	0,5	0,3	0,5	0,5	0,5	2,2
F3-F4	- (праве)	0,5	0,5	0,4	0,7	0,6	2,7
	+ (ліве)	0,5	0,5	0,6	0,3	0,4	2,3
F7-F8	- (праве)	0,5	0,5	0,3	0,5	0,5	2,3
	+ (ліве)	0,5	0,5	0,7	0,5	0,5	2,7
T3-T4	- (праве)	0,5	0,6	0,3	0,7	0,6	2,7
	+ (ліве)	0,5	0,4	0,7	0,3	0,4	2,3
T5-T6	- (праве)	0,5	0,3	0,7	0,3	0,2	2,0
	+ (ліве)	0,5	0,7	0,3	0,7	0,8	3,0
C3-C4	- (праве)	0,6	0,4	0,3	0,7	0,5	2,5
	+ (ліве)	0,4	0,6	0,7	0,3	0,5	2,5
P3-P4	- (праве)	0,3	0,3	0,7	0,5	0,3	2,1
	+ (ліве)	0,7	0,7	0,3	0,5	0,7	2,9

Таблиця 3.26

**Сумарний розподіл нормованої кількості позитивних і негативних
різниць ВСП у дівчат**

Різниця	Знак різниці	Умови реєстрації			
		початок року		кінець року	
		фон	рахунок	фон	рахунок
F1-F2	- (праве)	2,4	2,7	2,5	2,8
	+ (ліве)	2,6	2,3	2,5	2,2
F3-F4	- (праве)	2,4	3,0	2,5	2,7
	+ (ліве)	2,6	2,0	2,5	2,3
F7-F8	- (праве)	2,1	2,9	2,4	2,3
	+ (ліве)	2,3	2,1	2,6	2,7
T3-T4	- (праве)	2,1	2,8	2,2	2,7
	+ (ліве)	2,9	2,2	2,8	2,3
T5-T6	- (праве)	2,3	1,9	2,6	2,0
	+ (ліве)	2,8	3,1	2,4	3,0
C3-C4	- (праве)	2,7	2,5	2,8	2,5
	+ (ліве)	2,3	2,5	2,1	2,5
P3-P4	- (праве)	2,6	2,3	2,2	2,1
	+ (ліве)	2,4	2,7	2,8	2,9

Оцінка ступеня емоційної напруги і вегетативних показників у дітей під час навчання проводилася з використанням аналізу варіабельності серцевого ритму [158]. Для проведення аналізу динаміки показників ВСР в групах хлопчиків і дівчат були вибрані наступні показники: ІН - індекс напруги регуляторних систем, ТРТ - індекс "тип реакції тривоги", а також показники моделі чинника параметрів ВСР - головні чинники: F1 (відображає вираженість інтеграції рефлексорних, вегетативних і гуморальних (гомеостатичних) механізмів), F2 (відображає ступінь автономності регуляції) і F3 (дозволяє оцінити ступінь централізації управління серцевим ритмом).

Значення індексу тривоги (ІТ) у хлопчиків мали великі індивідуальні відмінності і в стані спокійного пильнування коливалися від 55,7 до 454,7 у.о. - на початку року, від 59,2 до 336,7 у.о. - наприкінці року. Така ж картина спостерігалася і у дівчат (50,4-970,9 у.о. - на початку року, 69,9-776,9 у.о. - наприкінці року). Середній рівень напруги у дівчат був вищим.

Попередній аналіз даних показав наявність великого розкиду, тому були обчислені не тільки середні значення показників хлопчиків і дівчат, але і процентілі. Процентіль розподіли - це число x_p , де значення p -ї частини сукупності менше або рівно x_p . Наприклад, 25-а процентіль (також називається квантіллю, або нижньою квартиллю) змінною - це таке значення (x_p), де 25 % (p) значень змінної потрапляють нижче за це значення. Аналогічним чином обчислюється 75-а процентіль (квантіль або верхня квартиль) - таке значення, нижче за яке потрапляють 75 % значень змінної.

У таблицях 3.27, 3.28 окрім загальноприйнятих показників, представлені процентілі на рівні 10 і 90 %.

Аналіз і порівняння результатів проводилися для показників, записаних на початку і кінці учбового року з використанням непараметричних критеріїв Манна-Уїтні (для незалежних вибірок - при порівнянні показників хлопчиків і дівчат) і критерію Вілкоксона - для залежних (при порівнянні показників

хлопчиків на початку і наприкінці учбового року і дівчат в ці ж терміни)[157,159].

Таблиця 3.27

Середні значення показників ВСР хлопчиків на початку і наприкінці року ум.од.

Умови реєстрації	Показник	Мінімум	Максимум	Процентіль 10%	Процентіль 90%
Початок року	ІН	55,7	454,7	65,2	397,1
	ТРТ	58,3	656,6	88,3	635,4
	F1	-1,8	1,3	-1,7	0,7
	F2	-10,5	0,96	-7,6	0,8
	F3	0,06	2,3	0,25	1,1
Кінець року	ІН	59,2	336,7	61,9	226,3
	ТРТ	66,8	534,4	77,6	346,8
	F1	-1,5	0,6	-1,4	0,6
	F2	-7,8	0,8	-7,3	0,1
	F3	-0,1	1,7	-0,08	1,1

Таблиця 3.28

Середні значення показників ВСР дівчат на початку і наприкінці року.

Умови реєстрації	Показник	Мінімум	Максимум	Процентіль 10%	Процентіль 90%
Початок року	ІТ	50,4	970,9	53,9	317,9
	ТРТ	69,5	1695,8	79,6	543,5
	F1	-1,76	2,5	-1,6	0,54
	F2	-11,91	1,1	-7,5	0,66
	F3	0,10	2,1	0,2	1,97
Кінець року	ІТ	69,9	776,9	69,9	776,9
	ТРТ	121,0	1406,2	121,0	1406,2
	F1	-1,9	0,4	-1,9	0,4
	F2	-6,1	1,4	-6,1	1,4
	F3	0,2	2,5	0,2	2,5

Таким чином, порівняння показників хлопчиків, записаних на початку учбового року і кінці учбового року не виявило достовірних відмінностей. Порівняння показників дівчат, записаних на початку і наприкінці учбового року не виявило достовірних відмінностей. В той же час були отримані достовірні відмінності між дослідженими показниками хлопчиків і дівчат в кінці учбового року. Це відмінності показників ІН хлопчиків і дівчат ($p < 0,007$) і ТРТ ($p < 0,006$). У дівчат виявлений більш високий рівень емоційної напруги (ІН) і активація симпатичного відділу вегетативної нервової системи (ТРТ).

Також, достовірно розрізнялися деякі головні чинники. Відведення F1, що відображає вираженість інтеграції рефлексорних, вегетативних і гуморальних (гомеостатичних) механізмів) ($p < 0,03$). Виходячи з фізіологічної інтерпретації цього чинника, який утворюють змінні, що отримані в результаті кореляційного (M0) і спектрального (Ssw2, Ssw1) аналізу RR-інтервалів, більш низькі, в порівнянні з хлопчиками, власні значення цього чинника вказують на ослаблення активності кардіостимуляторного і вазомоторного центрів, зменшення впливів вищих рівнів управління у дівчат наприкінці учбового року.

Відведення F2, що відображає ступінь автономності регуляції ($p < 0,01$) у дівчат наприкінці учбового року характеризується більш високими значеннями. Цей чинник утворюють змінні, що отримані в результаті кореляційного (K1) і спектрального (-Srw, Ssw1) аналізу RR-інтервалів. Виходячи з фізіологічної інтерпретації чинника F2, більш високі у дівчат, в порівнянні з хлопчиками, власні значення цього чинника указують на велику «залежність» функціонування автономного контуру регуляції, велику активність кардіостимуляторного і вазомоторного центрів, більш сильний контроль з боку вищих рівнів регуляції, більш високу активність центру модулятора і більш значну напругу функціонування серцево-судинної системи [162].

3.3 Гігієнічні та медико-соціальні чинники впливу родини на здоров'я учнів початкової школи

Враховуючи, що виховна функція сімей залежить від їх соціально-демографічного складу до анкети було включено питання щодо соціального статусу родини школяра. Серед учнів початкової школи ЗЗСО питома вага неповних сімей становила 14,5 % (у родинях хлопців вище, ніж в родинях дівчат, відповідно 19,2 % і 9,6 %, $p < 0,05$). Проблемна ситуація виховання дітей здоровими і соціально благополучними в таких сім'ях обумовлена відсутністю того психологічного мікроклімату, який має створюватись обома батьками [160]. В родинях, де був відсутній батько діти мали більш високу поширеність розладів психіки та поведінки (621,6 ‰ – батько відсутній і 333,3 ‰ - батько є; $p < 0,01$), захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини (216,2 ‰ – батько відсутній і 129,6 ‰ - батько є; $p < 0,05$).

На підставі проведеного дисперсійного аналізу встановлено, що діти у повній родині, де сімейна ситуація розцінювалася самими батьками як конфліктна також мали підвищення частоти розповсюдження розладів психіки та поведінки ($F = 3,7$; $p < 0,05$).

Психологічний мікроклімат у сім'ї також впливає на показники варіабельності серцевого ритму – підвищується індекс централізації – у дітей, де мікроклімат спокійний він дорівнює $5,1 \pm 0,6$, де є конфліктні стани – $8,7 \pm 1,5$ ($p < 0,05$). Регуляція серцевого ритму цих дітей більш централізована тобто напружена [143].

Загальний рівень шкільної адаптації першокласників був вищим в родинях, де рівень доходів батьки розцінили як “достатній”, ніж у їх однолітків, матеріальне становище яких було розцінене як “недостатнє” (відповідно $4,1 \pm 0,1$ балів і $3,7 \pm 0,2$ балів, $p < 0,05$). Діти, батьки яких були фінансово більш спроможні, мали в два рази менший рівень захворювань на вроджені аномалії ($F = 4,6$ $p < 0,05$), та вищі фізіометричні показники фізичного розвитку ($F = 7,3$ $p < 0,01$). Рівень доходів у родині також має вплив на збалансованість регуляції серцевого ритму дітей. При достатньому рівні

доходів симпатовагальний індекс становить $0,5 \pm 0,05$, а при недостатньому – $0,9 \pm 0,15$ ($p < 0,05$) [162-168].

Відсутність власної кімнати в школяра, як показник більшої скупченості проживання родини, сприяла ($F=6,4$ $p < 0,02$) більшій поширеності захворювань органів дихання. Усі діти, в яких виявлено захворювання сечостатевої системи жили у власному будинку ($F = 3,8$ $p < 0,02$).

Слід враховувати, що несприятливі фактори оточуючого середовища діють не ізольовано, а разом з біологічними чинниками (в тому числі й спадковістю, особливостями розвитку дитини). Встановлено, що наявність певних захворювань у батьків впливала на стан здоров'я першокласників. Наявність у батьків вегето-судинної дистонії, гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, надлишкової ваги служило фактором ризику виникнення у дітей захворювань сечостатевої системи, порушення обміну речовин, та виникненню надлишку маси тіла ($F = 6,0$; $p < 0,02$).

Важливим для розвитку дитини є вплив на здоров'я батьків таких факторів ризику, як професійні шкідливості. Дію несприятливих чинників професійної діяльності на час вагітності матері зазначили 23,4 % батьків й 19,0 % матерів. Найбільш поширеним був вплив шуму (11,1 % - батьків і 7,1 % матерів), пилу (відповідно 9,1 % і 4,0 %) і хімічних сполук (відповідно 6,0 % і 4,8 %). Понад 4 % батьків працювали за комп'ютером. Наявність професійних шкідливостей в діяльності батька на час вагітності матері сприяла виникненню вад розвитку дитини ($F = 6,0$; $p < 0,02$), під час роботи матері – підвищеної частоти виникнення хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($F = 3,1$; $p < 0,05$).

Важливе значення для формування здоров'я дитини мав характер протікання вагітності у матері. Лише ($37,8 \pm 2,9$) % матерів не мали проблем із здоров'я під час вагітності. Найбільш поширеними порушеннями у здоров'ї матерів були токсикоз 1 половини вагітності ($(35,8 \pm 2,8)$ %) та загроза переривання вагітності ($(29,5 \pm 2,7)$ %). Істотний вплив на здоров'я молодших школярів мали токсикоз 2 половини вагітності - підвищена захворюваність

на хвороби органів дихання ($F = 7,3$; $p < 0,01$), загроза переривання вагітності - на частоту вроджених аномалій розвитку ($F = 6,7$; $p < 0,01$), підвищення артеріального тиску – на частоту виникнення хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($F = 16,7$; $p < 0,001$). Понад 16 % матерів зазначили наявність стресових станів під час вагітності, що не мало істотного впливу на здоров'я і фізичний розвиток дітей даної вікової групи.

Відповідно до терміну вагітності народилися 77,2 % дітей; раніше – 14,9 %, пізніше – 7,9 %. Під час пологів медикаментозного стимулювання зазнали 46,5 % матерів, у 3,8 % було використано щипці і 29,5 % - кесарів розтин. Понад 69 % малюків закричали не відразу. Встановлено негативний вплив медикаментозного стимулювання на розвиток захворювань системи кровообігу ($F = 9,5$; $p < 0,01$) та органів дихання ($F = 3,9$; $p < 0,05$) у першокласників.

Впливу використання під час пологів щипців, кесаревого розтину чи інших ускладнень протікання пологів на поширеність захворювань та фізичний розвиток учнів перших класів не встановлено, але накладення щипців під час народження впливало на рівень шкільної адаптації, яка вище у дітей народжених без накладання щипців ($p < 0,05$), народження дитини за допомогою кесарева розтину істотно впливало на ефективність та успішність навчання, які істотно нижчі у дітей, які народились за допомогою кесарева розтину (успішність у них $4,9 \pm 0,3$ балів проти $5,5 \pm 0,1$ у другої групи дітей, $p < 0,05$)

Істотно вплинув характер вигодовування немовлят на поширеність хвороб органів травлення у першому класі ($F = 5,1$; $p < 0,01$). В період новонародженості 44,0 % дітей знаходилися на грудному вигодовуванні, 21,4 % - штучному, 34,6 % - змішаному. Найбільше захворювань органів травлення мали діти, що в період немовляти знаходилися на грудному вигодовуванні ($(381,0 \pm 54,8)$ ‰). Нижче була захворюваність дітей із змішаним вигодовуванням ($(261,9 \pm 53,9)$ ‰), а найнижчою – із штучним ($(115,4 \pm 44,7)$ ‰, $p < 0,01$). Вірогідною причиною отриманих даних є більше

піклування і медиків і батьків про харчування немовлят, що знаходилися на штучному вигодовуванні.

На першому році життя 29,4 % малюків знаходилося під наглядом невролога, частіше хлопці (відповідно $(35,0 \pm 4,4)$ % проти $(23,5 \pm 4,0)$ % дівчат, $p < 0,05$), що не мало значимого впливу на стан здоров'я першокласників. За період до вступу в навчальний заклад 5,0 % дітей зазнали струсу мозку. Діти, які знаходились перший рік життя під наглядом невролога, та які мали в анамнезі черепно-мозкову травму та струс мозку мали більш низький рівень шкільної адаптації порівняно з іншою групою дітей, та більш низький рівень ефективності та успішності навчання ($p < 0,05$).

Раціональне харчування є важливим чинником формування здоров'я дитини, її здатності ефективно адаптуватися до оточуючого середовища. Вживання м'яса, риби, а особливо фруктів і соків в значній мірі (відповідно $F = 5,6$ $p < 0,05$; $F = 5,0$ $p < 0,05$; $F = 22,2$ $p < 0,001$; $F = 23,2$ $p < 0,001$) було обумовлене рівнем достатків у родині.

Характер харчування до певної міри впливав на рівень патологічної ураженості школярів. Так, школярі, що менше вживали овочів, більш часто мали захворювання ока та додаткового апарату (відповідно $(236,0 \pm 33,8)$ % – у школярів, що вживали овочі щодня і $(420,0 \pm 70,5)$ % – у школярів, що вживали їх 3-4 рази на тиждень та менше; $p < 0,05$).

Одним із головних факторів біоритмологічної оптимізації життєдіяльності школяра постає сон. Сон - найбільш повноцінний відпочинок для організму. Повноцінним сном вважається той сон, що має достатню подовженість для даного віку, з чітко встановленим часом засинання та пробудження. За даними анкетування оптимальна подовженість нічного сну була у $(78,7 \pm 3,7)$ % хлопців та $(63,0 \pm 4,4)$ % дівчат ($p < 0,01$), що навчалися в початковій школі. Недостатньо спали 25,3 % школярів, особливо – дівчата (відповідно $(33,6 \pm 4,3)$ % проти $(17,2 \pm 3,4)$ % – хлопців, $p < 0,01$).

Моделювання інтересу та навчання вмінням, необхідним для прийняття здорової поведінки, відбувається через заохочення простої тимчасової поведінки з закріпленням позитивного результату. Наприклад, систематичне виконання ранкової гімнастики чи загартовувальних процедур не тільки сприяє формуванню захисних сил організму і ефективному “входженню” учня в навчальний день, профілактиці захворювань, а й забезпечує розвиток комплексу пізнавальних, соціальних і поведінкових умінь. Обливання прохолодною водою чи вологе обтирання після сну, усвідомлений та розроблений на основі отриманих знань і навичок комплекс ранкової гімнастики, особливо за прикладом батьків прискорюють включення організму до активної діяльності, стимулюють розвиток неспецифічного імунітету та сприяють закріпленню певної системи соціальних та поведінкових стереотипів. Кількість першокласників, які виконували ранкову гімнастику була більша серед хлопців (відповідно $(36,1 \pm 4,3)$ % серед хлопців і $(24,6 \pm 3,9)$ % серед дівчат; $p < 0,05$), але взагалі була дуже низькою, що потребує корекції.

Встановлено вплив перебування на свіжому повітрі на успішність навчання. Вищу успішність мали учні, які перебували на вулиці менше однієї години або 2-3 години, і меншу - ті що гуляють більше чотирьох годин на день (менше однієї години – середній рівень успішності – $(6,3 \pm 0,5)$ балів, 2-3 години – $(5,6 \pm 0,1)$ бала, більше 4 годин – $(5,1 \pm 0,1)$ бали).

Оптимальна фізична активність є принципово важливим фактором здорового способу життя, що розширює межі адаптаційних можливостей організму дитини, структурує загальну діяльність. Активні форми відпочинку були характерні для $(43,4 \pm 3,2)$ % учнів першого класу, незалежно від статі, але однією з переважаючих форм відпочинку школярів був телевізор (до $(64,5 \pm 4,2)$ %). Діти, у яких переважає активний відпочинок (прогулянки, активні ігри) мають нижчий рівень адаптації та успішності ($p < 0,05$), діти, у яких переважає пасивний відпочинок (телевізор, читання книжок), мають середній рівень шкільної адаптації ($p < 0,05$) та вищий за

інших рівень успішності, а учні в яких змішаний вид відпочинку мають вищий за інших рівень шкільної адаптації ($p < 0,05$).

Несприятливим соціальним чинником оточуючого середовища для розвитку дітей є паління та вживання алкоголю батьками. На час дослідження палили 66,9 % батьків і 28,1 % матерів, вживали алкоголь 84,1 % батьків і 76,7 % матерів. Встановлено, що паління батька під час вагітності матері мало несприятливий вплив на поширеність хвороб із залученням імунних механізмів ($F = 2,7$ $p < 0,05$), а самих вагітних – на хвороби ендокринної системи на обміну речовин ($F = 3,3$ $p < 0,05$). Діти матерів, які палять мають менший ступінь шкільної адаптації ($F = 3,6$, $p < 0,05$) та нижчий рівень успішності навчання ($(5,6 \pm 0,1)$ балів мають діти матерів, що не палять, $(4,8 \pm 0,5)$ балів у дітей чиї матері випалюють вдень від 1-2 до 10 цигарок, $p < 0,05$) [161-168].

Висновки до 3 розділу

Таким чином, ефективність навчальної діяльності дітей, їх соціально-психологічна адаптація була оцінена в залежності від соціально-гігієнічних, соціально-біологічних факторів. За допомогою дисперсійного аналізу встановлено, що на шкільну адаптацію та на успішність навчання впливало куріння матері, протікання пологів, наявність неврологічних симптомів на першому році життя, з приводу чого дитина знаходилась під наглядом невролога, наявність в анамнезі черепно-мозкової травми чи струсу мозку, наявність молодшого брата, перебування на свіжому повітрі, переважаючий вид відпочинку. На захворюваність та біологічну адаптацію дітей впливали дещо інші біологічні та соціальні чинники – соціальний статут та психологічний мікроклімат, матеріальне становище родини, умови проживання дітей, наявність професійних шкідливостей та захворювань у батьків, паління батьків, медикаментозне стимулювання пологів, характер годування немовлят та характер харчування на сьогоднішній день.

У ході дослідження встановлено, що на здоров'я та шкільну адаптацію дітей впливають різні соціальні та біологічні чинники, за виключенням

паління батьків, яке було фактором ризику виникнення хвороб у дітей та призводило до зниження соціально-психологічної, біологічної адаптації та успішності навчання.

Аналіз отриманих даних дозволяє зробити певні висновки щодо характеру шкільної адаптації учнів на яку впливає родина у початковій школі:

- наприкінці навчання в четвертому класі спостерігається порушення адаптаційних процесів, що відбивається на соціальній поведінці взагалі та, особливо, у відношенні до своїх друзів;

- з четвертого класу зростає важливість ставлення до матері;

- за три роки зросла відкритість дітей та зменшилась їх відгородженість від зовнішнього світу;

- існуючу позитивну динаміку кореляційного зв'язку між ставленням до матері та ставленням до сім'ї можна пояснити більшою активністю матері в сім'ї в цілому, яка суттєво зростала за період спостережень. Мати впливає на взаємодію дитини з зовнішнім оточенням - зменшує вплив друзів;

- вплив батька, як представника сім'ї, на дитину значно менший ніж матері й помітно зменшується наприкінці навчання дитини в молодшій школі;

- на початку навчання дітей в школі зростає взаємодія між вчителем та сім'єю, що природньо пояснюється зміною форми навчального процесу й потребами більш тісного зв'язку між школою та батьками;

- в основній школі вчитель перестає бути основним джерелом інформації для учня, що пояснюється появою нових джерел, які задовольняють його допитливість.

Матеріали даного розділу відображені в публікаціях [162-168].

РОЗДІЛ 4

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ РОДИНИ НА ЗДОРВ'Я УЧНІВ ОСНОВНОЇ ШКОЛИ

Всесвітньою організацією охорони здоров'я визначено принципи на яких має ґрунтуватися профілактика неінфекційних захворювань (НІЗ). Серед них: охоплення всього життєвого циклу людини, розширення прав людей і громад, використання стратегій, заснованих на фактичних даних, забезпечення загального охоплення медико-санітарним обслуговуванням, виключення реальних, передбачуваних або потенційних конфліктів інтересів, підхід, заснований на дотриманні прав людини та принципу справедливості, дії на національному рівні та міжнародне співробітництво і солідарність (політика), міжсекторальна діяльність. Особливо важливим фактором формування, збереження і зміцнення здоров'я, ефективної соціальної адаптації підлітків в оточуючому середовищі є також родина.

Важливою особливістю підліткового віку є формування власної стратегії поведінки щодо збереження та зміцнення здоров'я. Розглядаючи здоров'я як систему уявлень особистості (когнітивний рівень), що ґрунтується на психоемоційному реагуванні і реалізується через здоров'язберігаючу та здоров'яформуючу поведінку важливо визначити її значення в процесі взаємодії підлітка з довкіллям, частиною якого є родина. Як здоров'язберігаючу поведінку ми розглядаємо активність підлітка щодо впливу на оточуюче середовище, його зміни відповідно до потреб і наявних можливостей особистості пристосуватися в довкіллі; як здоров'яформуючу – активність особистості по розширенню адаптаційного потенціалу, здатності пристосовуватися до змін оточуючого середовища. Здоров'язміцнюючу поведінку в цьому контексті можна розглядати як розширення спроможності організму пристосовуватися до змін в природному середовищі.

Формування здорового способу життя включає в себе три основні цілі:

глобальну – забезпечення фізичного, психічного та соціального здоров'я підростаючого покоління; дидактичну – озброєння підлітків необхідними знаннями в галузі охорони здоров'я, прищеплення умінь, навичок і звичок, що дозволяють запобігати дитячий травматизм, що сприяють збереженню здоров'я, працездатності і довголіття; методичну – озброєння учнів знаннями фізіологічних основ процесів життєдіяльності людини, правил особистої гігієни, профілактики соматичних захворювань, психічних розладів, інфекцій, що передаються статевим шляхом, а також знаннями про шкідливий вплив на організм психотропних речовин, паління та «шкідливої» їжі [68,70,71,169-171].

Самооцінка - це ставлення людини до себе. Вона формується на основі власного досвіду - успіхів і невдач, а також залежить від ставлення інших людей. Здатність реально оцінювати себе і позитивно ставитися до себе та своїх життєвих перспектив дуже важлива для здоров'я людини, а особливо підлітків, оскільки ця фаза зростання відноситься до критичних періодів розвитку[169]. У більшості випадків підлітки не знають, що вони мають можливість самі, з власної волі, змінити своє самопочуття, емоції, поведінку, мислення, формувати свою особистість та впливати на стан свого здоров'я.

Прищеплені з самого раннього віку дітям знання, навички збереження здоров'я, у підлітковому віці перетворюються на найважливіший компонент загальної культури людини і впливають на формування здорового способу життя всього суспільства. Розвиток людської особистості вже з дитинства закладає основу фізіологічного та психосоціального здоров'я і благополуччя протягом усього її життя. Здоров'я є детермінантою повноцінного гармонійного розвитку людини особливо в підлітковому віці, коли формується фізичний і психічний потенціал, закладаються основи професійного і творчого зростання, участі в сімейно-побутовій і репродуктивній діяльності. Саме через це здоров'я молодого покоління є одним з важливих показників соціального благополуччя, виступаючи одночасно основою розвитку всього людського потенціалу країни,

забезпечення майбутнього держави. Численні дослідження свідчать, що люди, які в підлітковому віці мали краще здоров'я, частіше досягають успіху і високих результатів у дорослому житті, а також мають вищі шанси на гарне здоров'я у старшому віці [170,171].

4.1 Медико-соціальні та гігієнічні особливості режиму дня та життєдіяльності учнів основної школи

Одним з головних заходів первинної профілактики учнів основної школи є раціонально побудований режим дня. Достатність нічного відпочинку, організація харчування вдома та в закладі освіти, застосування заходів зміцнення організму, виконання щоденних гігієнічних процедур, тривалість прогулянок на свіжому повітрі, термін виконання домашніх завдань, використання вільного часу на ті чи інші види діяльності являють собою основні критерії для оцінки режиму дня учня.

Навчальна діяльність впливає не лише на характер взаємодії учнів зі шкільним середовищем, але і на термін взаємодії з ним, змушує пристосовувати життєдіяльність родини учня до режиму функціонування закладу освіти. Для виявлення особливостей сприйняття добового режиму дня учнями та їх батьками було проведено порівняльне анкетування. Було використано анкети з аналогічними питаннями із закритими варіантами відповідей, що були ранжовані від мінімального до максимального прояву на 4 або 5 рівнів у залежності від питання [173, 175-178].

Одним із головних факторів біоритмологічної оптимізації життєдіяльності дитини постає сон. За даними анкетування оптимальна подовженість нічного сну відмічалася 58,4 % учнями гімназії і незначно частіше їх батьками (64,3%). Більш суттєві відмінності мали місце у сприйнятті порушень необхідного терміну сну. Менше необхідного, на думку учнів 5-х класів, спали 13,0 %, а більше норми – 28,6 %, в той час як 30,4 % батьків вважали, що їх діти недосипають ($p < 0,05$) і лише 5,4% – сплять понад необхідне ($p < 0,01$). Невідповідність кількості дітей, що недосипали,

безумовно є ознакою ставлення батьків до дітей із заниженням їх віку, а збільшення часу нічного сну може свідчити про перевтому учнів.

Регулярне впровадження процедур, що гартують, не тільки сприяє формуванню захисних сил організму, профілактиці захворювань, а й забезпечує більш ефективне “входження” учня в навчальний день. Процедури, що гартують, можуть складатися з приймання контрастного душу, обливання чи обтирання до пояса прохолодною водою. Лише 1,8 % дітей, за свідченням їх батьків, виконували процедури регулярно, а 85,5 % – не загартовуються. В той же час, за свідченням учнів гімназії 19,5 % з них виконують загартовуючи процедури регулярно, до 26,0 % – інколи.

Схожа ситуація і з ранковою гімнастикою. Кількість учнів, що регулярно виконують ранкову гімнастику, за свідченням батьків і дітей, істотно різнилася (відповідно 24,7 % – учнів та 5,5 % – батьки, $p < 0,01$). І лише 41,6 % учнів п'ятих класів визнали, що не виконують ранкову гімнастику, в той час як батьки вважають, що ситуація значно гірша (відповідно – 78,2 %, $p < 0,01$).

Найбільш сформованою серед гігієнічних навичок можна вважати чищення зубів. Виявлено, що діти знають про важливість для здоров'я регулярного догляду за ротовою порожниною – відсутні учні гімназії, які не чистять зуби взагалі, і лише 5,4 % (батьки) – 6,5 % (діти) чистять зуби інколи.

Встановлені розбіжності у баченні виконання ранкових гігієнічних процедур між учнями та їх батьками можна розглядати як свідчення про прагнення дітей мати позитивний «імідж», розуміння існуючих вимог до організації їх життєдіяльності.

Перебування на відкритому повітрі, у поєднанні з руховою активністю – необхідна умова для зміцнення здоров'я, загартовування і підвищення працездатності учнів. Під час дослідження встановлено, що менша частка учнів гімназії, ніж це вважають їх батьки, визнають перебування на відкритому повітрі менше години (відповідно 22,1 % – діти і 46,4 % – батьки, $p < 0,01$). А перебували на відкритому повітрі більше двох годин на день

визнали 36,4 % учнів гімназії, в той час як з цим погодилися лише 7,1 % батьків ($p < 0,01$). Переважна частина учнів вдень не сплять (відповідно 84,4 % – за свідченням дітей та 92,9 % – батьків). Тобто, на тлі низької можливості батьків відстежити поведінку дітей в середині навчального дня розбіжність щодо інформації про можливі ознаки перевтоми не суттєві, в той час як майже 30% дітей починають розбудовувати власну стратегію поведінки, яка залишається поза увагою батьків.

Гігієнічно значущим фактором організації режиму дня є подовженість виконання домашнього завдання. Більш гостро проблема перевантаження сприймається батьками, 17,9 % серед яких визнали, що їх діти займаються вдома понад 3 години на день. Частка учнів, які так вважали, біла суттєво менша (7,8 %, $p < 0,05$ відповідно). В той же час, якщо 15,8 % учнів визнали, що на перегляд телевізора вони витрачають понад 3 години щоденно, лише 3,6 % батьків з ними були однієї думки ($p < 0,01$). Імовірно, батьки прагнуть бачити своїх дітей більш цілеспрямованими, зі сформованими навичками самостійної навчальної діяльності. Це підтверджується і тим, що 32,5 % учнів готуються на перерві до наступного уроку, в той час як лише 3,6 % батьків не впевнені у рівні підготовленості дітей до наступних уроків.

Важливим фактором профілактики захворювань та біоритмологічної оптимізації діяльності організму виступає харчування. Для більшості учнів було характерним 3-4 разове харчування, але якщо лише 3,6 % батьків визнали, що їх діти мають практично 2 разове харчування, то на думку дітей їх питома вага була значно більша (відповідно 22,1 %, $p < 0,01$). Таке харчування може привести до десинхронізації діяльності системи травлення та розвитку захворювань, особливо враховуючи, що більшість з них або не харчувалися в школі зовсім, або купували тільки тістечка та палянички. При цьому, якщо 9 % учнів мали повний обід у школі (інформація тотожна від батьків і дітей), використання буфетної продукції і неповний обід у 2 рази менше було поширене серед учнів, ніж це вважали батьки ($p < 0,01$).

Для забезпечення гарних результатів під час навчання, кожен учень має добре і своєчасно відпочивати. Найбільш позитивно на дітей впливають активний відпочинок на відкритому повітрі, фізичні вправи. Слід зазначити, що на думку дітей найбільш розповсюдженою формою їх відпочинку в звичайні учбові дні були спортивні заняття у секціях, прогулянки та перегляд телепередач, то на думку батьків, перш за все – комп'ютер (відповідно 87,5 % – батьки та 28,6% – діти). Аналогічна тенденція залишалася і у вихідні дні. Можна припустити, що час проведений за комп'ютером дітьми і батьками сприймається по різному – як робочий, для отримання необхідної інформації – дітьми, і як шкідливий, відволікаючий від важливих справ – батьками.

Гострою проблемою може стати і розбіжність у емоційній оцінці ситуації зі здоров'ям дітьми і батьками. Самопочуття наприкінці навчального дня та після вихідних визнали як погане 13,0 % і 23,4 % учнів і лише 1,8 % батьків це відчули ($p < 0,01$).

На підставі проведеного системного аналізу структурної організації добового режиму дня учнів ними самими та їх батьками також виявлені суттєві відмінності. Так, батьки зорієнтовані більше на емоційне сприйняття поведінки учнів та характер власної взаємодії з ними. В їх уявленні пов'язані самопочуття дітей наприкінці навчальних та вихідних днів ($r_s = 0,29$; $p < 0,05$), турбота про режим харчування із терміном виконання домашнього завдання ($r_s = 0,30$; $p < 0,05$), потреба спати вдень – із терміном перегляду телепередач ($r_s = 0,39$; $p < 0,01$).

Аналіз відповідей п'ятикласників свідчить про більш жорстку та структуровану систему їх життєдіяльності, вузловими елементами якої є сформованість навичок виконання загартовуючих процедур, ранкової гімнастики та чищення зубів. Саме щоденне виконання ранкової гімнастики пов'язане із терміном перебування на відкритому повітрі ($r_s = 0,25$; $p < 0,05$), виконанням загартовуючих процедур ($r_s = 0,45$; $p < 0,01$), сформованості навички чищення зубів ($r_s = 0,28$; $p < 0,05$) та самопочуттям наприкінці

навчального дня ($r_s=0,36$; $p<0,01$). А через подовженість часу прогулянок на відкритому повітрі із нічним сном ($r_s=-0,24$; $p<0,05$).

Таким чином, проведений аналіз режиму дня дітей свідчить про суттєві відмінності у сприйнятті характеру організації життєдіяльності учнями п'ятих класів та їх батьками. Діти вже мають уявлення про здоров'язберігаючу поведінку, про вимоги до організації їх навчальної діяльності, але їх реалізація залишається на недостатньо високому рівні [170,174,179].

4.2 Вплив близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками

Підлітковий вік – це один з найважливіших етапів життя людини, в якому відбувається формування її особистості, закладається основа подальшого становлення як повноцінного члена суспільства. Як відомо, у цьому віці набирають особливої гостроти соціальне та психологічне благополуччя підлітка. Це зумовлено перебудовою усіх сфер особистості під час переходу від дитинства до дорослості. У перехідний вік відбуваються глибокі зміни, які впливають на особистісний розвиток індивіда. Ці зміни стосуються фізичної зрілості організму, відносин підлітка з батьками, іншими дорослими людьми та однолітками. Еталони міжособистісного сприймання, якими користуються підлітки, оцінюючи оточуючих людей, стають усе більш узагальненими і співвідносяться з ідеалами, цінностями і нормами [8,33,45].

Підлітковий вік – є найособливішим періодом у психоемоційному та фізіологічному аспекті. Для підлітків характерні експериментування, бажання випробувати свої можливості та деякі звички краще ніколи не опановувати. Найбільшою групою ризику щодо формування шкідливих звичок серед учнів, які завершують навчання у основній школі, слід віднести осіб із крайніми станами самооцінки: хлопців зі зниженою самооцінкою, та

дівчат дуже самовпевнених. Наявність визначених чинників ризику є важливою з позицій подальшого прогнозу здоров'я зростаючого покоління.

У більшості випадків підлітки не знають, що вони мають можливість самі, з власної волі, змінити своє самопочуття, емоції, поведінку, мислення, формувати свою особистість [177].

Для виявлення статево-вікових особливостей впливу родини на збереження і зміцнення здоров'я та формування навичок здорового способу життя дітей підліткового віку було проведене анонімне анкетування 1025 учнів дев'ятих класів (492 хлопців та 506 дівчат) ЗЗСО міст Харкова та Дніпро, адміністрація яких вказала на тісну співпрацю з батьками з проблем здорового образу життя учнів. Данні зібрані за допомогою опитувальника «Методика оцінки впливу близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками». Анонімний опитувальник містив як альтернативні, так і рейтингові питання.

Серед учнів питома вага неповних сімей становила 24,7% (у родинях хлопців дещо вище, ніж в родинях дівчат, відповідно 25,3 % і 23,8 %, ($p > 0,05$). Як показує опитування, лише 57,8% дітей не мають проблем у спілкуванні з батьком та 53,3% учнів спокійно спілкуються з матерями, хлопці на 10% частіше звертаються до батька, ніж дівчата, а на допомогу матері завжди розраховують і хлопці 84,2% і дівчата 85,4%.

В залежності від відповіді на питання «Від чого залежить твоє життя?» ми розділили досліджуемий контингент на наступні групи:

1. Моє життя залежить головним чином від зовнішніх обставин.
2. Моє життя залежить певною мірою від мене, але більш від зовнішніх обставин.
3. Моє життя залежить в рівній мірі від мене і зовнішніх обставин.
4. Моє життя залежить більше від мене ніж від зовнішніх обставин.
5. Моє життя залежить тільки від мене ніж від зовнішніх обставин.

З поміж 1025 опитаних дітей (513 хлопців та 493 дівчат) до першої групи було віднесено 11% учнів, до другої-17,8 %, до третьої – 25,9 %, четвертої – 19,2 %, та п'ятої – 22,6 % (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

**Структура розподілу відповідей учнів, стосовно рівня опірності
зовнішнім впливам та самооцінці, %**

Група	Характеристика групи	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
1	Моє життя залежить головним чином від зовнішніх обставин.	11	67	51
2	Моє життя залежить певною мірою від мене, але більш від зовнішніх обставин.	17,8	102	78
3	Моє життя залежить в рівній мірі від мене і зовнішніх обставин.	25,9	106	155
4	Моє життя залежить більше від мене ніж від зовнішніх обставин.	19,2	95	100
5	Моє життя залежить тільки від мене ніж від зовнішніх обставин.	22,6	122	103

Питома вага учнів, які виховуються в неповних родинх найменша серед тих, хто вважає, що їх поведінка залежить «більше від них ніж від зовнішніх обставин» (гр. 4); Неповна сім'я більш часто впливає на хлопців, формуючи впевненість, що їх поведінка залежить «головним чином від зовнішніх обставин» (гр. 1) або «головним чином від мене» (гр. 5). Проблемна ситуація виховання дітей здоровими і соціально благополучними в таких сім'ях обумовлена відсутністю того психологічного мікроклімату, який має створюватись обома батьками [18].

Сімдесят шість відсотків респондентів повідомили, що вони жили з обома батьками: близько половини жили з бабусею, а третина - з дідами. Переважна більшість батьків мала вищу освіту: 56,6% чоловіків та 63,4% дружин закінчили вищі навчальні заклади (рис. 4.1).

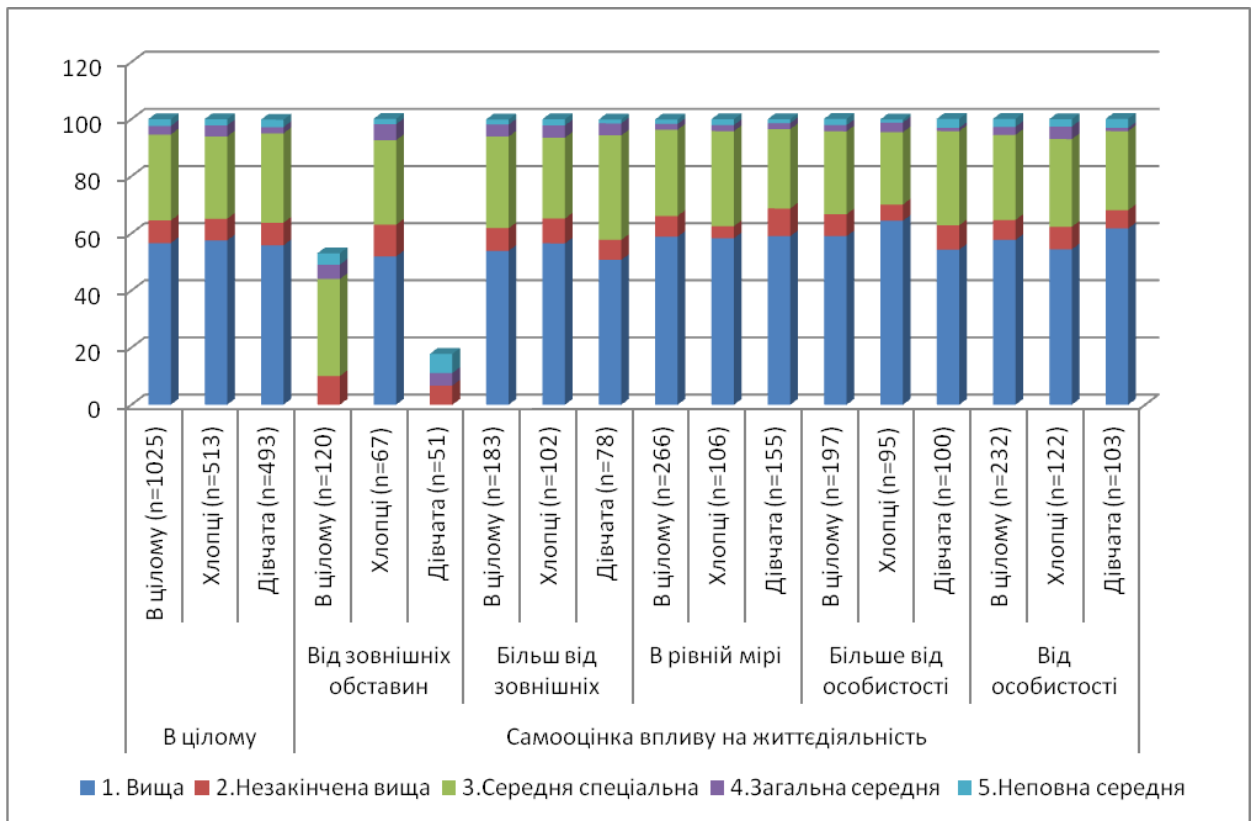


Рис. 4.1 Розподіл відповідей учнів щодо освіти батьків, % до тих, хто відповів

Серед учнів питома вага неповних сімей становила 24,7% (у родинях хлопців дещо вище, ніж в родинях дівчат, відповідно 25,3 % і 23,8 %, $p > 0,05$). Більшість опитаних дітей мають повну, велику родину (рис. 4.2).

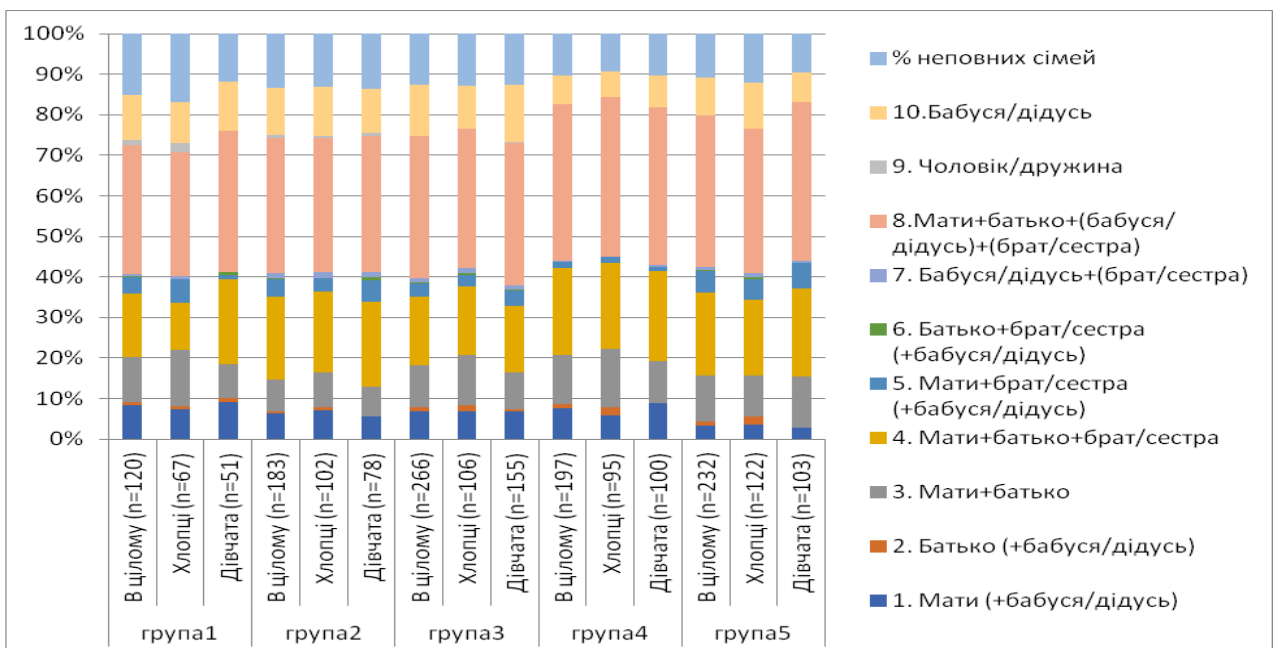


Рис. 4.2 Розподіл відповідей учнів щодо складу родини, % до тих, хто відповів

Дані про зв'язок з батьками та матерями викликали певні причини для занепокоєння. Як, показує опитування, основною темою для співбесіди між дітьми та батьками є піклування про майбутнє, точніше про вибір професії, на другому місці професійне майбутнє, а спілкування о збереженні здоров'я, впливу куріння, алкоголю, наркотиків та порушення теми здорового харчування і фізичної активності не такі популярні (табл. 4.2). Одним з можливих пояснень може бути зв'язок з поточною соціально-економічною ситуацією.

Таблиця 4.2

Розподіл відповідей учнів щодо спілкування з батьками, % до тих, хто відповів

Показники	Учні 9-х класів		
	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
1. Збереження здоров'я	11,2	11,5	10,8
2. Шкода для здоров'я від куріння, алкоголю, наркотиків	10,3	11,6	9,3
3. Стосунки у сім'ї	5,7	5,1	6,2
4. Проблеми особистої гігієни	4,7	4,6	4,8
5. Стосунки між хлопцями і дівчатами	6,6	5,3	7,7
6. Інтимні стосунки	3,6	3,5	3,8
7. Яку обрати майбутню професію	15,0	15,7	14,2
8. Твоє професійне майбутнє	12,7	13,3	12,2
9. Твої друзі	9,5	8,2	10,6
10. Проблеми з навчанням	11,1	11,6	10,7
11. Здорове харчування і фізична активність	8,9	8,7	9,2
12. Інше	0,7	1,0	0,5

Проблема спілкування з батьками стоїть дуже гостро. У процесі спільної діяльності люди обмінюються інформацією, що дає їм змогу узгоджено планувати, реалізовувати, контролювати, коригувати свої дії, задовольняти особистісну потребу одне в одному. У цьому полягає суть спілкування - багатопланового процесу, одного з видів діяльності дитини, завдяки якому вона пізнає світ і себе у ньому, здобуває соціальний досвід, розвивається й утверджується як особистість [178]. Як показує опитування,

лише 57,8% дітей не мають проблем у спілкуванні з батьком та 53,3% учнів спокійно спілкуються з матерями. Особливої уваги потребує гендерна різниця у спілкуванні, так дівчата більш частіше мають проблеми у спілкуванні з татом 6,5% та мамою 10% ніж хлопці 4,7% та 6,8% відповідно (рис. 4.3).

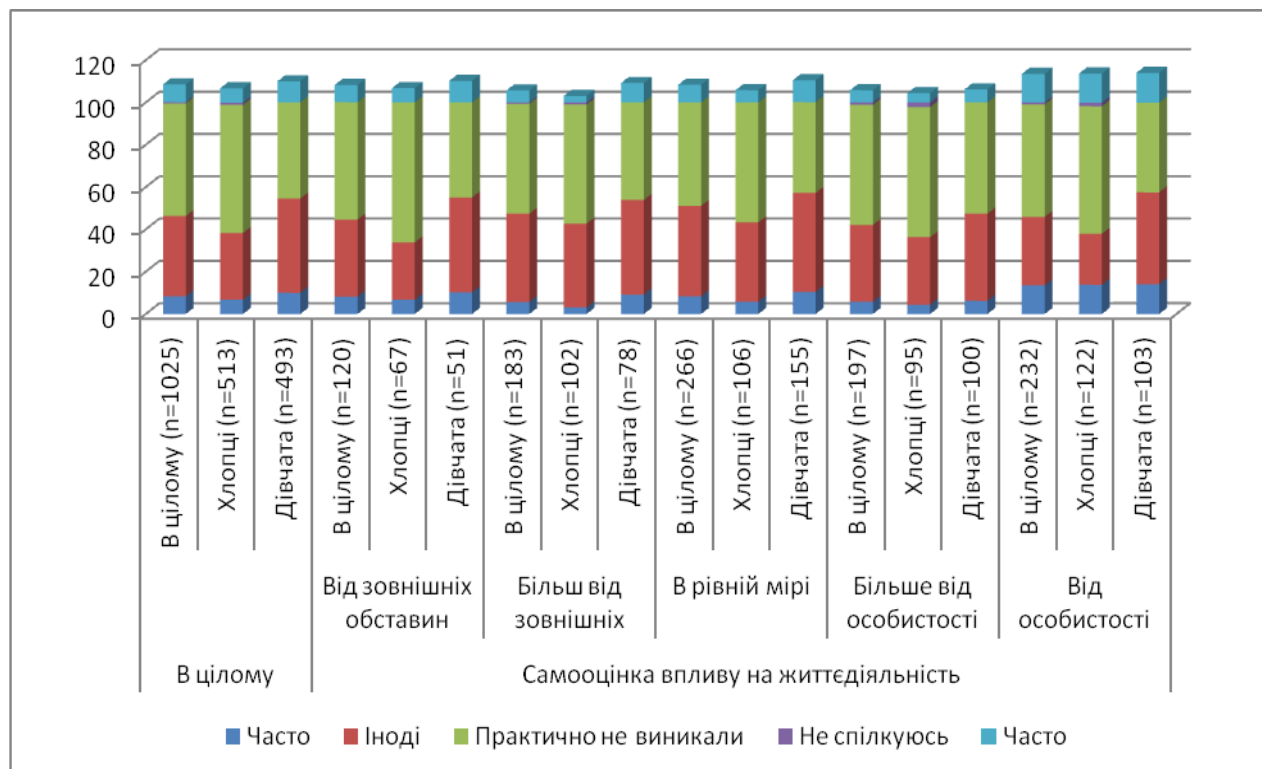


Рис. 4.3 Розподіл відповідей учнів із різним рівнем опірності зовнішнім впливам щодо проблеми спілкування з матір'ю, % до тих, хто відповів

Найхарактернішою особливістю спілкування є розкриття суб'єктивного світу однієї людини для іншої. Така діяльність має надзвичайно важливе значення для дитини, яка починає відкривати для себе складний і багатоманітний світ, їй доводиться шукати відповіді на багато питань, долати різноманітні проблеми, для чого не вистачає особистих можливостей, що спонукає її весь час апелювати до дорослих і ровесників. Спілкування з дорослими є одним із основних чинників розвитку дитини, оскільки забезпечує залучення її до суспільного досвіду людства. Організація достатнього за кількістю й адекватного за змістом спілкування є важливою умовою правильного виховання дітей у будь-якому віковому періоді [70,179]. Можливо напруженість у спілкуванні обумовлена рясними покараннями у більшості родин. Лише 8,1% учнів зазначили повну відсутність покарань

удома (табл. 4.3)

Таблиця 4.3

Розподіл відповідей учнів щодо покарання в сім'ї, % до тих, хто відповів

Показники	Учні 9-х класів		
	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
1. Ніколи не карають	8,1	9,2	7,2
2. Сварять	40,1	38,0	42,5

Напруженість у спілкування також обумовлена конфліктними ситуаціями, які виникають на ґрунті певних ситуацій у майже дев'яноста опитаних респондентів. Найпоширеніші конфлікти з дорослими обумовлені поганими оцінками та навчанням 28,4% та небажанням допомагати вдома 21,9% (табл. 4.4) [180,181].

Таблиця 4.4

Розподіл відповідей учнів щодо причини конфліктів з дорослими, % до тих, хто відповів

Причини конфліктів	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
1. Погане навчання	28,4	33,8	23,8*
2. Твої друзі не подобаються	7,1	6,7	7,7
3. Небажання допомагати вдома	21,9	19,2	24,3
4. Вживанням тобою алкоголю, тютюну, наркотичних речовин	1,9	2,3	1,4
5. Нешанобливе ставлення до близьких	7,2	5,7	8,5
6. Дорослі тебе не розуміють	18,7	16,3	20,6
7. Інше	3,5	2,5	4,4
8. Конфліктів не буває	11,2	13,5	9,3
* $p < 0,05$ між показниками хлопців та дівчат			

Але незважаючи на таку велику питому вагу конфліктів між батьками та дітьми, батьки виконують більшість прохань своїх дітей 55,7% у хлопців та 66,5% у дівчат (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

**Розподіл відповідей учнів щодо прохання до батьків щось придбати, %
до тих, хто відповів**

Показники	Учні 9-х класів		
	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
1. Ні в чому не відмовляють	7,6	8,1	7,0
2. Більшість прохань виконують	61,2	55,7	66,5*
3. Інколи виконують	23,3	24,8	21,7
4. Дуже рідко купують	3,3	4,6	2,1
5. Ніколи не купують	0,4	0,8	0,0
6. Інше	1,4	1,2	1,7
7. Не звертаюся	2,8	4,8	1,0

* $p < 0,05$ між показниками хлопців та дівчат

Та більшість дітей можуть завжди розраховувати на допомогу батька 65,4% та матері 84,9%. Суттєвих міжгрупових відмінностей у відповідях на це питання ми не виявили. Гендерні відмінності були у питанні розрахунку на допомогу батька, так хлопці на 10% частіше звертаються до батька, ніж дівчата, а на допомогу матері завжди розраховують і хлопці 84,2% і дівчата 85,4% (табл. 4.6).

Таблиця 4.6

**Розподіл відповідей учнів щодо розрахунку на допомогу матері та
батька, % до тих, хто відповів**

Показники	Розрахунок на допомогу матері			Розрахунок на допомогу батька		
	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
Завжди	84,9	84,2	85,4	65,4	70,0	60,8*
Іноді	13,4	13,6	13,3	26,5	21,9	30,9*
Ніколи	1,1	1,2	1,0	3,7	3,9	3,7
Не маю	0,6	1,0	0,2	4,4	4,3	4,6

* $p < 0,05$ між показниками хлопців та дівчат

Щодо значущості порад, то для учнів у цьому віці більш значущою є порада від матері, ніж від батька, це засвідчило 41% дітей, більшість була серед дівчат 50,4% проти 8,8% у хлопців ($p < 0,01$). Загалом значущість поради від батьків складала 46,8%, від учителів 0%, старшого брата або сестри 1,4%, однокласників 0,2%, друзів 3,2% (рис. 4.4)

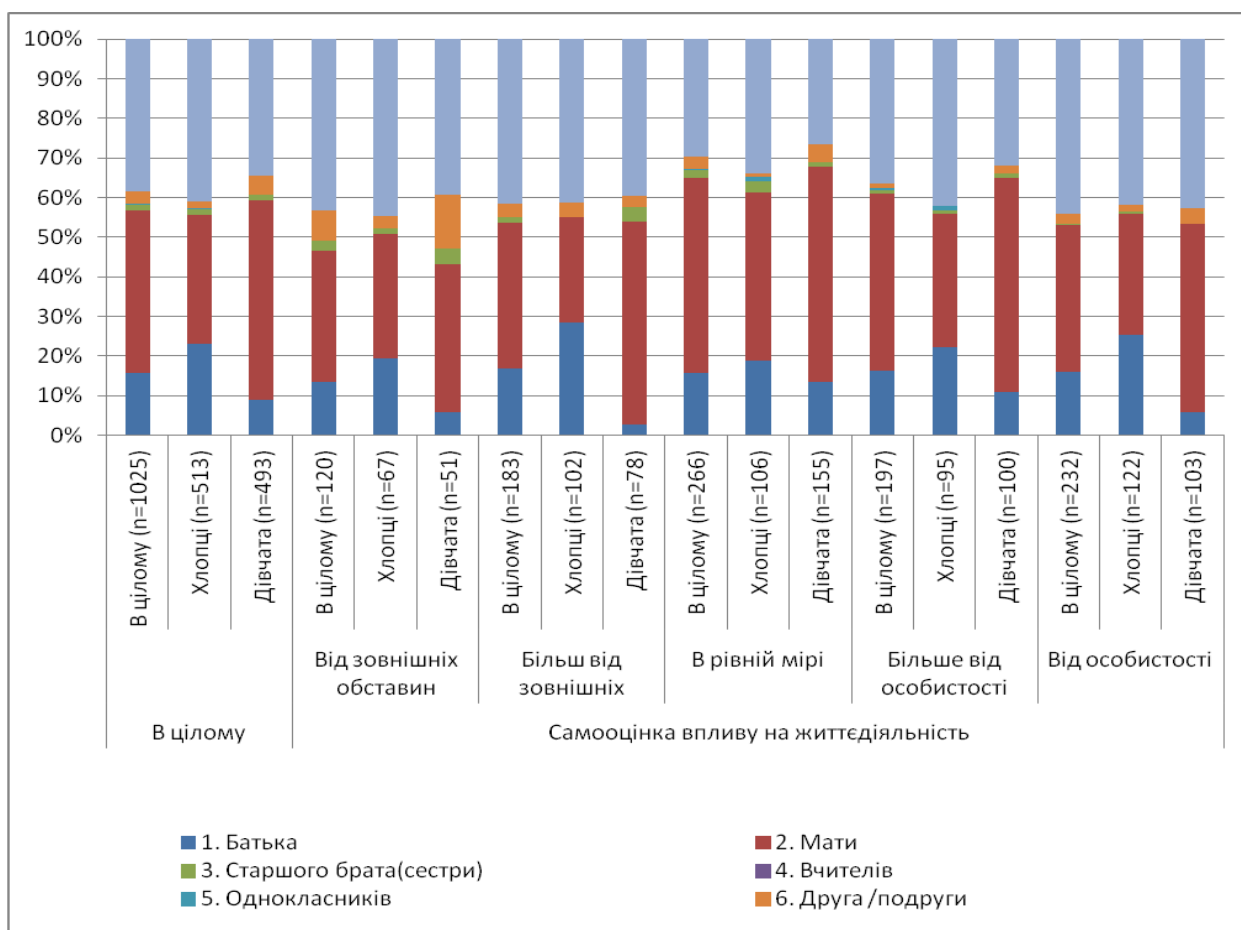


Рис. 4.4 Розподіл відповідей учнів щодо значимості поради, % до тих, хто відповів

Загальна середня освіта - цілеспрямований процес оволодіння систематизованими знаннями про природу, людину, суспільство, культуру та виробництво засобами пізнавальної і практичної діяльності, результатом якого є інтелектуальний, соціальний і фізичний розвиток особистості, що є основою для подальшої освіти і трудової діяльності. Загальна середня освіта спрямована на забезпечення всебічного розвитку особистості шляхом

навчання, виховання та розвитку, які ґрунтуються на загальнолюдських цінностях та принципах [14,34,85].

Згідно проведеного опитування шістдесят дев'ять відсотків дітей йдуть до школи, бо це їх обов'язок. Тобто більшість респондентів свідомо розуміють, що отримання освіти їх, мабуть, перший серйозний обов'язок. 15,7% дітей йдуть до школи з задоволенням, а майже 5 % учнів школа пригнічує (додаток Г, табл. 6). Обов'язок ходити до школи, пригнічує хлопців більше ніж дівчат (6,1 % проти 3,9 % відповідно). Також, за результатами дисперсійного аналізу, визначена суттєва відмінність у відповідях ($F=9,9$, $p=0,001$) поміж групами: у дітей четвертої групи, які майже впевнені у собі, значно нижчий відсоток відповідей, щодо бажання не ходити до школи - 2,1%, а найбільший відсоток дітей, які не можуть визначитися – 9%, встановлено у дітей третьої групи, середньої.

Зважаючи на те, що для більшості респондентів «школа – це обов'язок», найбільший відсоток учнів не дуже намагаються вчитися (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

**Розподіл відповідей учнів щодо успішності навчання, % до тих, хто
вiдповiв**

Показники	Учні 9-х класів		
	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
1. Переважно на "відмінно"	6,2	4,1	8,5
2. "Добре" та "відмінно"	17,8	14,3	21,1*
3. Переважно "добре"	25,6	24,8	26,8
4. "Добре" та "задовільно"	24,7	26,0	22,8
5. Переважно на "задовільно"	14,5	17,4	11,6
6. Вчусь "задовільно", але часто маю "незадовільно"	11,3	13,5	9,1
* $p < 0,05$ між показниками хлопців та дівчат			

Але при такому рівні успішності навчання значущість оцінки набагато вища. Майже для дев'яноста відсотків опитаних оцінки важливі та значущі

(табл. 4.8), а навчаються на "відмінно" лише 6,2 % дітей, на "добре" та "відмінно" – 17,8%), що може свідчити про недостатнє розуміння підлітками обов'язків учня, коли треба не лише ходити до школи, а ще й вчитися там.

Це підтверджується і відповідями стосовно причин набуття успішності у навчанні. Сімдесят три відсотка дітей навчаються та намагаються покращити свої результати заради професійного майбутнього (табл. 4.9), лише 10% дітей вчаться заради самих знань.

Таблиця 4.8

Розподіл відповідей учнів щодо значимості оцінки, % до тих, хто відповів

Значущість оцінки	Учні 9-х класів		
	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
1. Дуже важливо	24,4	19,7	29,6*
2. Важливо	47,5	47,5	46,9
3. В якійсь мірі важливо	23,8	26,6	21,1
4. Не дуже важливо	3,5	5,3	1,8
5. Зовсім не важливо	0,8	1,0	0,6

* $p < 0,05$ між показниками хлопців та дівчат

Таблиця 4.9

Розподіл відповідей учнів щодо причини бажання бути успішним у навчанні, % до тих, хто відповів

Причини бажання бути успішним	Учні 9-х класів		
	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
1. Задовольнити батьків	9,4	9,6	9,2
2. Професійне майбутнє	73,2	71,1	76,2
3. Продемонструвати свій рівень знань	4,1	4,7	3,1
4. Впевнитись в своїх знаннях	6,2	7,5	4,7
5. Важко визначити	5,4	5,3	5,3
6. Інше	1,7	1,8	1,6

Таким чином, основною передумовою освітнього підходу, спрямованого на пропаганду здоров'я та формування здоров'язбережувальної поведінки учнів, треба зробити не школу та освітні заклади, а поєднати зусилля усіх учасників навчального процесу учнів, учителів та батьків, щоб здоровий спосіб життя був детермінантою у школі, сім'ї, суспільстві та на більш широкому рівні, а не лише на рівні особистості. Виходячи з цього, проекти, направлені на промоцію здоров'я, треба спрямувати на об'єднання принципів охорони здоров'я, профілактики та зміцнення здоров'я в рамках комплексної взаємодії учнів, учителів та батьків. Основна увага повинна бути направлена на переорієнтацію молоді та активного залучання до різних тем, включаючи споживання алкоголю, харчування, психічного здоров'я та екологічних проблем, пов'язаних зі здоров'ям [183, 184].

Сімдесят вісім відсотків опитаних учнів були задоволені своїми житловими умовами, та 74,8% своїм одягом, більше хлопці. Лише 0,3% респондентів були незадоволені ні тим, ні іншим (табл. 4.10, додаток Г).

Таблиця 4.10

Розподіл відповідей учнів 9-х класів щодо задоволення житловими умовами та своїм одягом, % до тих, хто відповів

Рівень задоволеності учнів	Задоволення житловими умовами учнів			Задоволення своїм одягом		
	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
Повністю задоволений	78,5	80,1	77,6	74,8	79,3	70,8*
Скоріше задоволений	19,0	17,3	20,0	23,2	19,7	26,3
Скоріше НЕ задоволений	2,2	2,2	2,3	1,7	0,8	2,5
Не задоволений	0,3	0,4	0,2	0,3	0,2	0,4
* $p < 0,05$ між показниками хлопців та дівчат						

Дуже позитивно учні оцінили якість свого харчування - 87% учнів повністю задоволені якістю харчування. Станом власного здоров'я більшість дітей задоволена, що засвідчили 64,9% опитаних, і знову більше задоволені хлопці 71,6% проти 58,6% дівчат (табл. 4.11).

Таблиця 4.11

Розподіл учнів 9-х класів щодо задоволення якістю харчування та станом свого здоров'я, % до тих, хто відповів

Рівень задоволеності учнів	Задоволення якістю харчування			Задоволення станом свого здоров'я		
	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
Повністю задоволений	87,2	87,2	87,6	64,9	71,6	58,6
Скоріше задоволений	11,1	10,8	10,9	28,9	24,1	33,3
Скоріше НЕ задоволений	1,6	1,8	1,4	5,3	3,3	7,2
Не задоволений	0,1	0,1	0,0	0,9	1,0	0,8

Навіть стосунками з батьками хлопці були більш задоволені 70% проти 63,2% дівчат (табл. 4.12).

Таблиця 4.12

Розподіл відповідей учнів 9-х класів щодо задоволення стосунками між батьками, % до тих, хто відповів

Рівень задоволеності учнів	Задоволення стосунками між батьками		
	В цілому (n=1025)	Хлопці (n=513)	Дівчата (n=493)
Повністю задоволений	66,4	70,0	63,2*
Скоріше задоволений	24,0	21,3	26,2
Скоріше НЕ задоволений	7,6	7,3	7,9
Не задоволений	2,0	1,5	2,7

* $p < 0,05$ між показниками хлопців та дівчат

Складові здорового образу життя містять різноманітні елементи, що стосуються усіх сфер здоров'я - фізичної, психічної, соціальної і

духовної. Для збереження здоров'я людини протягом життя в сучасному суспільстві вкрай важливим є її спроможність протистояти шкідливим звичкам - відмова від паління, не вживання наркотичних речовин та алкогольних напоїв.

Міжгрупова диференціація вказує, що до груп особливого ризику слід віднести хлопців 1 групи, поведінка яких залежить «головним чином від зовнішніх обставин» і дівчат з 5 групи, які сподіваються, перш за все, на власні сили. Цікаво, дівчата поведінка яких залежить «головним чином від зовнішніх обставин» (1 гр) і хлопці, які сподіваються, перш за все, на власні сили (гр5) спробували палити і відмовилися (рис. 4.5). Тобто одна ж і та сама стратегія поведінки серед учнів цієї групи по різному впливає на залученість до шкідливих звичок. Але, як показує опитування, лише 60,9% учнів дослідженої групи зазначили, що ніколи не пробували палити (відповідно, хлопців 57,5% та дівчат 65,7%), а 6% підлітків палять постійно.

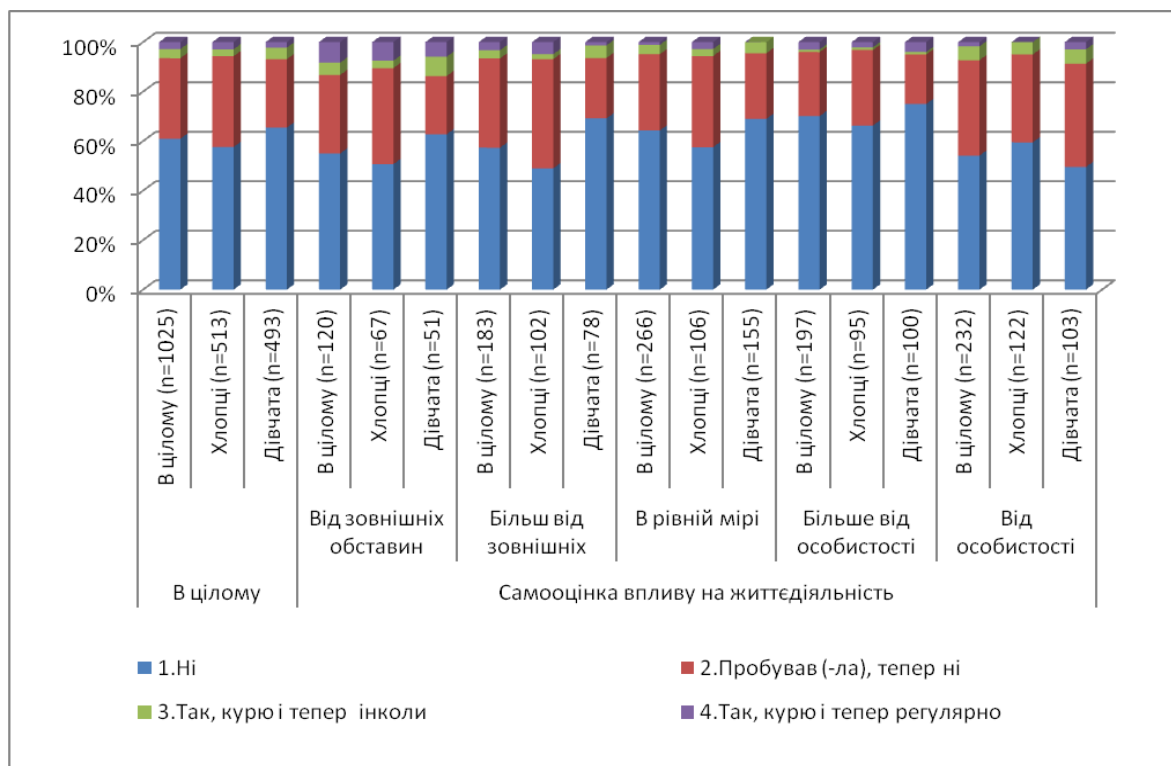


Рис. 4.5. Розподіл відповідей учнів із різним рівнем опірності зовнішнім впливам щодо куріння, % до тих, хто відповів

До причин паління нами були віднесені наступні питання: «від нічого робити», просто так; для самовпевненості, відчуття дорослості; сподобалась реклама; «за компанію», для авторитету; це заспокоює, знімає напругу; це смачно, приємно; це корисно для здоров'я; сформувалася звичка; погані стосунки з близькими (табл. 4.13).

Таблиця 4.13

Розподіл відповідей учнів щодо причини куріння, % до тих, хто відповів

Причини куріння підлітків	Учні 9-х класів		
	в цілому (n=1025)	хлопці (n=513)	дівчата (n=493)
1. Не куриш	87,5	86,7	89,7
2. "Від нічого робити", просто так	1,6	1,9	1,2
3. Для самовпевненості, відчуття дорослості	0,6	0,6	0,6
4. Сподобалась реклама	0,3	0,2	0,4
5. "За компанію", для авторитету	1,3	1,9	0,6
6. Це заспокоює, знімає напругу	4,5	4,4	4,0
7. Для задоволення	2,0	1,9	2,0
8. Це корисно для здоров'я	0,3	0,2	0,4
9. формувалася звичка	1,1	1,3	0,4
10. Погані стосунки з батьками	0,9	0,9	0,6

Серед відповідей занепокоює, що у підлітків вже сформувалася звичка, що діти палять просто «від нічого робити», для самовпевненості у колі друзів, бо усі ж палять, та для більшості опитаних дітей паління – це спосіб заспокоїтися, зняти напругу, тобто психо-емоційний ефект, а двадцять одна дитина навіть отримує насолодження від паління. Тобто вирішенням цієї проблеми необхідно займатися з максимальною відповідальністю. Кожна з наведених причин паління становить певну психологічну проблему, але надійні шляхи вирішення цих проблем знайти в кожному конкретному випадку нелегко. Велику роль у цьому відіграють батьки та соціальне оточення підлітка – його друзі, однокласники або одногрупники. Батьки, як правило навіть не здогадуються навіть про існування цієї проблеми та

невзможі пояснити дітям про шкodu тютюнопаління або просто намагаються заборонити, що викликає у дитини протестне бажання вчинити всупереч.

Серед причин куріння особливої уваги потребує відповідь, що палінням знімають напругу 9,3% дівчат та «від нічого робити» 6,94% хлопців з дуже низькою самооцінкою.

Та не менше важливою постає звичка вживання алкогольних напоїв. На питання щодо переважного вибору напоїв лише сімнадцять відсотків опитаних вподобали мінеральну воду та сорок шість відсотків люблять сік. Інші діти надають перевагу пепсі-колі, алкогольним та енергетичним напоям. Багато дітей вживають пиво, вино, шампанське, ром-колу та навіть міцні алкогольні напої (рис. 4.6).

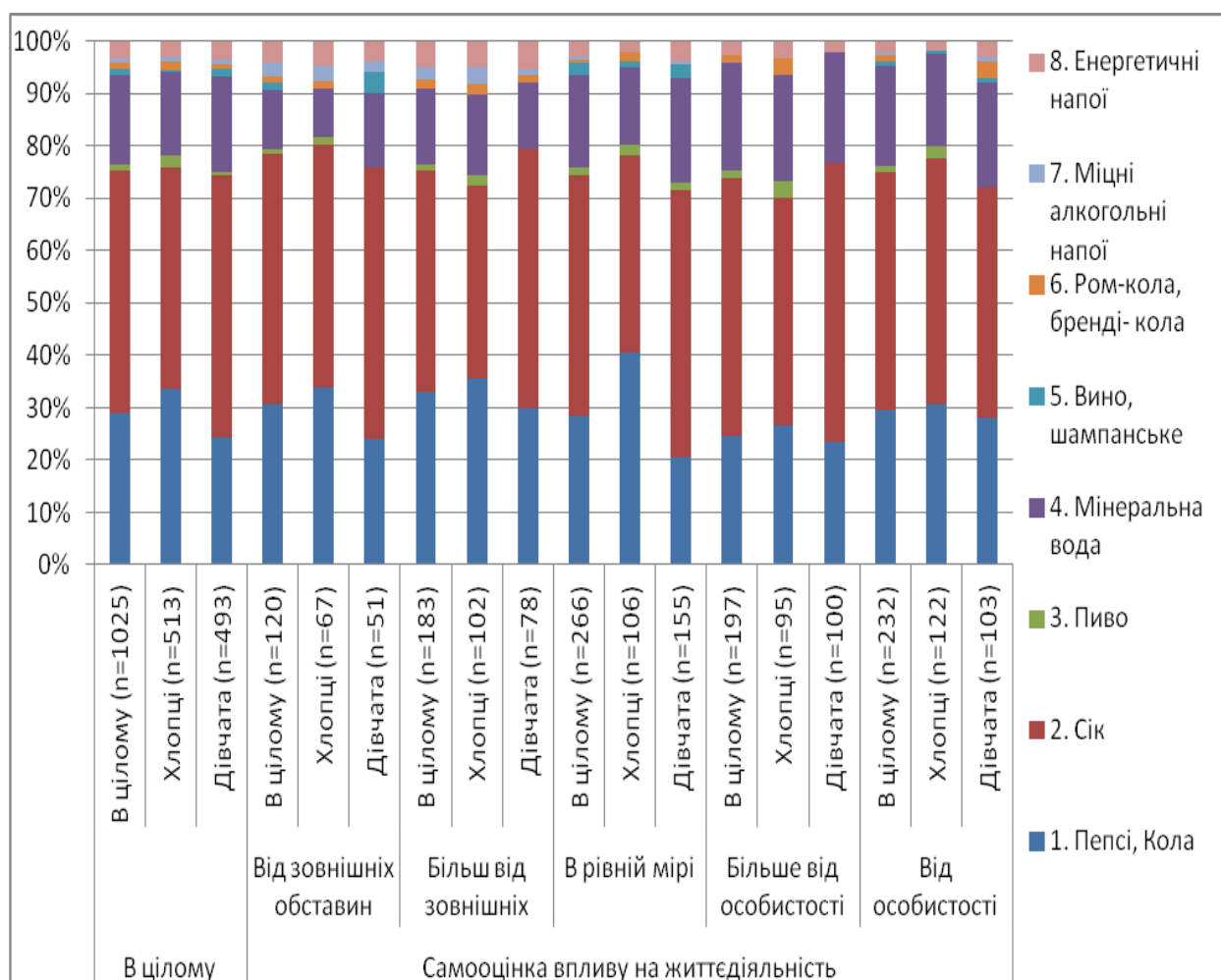


Рис. 4.6. Розподіл відповідей учнів із різним рівнем опірності зовнішнім впливам щодо вибору напоїв, % до тих, хто відповів

Так пиво, ром-колу та міцні алкогольні напої вживають переважно хлопці ($2,24 \pm 0,67$); ($1,63 \pm 0,57$)% та ($1,02 \pm 0,45$)% відповідно. А дівчата більшу перевагу надають вину та шампанському ($1,44 \pm 0,54$)%. У розподілі відповідей стосовно енергетичних напоїв, великої гендерної різниці не має ($3,05 \pm 0,78$)% хлопців та $93,71 \pm 0,86$ % дівчат. . А дівчата більшу перевагу надають вину та шампанському ($p < 0,05$). У розподілі відповідей стосовно енергетичних напоїв, великої гендерної різниці не встановлено.

Вживання таких небезпечних для здоров'я речовин, як наркотичні речовини ($97,35 \pm 0,5$)% дітей заперечили, але викликає занепокоєння той факт, що ($1,87 \pm 0,42$)% опитаних вже пробували наркотичні речовини, а деякі діти, вже у цьому віці, постійно вживають наркотичні речовини.

Таблиця 4.14

**Розподіл відповідей учнів щодо вживання наркотиків, % до тих, хто
відповів**

Показник	В цілому (n=1025)	p	Хлопці (n=513)	p	Дівчата (n=493)	p
1. Не пробував	97,35	0,50	96,25	0,84	98,57	97,35
2. Пробував, тепер ні	1,87	0,42	2,76	0,73	0,81	1,87
3. Так, вживаю і тепер інколи	0,69	0,26	0,99	0,44	0,41	0,69

74,9 % зовсім не мають, чи не бачуть ризиків для формування шкідливих звичок, 17,9% дітей вважають поведінку безпечною, але з певними ризиками щодо формування шкідливих звичок і лише 2% опитаних серйозно занепокоєні безпечністю своєї поведінки щодо шкідливих звичок.

Усі підлітки розуміють важливість здорового харчування та шкідливість «фаст-фуду», але 25% дітей харчуються цією шкідливою їжею раз на тиждень, а 5% опитаних майже щодня. Суттєві відмінності встановлено і у вживанні дев'ятикласниками «шкідливої» їжі. Якщо від фастфуду відмовляються більш часто хлопці поведінка залежить «головним чином від зовнішніх обставин» , перша група і дівчат третьої групи, від

вуличної їжі майже у всіх групах більш часто відмовляються дівчата (рис. 4.7).

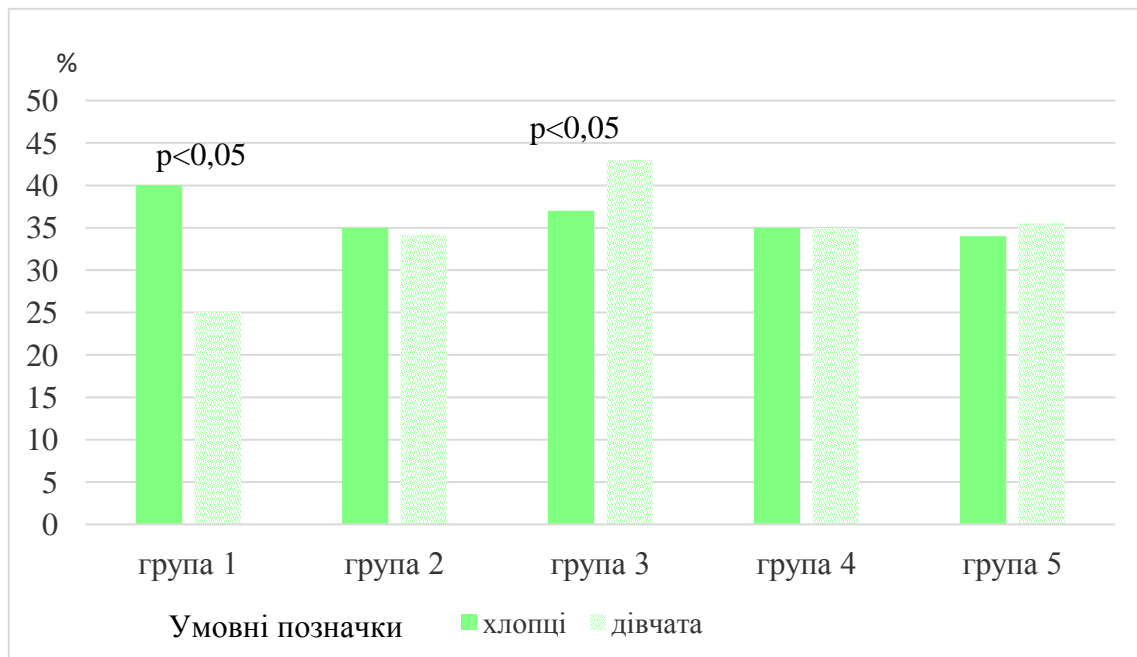


Рис 4.7 Питома вага учнів, які не вживають «фаст-фуд»

Кожен із батьків прагне, щоб дитина виростила фізично і психічно здоровою, не мала шкідливих звичок. Та багато в чому формування здорового способу життя залежить від стилю життя сім'ї, способу організації життя, характеру взаємин між батьками, участі їх у вихованні, правильної організації вільного часу сім'ї, ставлення самих батьків до вживання алкоголю, паління, наркотичних речовин.

Спосіб життя сім'ї в основному зумовлює і спосіб життя дітей. Відомо, що батьки для своїх дітей є одним з основних джерел інформації з багатьох питань. Саме до батьків насамперед звертаються молоді люди зі своїми проблемами та труднощами. Діти очікують від батьків порад і допомоги з різних проблем, тому часто батькам доводиться виконувати функції не лише старших друзів і вчителів, а й психолога та лікаря.

Але дуже важливим є ставлення самих батьків до вживання алкоголю, паління та наркотичних речовин, бо 45% батьків та 30% матерів на очах підлітків вживають алкоголь та палять, зважаючи що вони є основним

прикладом для дитини – це не формує здоров'язбережувальну поведінку в родині (рис. 4.8).

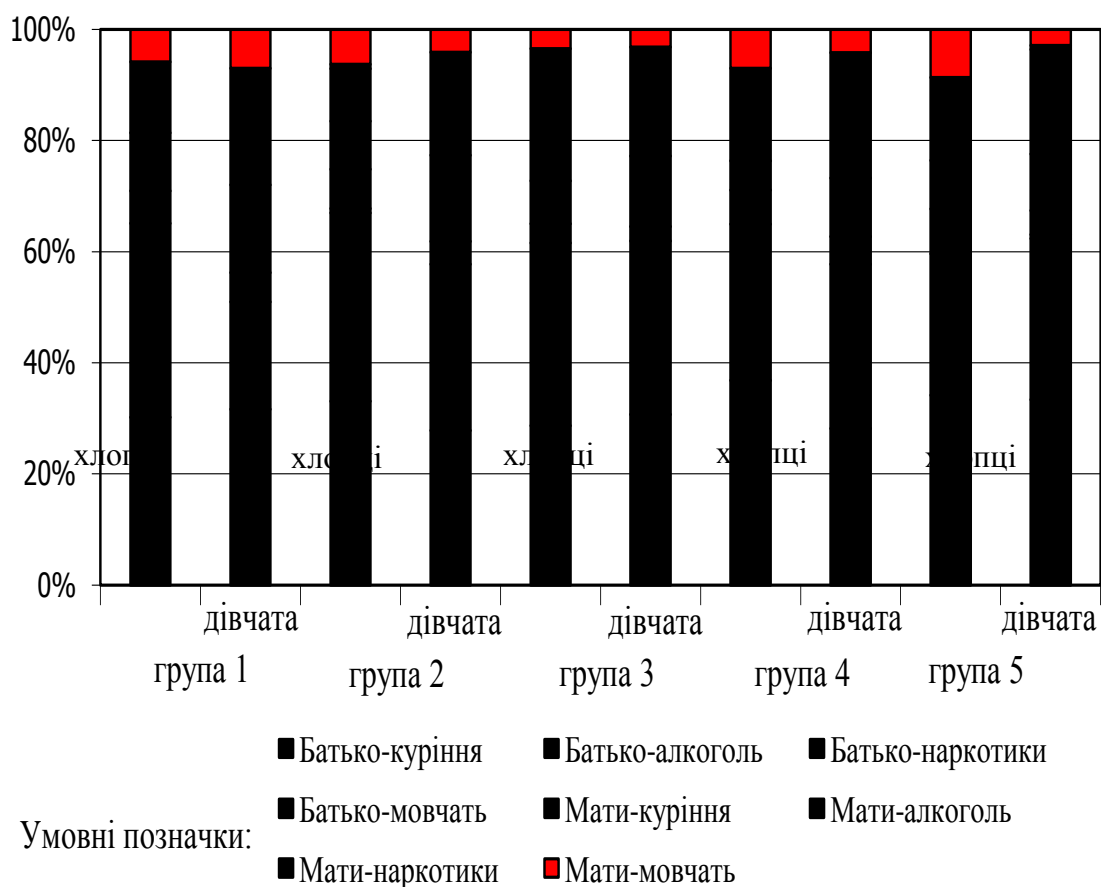


Рис. 4.8. Розподіл відповідей учнів щодо шкідливих звичок у родині, % до тих, хто відповів

Здоровий спосіб життя – це не просто сума засвоєних знань, а стиль життя, адекватна поведінка у різноманітних ситуаціях, на яку спроможна впливати родина, але характер впливу формується по-різному для хлопців і дівчат.

Найбільшою групою ризику щодо формування шкідливих звичок серед учнів, які завершують навчання у основній школі, слід віднести хлопців поведінка яких залежить «головним чином від зовнішніх обставин», тобто хлопців зі зниженою самооцінкою, та дівчат, які сподіваються, перш за все, на власні сили, тобто дуже самовпевнених.

Більшість дітей вважають, що вони добре піклуються про своє здоров'я (57,6±1,56)%, частина респондентів відмічає значну неухважність до питання

власного здоров'я ($37,5 \pm 1,53$)% і тільки ($2,5 \pm 0,49$)% дітей дійсно усвідомлюють, що погано піклуються про власне здоров'я.

Найменше піклуються про своє здоров'я учні, які вважають, що їх поведінка залежить «у рівній мірі від мене і зовнішніх обставин» (група 3 - незалежно від статі) і дівчата, які не дуже впевнені у собі (рис. 4.9).

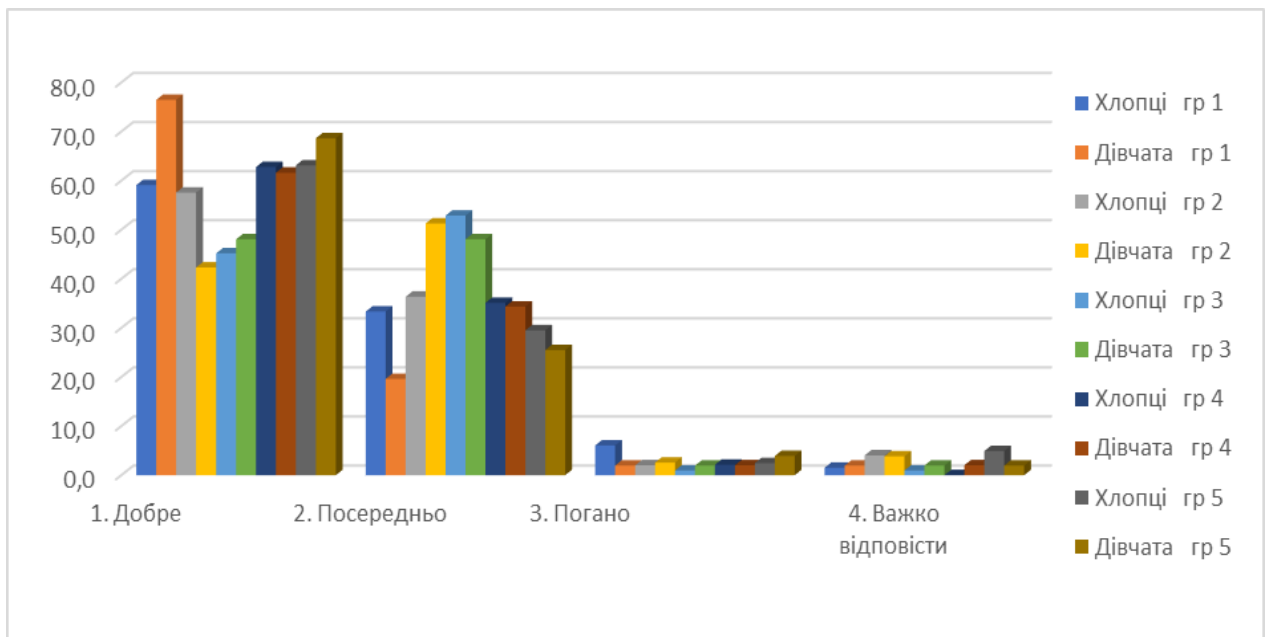


Рис. 4.9 Розподіл відповідей учнів щодо піклування про стан свого здоров'я, % до тих, хто відповів

Родина, в силу глибокої специфічності її впливу на дитину, є обов'язковим фактором його нормального виховання. Саме через сім'ю дитина робить свої перші кроки в осмисленні світу.

Більшість опитаних отримують інформацію о формуванні здорового способу життя саме від батьків. 77,1% учнів надають перевагу в отриманні важливої інформації про здоровий спосіб життя саме від батьків, 26,2% дітей отримують інформації про здоровий спосіб життя від вчителя, та лише 18% від медичного працівника або лікаря (рис. 4.10). Тому спільна співпраця усіх учасників навчально-виховного процесу основам формування здоров'язберезувальної поведінки повинна починатися з родини та продовжуватися у закладі освіти.

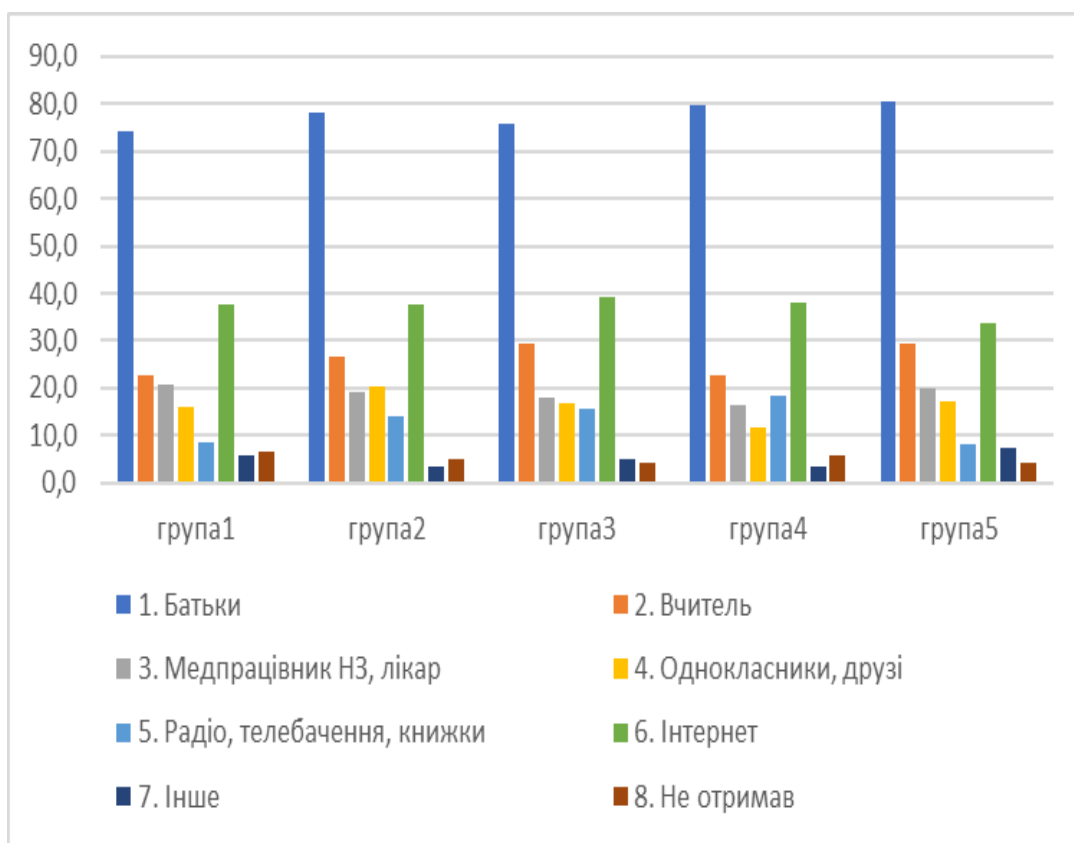


Рис. 4.10 Розподіл відповідей учнів щодо отримання інформації про здоровий спосіб життя, % до тих, хто відповів

Таким чином, поведінка підлітків суттєво залежить від сформованої в родині готовності дитини нести відповідальність за власні вчинки, відповідальності за власне здоров'я в тому числі.

Для дослідження вікових особливостей впливу родини на вікові аспекти впливу родини на здоров'яформуючу поведінки підлітків було досліджено серед учнів 6-х, 7-х та 9-х класів м.Дніпро.

При дослідженні впливу родини на харчову поведінку підлітків урахували, що, по-перше, батьки обмежені продовольчою пропозицією, по-друге, вони є зразками харчового вибору та моделі харчування, а також свідомо запроваджують різні харчові режими та певну поведінку харчування на підставі власного досвіду і власних харчових уподобань. На батьківський вибір також впливають освітнє середовище та особливості розвитку дитини, зокрема вік, стать, маса тіла та харчові уподобання [16, 19]. Таким чином, батьки і дитина впливають на харчову поведінку одне одного. Крім того,

батьківський вплив часто є відповіддю на сприйняття батьками загроз здоров'ю та розвитку їх дітей [9].

Харчова поведінка дітей пубертатного віку залежить не лише від вибору їх батьків, а й від власного вибору. Деякі дослідження доводять, що мас-медіа, зокрема рекламні ролики, формують знання, ставлення, уподобання, що впливає на вибір продуктів харчування [20]. Установлено наявність прямого причинно-наслідкового зв'язку між рекламою харчових продуктів та дитячими уподобаннями, зокрема цим пояснюють збільшення споживання «вуличної» їжі, чіпсів, закусок та зменшення споживання фруктів та овочів [14]. Виходячи з «контексту вибору», в якому діти отримують знання про їжу, розвивають уподобання та фактично роблять вибір свого харчування, доцільним є надання медичними працівниками інформації щодо правильного харчування та розумного вибору продуктів харчування підлітками. Склад продуктів харчування і частота вживання цих продуктів є основою для формування та збереження здоров'я.

У дослідженні проаналізовано частоту вживання певних продуктів харчування, які, на нашу думку, надають інформацію щодо моделі харчування підлітків. Питання анкети стосувалися частоти вживання цукерок, тістечок, м'яса, ковбасних виробів, риби, молока та молочних продуктів, свіжих овочів і фруктів, а також продуктів, які можуть бути потенційно шкідливими для вживання підлітками: чіпси, сухарики, хот-доги, «вулична» їжа.

У нашому дослідженні частка дітей, які щодня вживають цукерки, суттєво зменшувалась з віком (табл. 4.15): від $(39,8 \pm 3,3) \%$ у шостому класі до $(26,8 \pm 2,3) \%$ у дев'ятому ($p < 0,05$), особливо серед дівчат (з $(52,3 \pm 3,3) \%$ до $(24,9 \pm 2,2) \%$ ($p < 0,01$)).

Таблиця 4.15.

**Розподіл відповідей підлітків щодо вживання цукерок протягом
останніх 30 днів, %**

Вживання цукерок продуктів протягом останніх 30 днів	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
Кожен день	39,8	31,1	52,4	25,4	28,4	41,0	26,2	26,9	24,9
2-3 рази на тиждень	33,9	44,4	29,3	44,6	45,1	33,9	40,2	38,1	43,3
1 раз на тиждень	13,6	10,0	10,9	19,6	17,2	16,5	20,2	22,0	17,8
1 раз на місяць	5,7	7,8	2,7	6,5	6,6	5,01	8,6	8,2	9,2
Не вживали	6,8	6,7	4,8	3,7	2,5	3,54	4,70	4,6	4,6

На початку життя більшість немовлят і дітей віддають перевагу солодким та солоним продуктам. Солодкість є потужним психобіологічним стимулом і збільшує смакові якості продуктів харчування та напоїв, стимулюючи споживання [10]. Надмірне обмеження доступу дітей до вживання дуже «приємних» продуктів харчування може призвести до зворотного ефекту — надмірного споживання цих продуктів [12, 18]. Діти із сильним обмеженням у їжі мають меншу саморегуляцію споживання енергії. Дослідження виявили, що надмірне заохочення або примусове споживання більшої кількості фруктів і овочів призводить до протилежного ефекту — дитина починає менше споживати фруктів та овочів, а більше — харчових жирів [19].

Натомість вживання здоби і тістечок підлітками є відносно постійним, як у шостому класі ((15,5 ± 2,5) %), так і в дев'ятому ((16,8 ± 1,4) %). Більшість підлітків споживають тістечка 2 — 3 рази на тиждень (табл. 4.16).

Таблиця 4.16.

Розподіл відповідей підлітків щодо вживання тістечок і здоби протягом останніх 30 днів, %

Вживання тістечок, здобних виробів протягом останніх 30 днів	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
Кожен день	15,5	16,5	14,0	20,0	22,1	18,8	16,8	17,9	15,6
2-3 рази на тиждень	39,7	39,6	39,5	33,6	32,8	34,0	41,3	44,8	37,3
1 раз на тиждень	24,9	22,6	27,5	25,1	24,6	25,9	25,8	20,6	30,7
1 раз на місяць	10,2	7,9	12,0	13,4	12,7	13,3	8,7	9,4	8,5
Не вживали	9,7	13,4	7,0	7,8	7,8	8,0	7,4	7,2	8,0

Опитування не акцентувало уваги на якості здоби, зокрема, чи ці кондитерські вироби приготовлені вдома з натуральних інгредієнтів, чи вироблені з додаванням транс-жирів, як більшість промислових кондитерських виробів в Україні. Згідно з наказом МОЗ України № 1073 від 3 вересня 2017 р. «Норми фізіологічних потреб населення України в основних харчових речовинах і енергії», щоденна кількість білка для дітей віком 11 — 13 років має становити 84 г для хлопчиків та 78 г для дівчаток, кількість тваринного білка — 62 та 55 г відповідно. Основними джерелами надходження тваринного білка є яйця, м'ясо, риба, молочні продукти. Середній вміст білка в яйці — 12,7 г на 100 г, у м'ясі та м'ясних продуктах (яловичина, індик, кролик, курка, свинина, печінка) — 17,8 г на 100 г м'яса, у рибі та рибних продуктах — 15,9 г на 100 г риби, у молоці — 2,9 г на 100 г, у молочних продуктах (сир) — 19 г на 100 г. Таким чином щоденно хлопчики віком 11 — 13 років мають споживати 348 г м'яса або 389 г риби, або 2137 г молока, або 326 г сиру, дівчатки аналогічного віку — 309 г м'яса або 345 г риби, або 1896 г молока, або 289 г сиру. З огляду на розмір такої порції білкових продуктів, доцільно щоденно вживати різні види білкововмісних продуктів у малій кількості, наприклад, 1 яйце, 70 г м'яса, 70 г риби, 100 г

сиру та 500 г молока. Дані щодо вживання м'яса підлітками наведено у табл. 4.17.

Таблиця 4.17.

Розподіл відповідей підлітків щодо вживання м'яса протягом останніх 30 днів, %

Вживання м'яса протягом останніх 30 днів	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
Кожен день	48,1	53,3	43,7	48,4	53,9	43,1	54,6	60,2	48,8
2-3 рази на тиждень	36,0	33,1	37,7	37,1	33,5	40,7	33,0	32,5	33,3
1 раз на тиждень	12,4	8,9	16,1	10,4	8,7	11,9	7,7	4,3	11,7
1 раз на місяць	2,1	3,6	1,0	2,4	2,0	2,8	2,6	1,7	3,3
Не вживали	1,3	1,2	1,5	1,7	2,0	1,5	2,0	1,3	2,8

Щодня м'ясо вживали переважно учні 9-х класів ((54,6 ± 2,3) %), здебільшого хлопчики, натомість найбільша частка дітей, які взагалі не вживали м'яса, була серед дівчаток цього віку. Вживання ковбасних виробів та подібної продукції не може замінити м'ясо, але майже 30 % дітей трьох вікових груп вживали варені ковбаси та сосиски щодня. Так, (28,5 ± 4,7) % хлопчиків та (31,9 ± 4,7) % дівчаток шостих класів, (26,9 ± 3,2) % хлопчиків і (21,8 ± 2,5) % дівчаток сьомих класів, (29,7 ± 2,3) % хлопчиків та (18,9 ± 2,0) % дівчаток дев'ятих класів споживали варені ковбасні вироби щодня. Майже 35 % опитаних вживали цю продукцію 2 — 3 рази на тиждень. Частка дітей, які взагалі не вживали ковбасних виробів протягом останніх 30 днів, була найбільшою серед дівчаток дев'ятих класів ((2,3 ± 0,05) %).

Аналіз інформації щодо вживання копчених ковбас також невтішний. Так, (11,5 ± 2,4) % підлітків шостих і сьомих класів та (17,0 ± 1,9) % дев'ятикласників вживали копчені ковбаси щодня. Майже 20 % опитаних підлітків їдять копчені ковбаси, які містять 4,5 — 6,0 г солі на 100 г, кілька разів на тиждень.

Результати частоти вживання м'яса можна інтерпретувати по-різному: недостатній економічний рівень родини, відмова від вживання м'яса з релігійних або медичних міркувань, але велика частота вживання варених і копчених ковбасних виробів може свідчити лише про некомпетентність батьків щодо раціонального харчування підлітків. Хоча діти люблять цей вид харчової продукції, але лише батьки спроможні купити такі продовольчі товари. Тому відповідальними за порушення правильної харчової поведінки є батьки.

Не менш важливим джерелом білка є риба. Дані щодо вживання підлітками риби наведено у табл. 4.11.

Як зазначено вище, щоденне споживання риби зменшує необхідну квоту споживання м'яса, це не є необхідною умовою, але енергетична цінність риби набагато нижча, ніж м'яса, а кількість ω -жирних кислот більша. Це зумовлює необхідність споживання риби не менш ніж 2 — 3 рази на тиждень. Згідно з результатами дослідження, лише 9 % підлітків вживали рибу щодня (див. табл. 4.18), 20 % дітей — 2 — 3 рази на тиждень. Детальний аналіз показав, що 25 % дівчаток взагалі не вживають рибу як у шостомусьомому, так і у дев'ятому класах.

Таблиця 4.18

Розподіл відповідей підлітків щодо вживання риби протягом останніх 30 днів, %

Вживання риби протягом останніх 30 днів	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	Усього (n=422)	хлопці (n=197)	дівчата (n=213)	Усього (n=482)	хлопці (n=271)	дівчата (n=333)	Усього (n=784)	хлопці (n=243)	дівчата (n=216)
Кожен день	10,5	18,5	8,8	8,9	15,1	5,9	8,2	12,5	7,5
2-3 рази на тиждень	19,0	21,0	21,6	20,1	20,3	23,1	20,3	27,4	19,8
1 раз на тиждень	23,1	34,5	22,2	22,3	32,3	20,1	20,7	29,2	19,8
1 раз на місяць	19,3	21,8	22,2	24,3	29,7	25,3	24,1	28,0	26,9
Не вживали	28,2	4,2	25,3	24,4	2,6	25,6	26,7	3,0	25,9

Копчена риба, як і ковбасні вироби, не може бути повноцінним заміником ані м'яса, ані риби. Більшість опитаних підлітків взагалі не вживали цієї продукції (відповідно $(45,4 \pm 1,8)$ % дев'ятикласників, $(41,9 \pm 2,3)$ % семикласників і $(52,7 \pm 3,7)$ % шестикласників). Близько 13 % опитаних їли копчену рибу 3 — 4 рази на тиждень, майже 5 % — щоденно. Цей вид продукції, як і ковбасні вироби, не належить до харчування, яке сприяє здоров'ю дитини і малоймовірно є її вибором. Батьки, купуючи таку продукцію, формують неправильні харчові звички у підлітків.

Також важливим джерелом надходження білка є молоко та молочні вироби. У молочному білку лізин і триптофан містяться в співвідношенні, сприятливому для економного використання білка в організмі [18]. Щодня молоко пили 43 % шестикласників ($(42,7 \pm 5,2)$ % хлопчиків та $(45,2 \pm 5,1)$ % дівчаток), 38 % семикласників ($(37,8 \pm 3,5)$ % хлопчиків і $(36,6 \pm 3,0)$ % дівчаток), 31 % дев'ятикласників ($(33,7 \pm 2,4)$ % хлопчиків та $(28,0 \pm 2,37)$ % дівчаток). Найбільша кількість підлітків, які взагалі не п'ють молока, була серед дівчаток дев'ятих класів ($(16,9 \pm 1,9)$ %). Можливо невелика частка дітей, які щодня п'ють молоко, зумовлена лактозною недостатністю.

Проаналізовано також вживання сиру (табл. 4.19) та йогурту.

Таблиця 4.19.

Розподіл відповідей підлітків щодо вживання сиру протягом останніх 30 днів, %

Вживання сиру протягом останніх 30 днів	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
Кожен день	40,2	42,8	38,7	40,6	38,5	41,9	39,3	42,5	35,4
2-3 рази на тиждень	38,0	35,5	39,7	33,2	36,1	31,1	35,5	32,3	39,2
1 раз на тиждень	12,9	14,5	11,9	12,9	12,3	13,4	13,4	14,6	12,3
1 раз на місяць	5,1	5,4	4,6	7,7	6,7	8,7	7,4	6,2	8,5
Не вживали	3,8	1,8	5,2	5,5	6,3	5,0	4,5	4,4	4,7

Кількість дітей, які щоденно їдять сир, становила 40 % серед учнів різних класів, кількість підлітків, які жодного разу за місяць не їли сиру, — 4,5 % (12 % не вживали молока, 5 % — йогурту). Таким чином, підлітків, які не вживають молоко та молочні вироби, більше, ніж дітей, які не їдять ковбасних виробів. Такий вибір харчування неможливо пояснити лактозною недостатністю або свідомим вибором підлітків.

Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, щоденне споживання свіжих фруктів і овочів забезпечує надходження в достатній кількості більшості поживних мікроелементів, клітковини і багатьох основних речовин. Крім того, підвищення рівня споживання фруктів та овочів може сприяти заміщенню харчових продуктів з високим вмістом насичених жирів, цукру і солі. Діти формують харчову поведінку та дізнаються про певну їжу, спостерігаючи за поведінкою харчування, яку моделюють інші. Так, дослідження виявили, що споживання дітьми фруктів, овочів та молока зросло після спостереження за дорослими споживачами [9]. За даними нашого дослідження, щоденно споживали свіжі овочі 65 % опитаних підлітків. Найбільша частка дітей, які щоденно їли свіжі овочі, була серед дівчаток шостих та сьомих класів (табл. 4.20), а найбільша частка підлітків, які практично не вживали овочів, — серед хлопчиків дев'ятих класів.

Таблиця 4.20.

Розподіл відповідей підлітків щодо вживання свіжих овочів протягом останніх 30 днів, %

Вживання свіжих овочів протягом останніх 30 днів	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
Кожен день	67,2	61,7	73,2	67,1	60,2	72,4	62,5	56,3	68,8
2-3 рази на тиждень	24,5	27,5	22,2	22,6	26,3	20,2	26,3	31,0	21,9
1 раз на тиждень	5,9	8,4	2,5	7,1	8,0	6,2	7,7	7,4	7,9
1 раз на місяць	1,3	1,2	1,5	1,9	3,2	0,9	1,8	1,7	1,4
Не вживали	1,1	1,2	0,5	1,4	2,4	0,3	1,8	3,5	0,0

Майже схожу ситуацію виявили щодо частоти вживання свіжих фруктів (табл. 4.21). Щоденно споживали свіжі фрукти 70 % шестикласників, 66 % семикласників та 59 % дев'ятикласників, тобто з віком частота щоденного вживання свіжих фруктів зменшувалася.

Таблиця 4.21

Розподіл відповідей підлітків щодо вживання свіжих фруктів протягом останніх 30 днів, %

Вживання свіжих фруктів протягом останніх 30 днів	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
Кожен день	69,9	66,7	73,1	66,2	61,0	69,9	58,4	54,0	63,4
2-3 рази на тиждень	21,8	21,8	21,8	22,1	23,7	21,3	27,8	31,0	23,9
1 раз на тиждень	5,1	8,5	2,0	9,2	12,4	6,9	9,8	10,6	9,4
1 раз на місяць	1,3	1,8	1,0	1,4	1,2	1,3	2,2	1,8	2,3
Не вживали	1,9	1,2	2,0	1,0	1,6	0,6	1,8	2,7	0,9

Інший блок запитань стосувався частоти вживання нездорової їжі. Майонез, соуси та кетчуп щоденно споживали ($16,8 \pm 2,7$) % шестикласників ($(21,11 \pm 4,3)$ % хлопчиків та $12,5 \pm 3,3$ % дівчаток), ($18,6 \pm 1,8$) % семикласників ($(21,35 \pm 2,9)$ % хлопчиків і $(16,8 \pm 2,3)$ % дівчаток), ($19,1 \pm 1,4$) % дев'ятикласників ($(25,7 \pm 2,3)$ % хлопчиків та $(12,6 \pm 1,7)$ % дівчаток). Лише 16 % підлітків не вживали майонезу, соусів та кетчупу. Один раз на місяць споживали «фаст-фуд» 40 % підлітків, найбільше ($(7,7 \pm 2,8)$ %) — хлопчики шостого класу, найменше — дівчатка аналогічного віку. Якщо «фаст-фуд» за ціною не завжди доступний підліткам, тому не може значною мірою вплинути на харчову поведінку, то чіпси або сухарики та «вулична» їжа (пиріжки, хот-доги, шаурма) більш доступні, тому частота вживання цих продуктів для нас мала найбільше значення. Так, щодня споживали чіпси або сухарики ($6,8 \pm 1,8$) % шестикласників ($(6,6 \pm 2,6)$ % хлопчиків та $(7,2 \pm 2,6)$ % дівчаток), ($6,8 \pm 1,1$) % семикласників ($(9,3 \pm 2,1)$ % хлопчиків і $(5,1 \pm 1,4)$ % дівчаток), ($6,1 \pm 0,8$) % дев'ятикласників ($(7,7 \pm 1,4)$ % хлопчиків та $(4,1 \pm 1,0)$ % дівчаток), тобто найбільша кількість дітей, які щодня їдять чіпси або

сухарики, були учнями сьомих класів. Узагалі не купували «вуличної» їжі ($42,1 \pm 1,7$) % шестикласників, ($39,2 \pm 2,2$) % семикласників і ($48,6 \pm 3,6$) % дев'ятикласників. Ці результати не підтверджують думку деяких авторів, що на формування харчової поведінки підлітків має значний вплив мас-медіа.

Реклама чіпсів та сухариків дійсно привертає увагу дев'ятикласників ($(25,7 \pm 2,3)$ % хлопчиків та $(12,6 \pm 1,7)$ % дівчаток). Лише 16 % підлітків не вживали майонезу, соусів та кетчупу. Один раз на місяць споживали «фаст-фуд» 40 % підлітків, найбільше ($(7,7 \pm 2,8)$ %) — хлопчики шостого класу, найменше — дівчатка аналогічного віку. Якщо «фаст-фуд» за ціною не завжди доступний підліткам, тому не може значною мірою вплинути на харчову поведінку, то чіпси або сухарики та «вулична» їжа (пиріжки, хот-доги, шаурма) більш доступні, тому частота вживання цих продуктів для нас мала найбільше значення. Так, щодня споживали чіпси або сухарики ($6,8 \pm 1,8$) % шестикласників ($(6,6 \pm 2,6)$ % хлопчиків та $(7,2 \pm 2,6)$ % дівчаток), $(6,8 \pm 1,1)$ % семикласників ($(9,3 \pm 2,1)$ % хлопчиків і $(5,1 \pm 1,4)$ % дівчаток), $(6,1 \pm 0,8)$ % дев'ятикласників ($(7,7 \pm 1,4)$ % хлопчиків та $(4,1 \pm 1,0)$ % дівчаток), тобто найбільша кількість дітей, які щодня їдять чіпси або сухарики, були учнями сьомих класів. Узагалі не купували «вуличної» їжі ($42,1 \pm 1,7$) % шестикласників, ($39,2 \pm 2,2$) % семикласників і ($48,6 \pm 3,6$) % дев'ятикласників. Ці результати не підтверджують думку деяких авторів, що на формування харчової поведінки підлітків має значний вплив мас-медіа. Реклама чіпсів та сухариків дійсно привертає увагу. Їх споживання на 3 % перевищує щоденне вживання «вуличної» їжі, але домінують за частотою вживання, за результатами нашого опитування, цукерки, тістечка та ковбасні вироби.

Соціальні групи, до складу яких входять діти, застосовують свої соціальні норми та погляди для вибору продуктів харчування. На формування певних харчових звичок впливає соціально-економічний статус родини, що є сильним визначальним чинником вибору раціону родини, зокрема харчування дітей і підлітків [21]. Дефіцит їжі історично був

основною загрозою здоров'я дітей та підлітків, і традиційні способи харчування розвивалися відповідно до цього. Наше суспільство сприймає дітей пубертатного віку як здорових та майже дорослих, тому стратегії харчування розроблені з дотриманням принципу збільшення споживання їжі з віком дитини без урахування відповідної фізичної активності, тобто баланс спожитої та витраченої енергії батьки не завжди враховують. Особливо, якщо ці стратегії застосовують у середовищі з надмірною кількістю їжі, що призводить до прискореного збільшення маси тіла та ожиріння. Структура соціальних позицій чоловіків і жінок — батьків учнів відрізнялася. Якщо серед чоловіків переважали ті, хто був членом повної родини (95,2 %), то 28,1 % жінок виховували дитину в неповній родині. Тому слід урахувати, що сприйняття отриманої інформації та взаємодія батьків із закладом освіти можуть мати значні гендерні відмінності.

Важливою проблемою є неповна родина, коли дитину виховує один з батьків, переважно жінка. Кількість неповних родин зростала у досліджених вікових групах від шостого до дев'ятого класу і становила від 27,7 до 37,0 % (табл. 4.22).

Таблиця 4.22.

Структура родин школярів, %

Структура родини	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
1. Батьки і одна дитина	21,7	21,8	21,6	22,5	24,0	21,3	20,0	20,6	19,4
2. Батьки і декілька дітей	28,9	29,9	28,2	29,0	26,9	30,3	26,6	27,2	26,9
3. Родина з трьох поколінь	27,5	21,8	31,9	23,2	24,4	22,8	26,2	20,6	31,9
4. Лише один з батьків	26,1	26,4	24,9	30,5	29,9	31,2	33,4	34,2	31,9
5. Не повні родини	28,7	28,4	27,7	32,1	31,7	32,7	36,9	37,0	36,1

Установлено, що неповна родина була чинником ризику частішого вживання підлітками «фаст-фуду» ($F = 9,8$; $p = 0,02$), «вуличної» їжі ($F = 17,3$; $p < 0,001$), чіпсів, сухариків ($F = 12,2$; $p = 0,001$) та продуктів швидкого приготування ($F = 18,9$; $p < 0,001$). Мононуклеарні родини становили лише 19,4 — 24,0 %. У разі наявності в родині декількох дітей батьки більшу увагу приділяли споживанню родиною свіжих овочів ($F = 7,5$; $p = 0,006$) і фруктів ($F = 7,3$; $p = 0,007$). Родина з трьох поколінь уважніше ставилася до регулярного вживання м'яса ($F = 4,1$; $p = 0,04$) та кисломолочних продуктів ($F = 4,0$; $p = 0,04$).

Деякі дослідження виявили певний зв'язок між освітнім рівнем матері та прихильністю до здорового харчування у дітей та підлітків. Так, матері, які мали низький рівень освіти, готували їжу з переважанням простих вуглеводів і жирів, тобто у таких родинах зростало споживання цукру, жиру, відповідно, збільшувався індекс маси тіла [13]. Діти матерів з високим рівнем освіти вживали більше фруктів і овочів та щодня снідали на відміну від дітей матерів із низьким рівнем освіти [21]. В нашому дослідженні освіта матері не мала суттєвого впливу на харчову поведінку підлітків ($p > 0,05$), більше значення мала впевненість у її підтримці. Позитивний зв'язок із матір'ю сприяв частоті вживання «емоційно-позитивних» (тістечка ($F = 5,5$; $p = 0,001$), сосиски, варені ковбаси ($F = 4,4$; $p = 0,004$)) та корисних продуктів (риба ($F = 3,6$; $p = 0,014$), молочні продукти ($F = 3,8$; $p = 0,009$), свіжі овочі ($F = 5,9$; $p = 0,001$) і фрукти ($F = 5,6$; $p = 0,001$)) і запобігав шкідливим уподобанням («фаст-фуд» ($F = 3,3$; $p = 0,021$), чіпси, сухарики ($F = 3,6$; $p = 0,014$)). Освіта батька була більш важливою для харчової поведінки підлітків ($p = 0,02$ — $0,005$).

Якщо серед батьків учнів шостих класів вищу освіту мали ($44,4 \pm 3,7$) % батьків і ($54,0 \pm 3,7$) % матерів, то серед учнів дев'ятих класів їх частка зростала ($p < 0,05$). Неповну середню освіту та середню освіту мали лише 6,0 % матерів, вищу освіту — 52,4 % (табл. 4.23). Дослідження проведене у великому промисловому місті, що може зумовлювати велику частку матерів

з вищою освітою. Навіть якщо рівень освіти матері впливав на харчову поведінку дітей та підлітків, то незначна частка матерів без середньої освіти несуттєво вплинула на поведінку підлітків.

Таблиця 4.23.

Розподіл відповідей школярів щодо освіти матері, %

Показники	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
1. Вища	52,4	57, 9	46,4	56,1	54,9	57,1	57,3	62,2	52,4
2. Незакінчена вища	9,4	9,0	9,8	9,5	11,4	7,8	9,3	9,0	9,1
3. Середня спеціальна	31,4	28, 1	35,1	27,0	26,3	27,9	27,3	23,6	31,7
4. Середня	4,2	3,9	4,6	4,4	5,5	3,6	4,0	4,7	3,4
5. Неповна середня	2,6	1,1	4,1	3,0	2,0	3,6	2,0	0,4	3,4

Іншим важливим чинником формування харчової поведінки у родині можуть бути обмеження щодо харчування. Батьки, які віддають перевагу певній дієті для своєї дитини, можуть намагатися контролювати, що і скільки їсть дитина, чинити на неї тиск, щоб вона споживала кориснішу їжу, або винагороджувати дитину за вживання здорової їжі, що може призвести до непередбачуваних наслідків [7, 10, 12]. Крім того, використання їжі як винагороди може мати серйозні наслідки, оскільки нагородження дітей за вживання здорової їжі насправді призводить до зниження переваги цих продуктів [5]. Ці дані свідчать, що незалежно від обґрунтування батьків щодо контролю поведінки їх дитини, надмірний контроль може мати негативний вплив на споживання їжі та масу тіла дітей. Авторитарний стиль виховання в родині з високими вимогами до дітей і низьким розумінням потреб дітей призводить до переїдання, надлишкової маси тіла, відмови від їжі та прискіпливому харчуванню [13]. З урахуванням характеру виховання у

родині й того, що відомо про вплив батьківського моделювання на харчову поведінку дітей, можна зробити висновок, що підхід «роби як я» краще впливає на схеми споживання дітьми відповідних харчових продуктів, ніж підхід «роби, як я кажу». За результатами нашого дослідження, найпоширенішою формою покарання в родинях була вербальна агресія, яку застосовували 34,1 — 41,6 % батьків (табл. 4.24). Фізичне покарання зазначили близько 3,7 % хлопчиків (учні шостих класів) і 2,7 % дівчаток (учениці дев'ятих класів).

Таблиця 4.24.

Розподіл відповідей школярів щодо покарання в сім'ї, %

Форми покарання в родинях	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
1. Ніколи не карають	21,8	17,3	26,3	16,8	15,9	17,7	11,3	13,5	8,8
2. Сварять	59,5	56,3	62,0	66,1	64,9	67,3	39,2	37,2	41,6
3. Фізично карають (б'ють)	5,0	6,6	3,8	5,1	5,5	4,5	2,5	2,0	2,9
4. Ставлять “у куток”	5,0	4,6	5,2	9,8	8,5	10,8	5,0	5,0	4,9
5. Забороняють комп'ютерні ігри, інтернет	29,1	35,0	22,5	31,3	35,8	27,3	13,7	19,5	7,8
6. Примушують виконувати роботу, яка не подобається	5,2	6,1	3,8	8,3	7,0	9,6	5,6	5,5	5,7
7. Не розмовляють	9,0	9,6	8,5	7,8	4,1	10,8	6,7	4,0	9,9
8. Не пускають грати на вулицю	8,1	8,1	8,0	14,5	11,4	17,1	8,8	6,0	11,4
9. Забороняють займатися улюбленою справою	2,8	3,6	2,3	6,9	7,7	6,3	2,6	4,0	1,3
10. Забороняють дивитися телевізор	6,6	7,6	5,6	6,4	5,9	6,9	2,1	1,7	2,6
11. Інше	5,0	4,6	5,2	3,1	1,5	4,5	2,5	1,7	3,1

Аналіз кореляційних матриць між покараннями серед учнів для кожної гендерної групи виявив характерні особливості впливу батьків на поведінку дітей. Так, найжорсткіша система покарання — в учнів шостих класів. На підставі розрахунку коефіцієнтів детермінації для кожного з покарань в кореляційній матриці визначено, що найгіршим покаранням вони вважають

заборону грати на вулиці ($R^2 = 1,30$). Дещо менш «жорстка» система покарань в учнів сьомих класів — найбільшим покаранням є заборона дивитися телевізор ($R^2 = 0,92$). Найгіршим покаранням для хлопчиків, які навчаються в дев'ятому класі, є вимога виконувати вдома роботу, котра не подобається ($R^2 = 0,53$). Для дівчаток система покарань значно «м'якша»: від вербальної агресії, більш поширеної в шостому класі ($R^2 = 0,48$), до вимоги виконувати вдома роботу, яка не подобається, для учениць як сьомих ($R^2 = 0,27$), так і дев'ятих ($R^2 = 0,39$) класів.

Аналіз характеру стимулювання в родинях підлітків виявив, що найменш поблажливі батьки до у сьомому класі: 49,5 % учнів визнають, що більшість їх прохань виконують, а 5,9 % — що батьки їм «ні в чому не відмовляють» (табл. 4.25). Більш поблажливі батьки до дівчаток, особливо у шостому класі: 66,7 % визнали, що більшість їх прохань виконують, а 10,1 % — що батьки їм «ні в чому не відмовляють». Частка дітей, чий бажання ніколи не виконували, становила 0,3 — 0,5 %. Частина підлітків взагалі не зверталися з проханнями до батьків.

Таблиця 4.25.

Розподіл відповідей школярів щодо прохання до батьків, %

Показники	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
1. Ні в чому не відмовляють	8,8	10,4	7,9	6,6	5,5	7,3	10,7	8,2	12,6
2. Більшість прохань виконують	59,1	53,3	64,5	55,7	50,2	59,5	55,5	51,5	60,3
3. Інколи виконують	24,0	24,7	22,7	27,6	30,2	25,9	22,1	25,3	18,7
4. Дуже рідко купують	4,0	4,9	3,4	4,6	6,3	3,4	3,3	4,3	2,3
5. Ніколи не купують	0,3	0,5	0,0	1,2	2,0	0,6	1,1	1,7	0,5
6. Інше	1,3	1,1	1,0	2,7	3,9	1,8	2,8	3,9	1,9
7. Не звертаюсь	2,5	4,9	0,5	1,7	2,0	1,5	4,6	5,2	3,7

Як свідчать дані літератури, однією з провідних причин виникнення конфліктів у родині є незадоволення соціальних потреб, тому задоволеність підлітків якістю харчування та станом власного здоров'я також проаналізовано в дослідженні. У більшості учнів незалежно від статі та віку соціальні потреби були задоволені. Однак з віком зростав рівень незадоволення житловими умовами, одягом, власним здоров'ям і стосунками в родині, які є як для хлопчиків, так і для дівчаток досліджених навчальних колективів системоутворювальним чинником (відповідно $R^2 = 0,50$ для хлопців і $R^2 = 1,61$) за винятком учениць шостих класів, для яких провідним чинником був їх одяг ($R^2 = 0,93$).

Лише незначна кількість учнів визнали постійні конфлікти з найближчим соціальним оточенням. Частка хлопчиків (табл. 4.26), які часто конфліктують у родині, суттєво не змінювалася від шостого до дев'ятого класу ($p > 0,05$), а дівчаток — зростала, особливо це стосувалося конфлікту з матір'ю (від $(3,0 \pm 1,7)$ % у шостому класі до $(10,8 \pm 1,6)$ % ($p < 0,05$) у дев'ятому). Важливими особливостями стосунків між учнями та членами родини були несистемність конфліктів і прагнення до неконфліктного спілкування ($R^2 = 0,34 \div 0,58$).

Таблиця 4.26.

Частка учнів, у яких часто виникають конфлікти з близьким соціальним оточенням, %

Блиьке соціальне оточення	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
батько	4,4	5,7	3,5	5,8	4,9	6,4	7,6	5,9	10,0
мати	6,6	7,7	5,4	8,3	8,5	8,3	8,7	5,7	11,4
брат/сестра	11,1	9,4	12,6	13,3	11,8	14,6	14,7	11,1	18,1
дідусь/бабуся	4,2	4,0	4,1	4,8	6,2	3,9	3,3	2,3	4,5
вчитель	4,7	6,3	3,5	9,5	13,5	6,2	9,5	9,7	8,3
однолітки	11,0	11,4	11,3	10,7	14,7	7,8	7,4	6,2	9,2
однокласники	11,6	12,5	11,4	13,7	16,0	11,4	7,4	7,2	7,9
старші знайомі	4,9	6,4	4,0	3,7	4,1	3,5	3,4	4,1	2,9

Важливим чинником харчової поведінки підлітків було емоційне сприйняття соціальної ситуації, того середовища, в якому вони перебували. Так, сприйняття підлітками власного здоров'я впливало на характер вживання всіх продуктів. Одним із індикаторів сприйняття власного здоров'я для підлітків є фізичний розвиток. Аналіз сприйняття власного тіла підлітками різного віку засвідчив відносну стабільність частки підлітків різного віку і статі, які вважали, що мають проблеми із власним тілом (табл. 4.27). Так, частка дівчаток, які вважали своє тіло дуже худорлявим, становила від $(16,0 \pm 3,7) \%$ у шостому класі до $(14,8 \pm 1,9) \%$ у дев'ятому, а хлопчиків — від $(25,8 \pm 3,7)$ до $(16,9 \pm 2,0) \%$. Частка підлітків, які вважали власне тіло «надто повненьким», була значно меншою ($p < 0,05$ — $0,01$): від $(3,0 \pm 1,7) \%$ у шостому класі до $(7,1 \pm 1,6) \%$ у сьомому класі серед дівчаток і від $(6,5 \pm 2,6) \%$ у шостому класі до $(7,5 \pm 1,4) \%$ у дев'ятому серед хлопчиків.

Таблиця 4.27.

Розподіл відповідей школярів щодо ставлення до свого тіла, %

Характеристики сприйняття власного тіла	Учні 6-х класів			Учні 7-х класів			Учні 9-х класів		
	В цілому (n=422)	Хлопці (n=197)	Дівчата (n=213)	В цілому (n=482)	Хлопці (n=271)	Дівчата (n=333)	В цілому (n=784)	Хлопці (n=243)	Дівчата (n=216)
1. Дуже худорляве	16,4	24,9	9,9	19,2	22,6	16,8	16,8	18,6	15,0
2. Трохи удорляве	14,1	14,7	13,8	15,0	18,0	12,8	17,4	22,1	12,2
3. Нормальне	43,7	39,0	46,8	38,5	41,4	35,1	40,4	38,1	42,3
4. Трохи овненьке	19,4	15,3	23,2	21,5	13,4	28,4	19,9	16,0	24,4
5. Надто овненьке	6,4	6,2	6,4	5,9	4,6	7,0	5,5	5,2	6,1

Залежність самооцінки власного тіла від зросту, маси тіла та індексу маси тіла мала гендерні відмінності. Хлопчики шостого класу незалежно від зросту вважали себе «надто повненькими» переважно при масі тіла $> 52,5$ кг або індексі маси тіла $> 22,3$ кг/м².

4.3 Соціально-психологічні особливості розвитку особистості підлітка в родині

Підлітковий вік є визначальним для розвитку особистості й важливим для формування гармонійних взаємин із соціальним оточенням. Сім'я посідає важливе місце у формуванні підлітка як особистості, а взаємини з батьками є одним із важливих чинників адаптації в оточуючому середовищі. Нині переважаючим сімейним осередком є подружня пара з однією дитиною, рідше із двома й більше дітьми. Зростає число розлучень, незареєстрованих шлюбів і частка позашлюбних народжень, що, в свою чергу, зумовлюють поширення так званої неповної сім'ї, тобто родини, в якій внаслідок різних причин виховує дитину (дітей) один з батьків.

Модель неповної сім'ї більш відповідає постіндустріальному суспільству з його соціальною мобільністю, високим рівнем розвитку наукових і промислових технологій, інформатизації, адже збільшення значення професіоналізму для суспільства і особи нерідко важко поєднується з виконанням нею сімейних обов'язків [25,38]. В той же час, питанню розвитку особистості підлітків з неповних сімей, на сьогодні в наукових дослідженнях, недостатньо приділяється уваги. Останнім часом в Україні чисельність неповних сімей не знижується, а має тенденцію до зростання. Тому проблематика сім'ї – її соціально-психологічні характеристики, що пов'язані з динамікою сімейних відносин, особливостями їх впливу на розвиток особистості підлітків, надання психологічної допомоги неповним сім'ям у важких ситуаціях є стабільно актуальною в цей час [3].

У роботах багатьох дослідників сім'я розглядається як чинник становлення та розвитку особистості, як контекст соціалізації дитини (В.Дружинін, Е. Ейдемільер, Р. Калініна, К. Кальницька). Психологами і педагогами визнається, що сімейні відносини є одним з головних чинників формування особистості. Відносини у родині є тим базовим матеріалом, за допомогою якого підліток розвивається, розкриває свої можливості. На формування особистості підлітка значущо впливають стосунки з батьками.

Сукупність настановлень батьків, їх емоційного ставлення до дитини, сприйняття неї, відповідних способів поводження з нею утворюють стиль сімейного виховання [9].

Оптимальним для практики сімейного виховання вважається демократичний стиль, що характеризується високим рівнем вербального спілкування між дітьми і батьками, включеністю дітей в обговорення сімейних проблем, урахуванням їхньої думки, готовністю батьків у разі потреби прийти на допомогу дітям одночасно з вірою в їх успішну самостійну діяльність, адекватним батьківським контролем.

Відхилення від демократичного стилю в бік авторитаризму, ліберальної вседозволеності чи надмірної зосередженості на дитині спричиняє відповідні деформації її особистості. Отже, стиль сімейного виховання беззаперечно впливає на взаємовідносини батьків і дітей-підлітків.

Вплив сімейного оточення, також, відчутно позначається на розвитку особистості підлітка. Особливе значення тут має форма батьківської поведінки, переконань і цілей. Батьки служать моделлю для наслідування і, за допомогою власних вчинків, впливають на дітей, що зберігається протягом подальшого їх життя [1].

Також у функціонуванні сім'ї та її членів як єдиного цілого важливу роль відіграють сімейні цінності. Ціннісні орієнтації регулюють взаємини подружжя, визначають їх ставлення один до одного, до дітей, інших людей, до навколишнього світу взагалі. Розбіжності в індивідуальних системах ціннісних орієнтацій родини є головною перешкодою інтеграції сім'ї та її повноцінного функціонування. Гострі конфлікти, що виникають на цьому ґрунті, роблять неможливим нормальне внутрішньосімейне спілкування, що своєю чергою унеможливує побудову і розвиток позитивних дитячо-батьківських відносин. Сімейні цінності – це те, що важливо всім членам родини, загальне поле їхніх інтересів [5].

Родина є прикладом для наслідування, і якщо це гарний взірець, то у підлітка є шанс стати гармонійною особистістю. Вважається, що певний

характер сімейних цінностей є фактором, який підтримує стабільність функціонування суспільства, утримує його у більш-менш сталому стані та лежить в основі механізмів суспільної інтеграції. Сімейні, батьківські цінності є одним із найважливіших чинників впливу на розвиток особистості підлітка. Родина була і залишається тим пусковим механізмом без якого не можливо почати рухатись вперед. Звичайно, що дитина має сама обирати, які цінності для неї важливі, що буде їй цікавим і чим в подальшому займатися в житті. Підліток повинен мати вибір і право голосу, а батьки мають спрямовувати його на правильний шлях та допомагати у вирішенні проблем.

Підготовка до психологічного відокремлення від батьківської сім'ї. Встановлення між батьками і дітьми-підлітками нового типу взаємостосунків є однією із центральних задач підліткового періоду. Із прагнення відокремитися від системи цінностей своїх батьків починається самовизначення підлітка [2].

Д.Фельдштейн виділяє основні лінії розвитку особистості в підлітковому віці:

1. Сепарація і індивідуація (поступове відділення, пошук себе).
2. Розвиток самовизначення. Впізнання самого себе, розвиток стійкого відчуття власного «Я» - процес болючий, навіть для самого врівноваженого підлітка.

3. Визначення референтної групи. Перед підлітком постають важливі питання «Хто я?», «З ким я?». Схвалення однолітками і ідентифікація з групою - нагальна проблема в підлітковому віці. Для підлітків потреба в прийнятті однолітками значно перевищує потребу в самоповазі. Таким чином, основне завдання для підлітка – сформувати референтну групу, яка буде його задовольняти.

4. Розвиток статевої ідентифікації. Для одних підлітків відкриття своєї сексуальності і інтерес до протилежної статі протікає природньо, а інших становлення статевої ідентифікації бентежить і сфера сексуальності здається для них далекою та лякає.

5. Розвиток особистої системи цінностей. До перехідного віку дитина приймає систему цінностей своїх батьків, але під час підліткового періоду дитина готова переглянути всі раніше засвоєні звичаї, цінності і стандарти; в результаті всі колишні установки будуть поставлені під сумнів.

6. Формування життєвих цілей. Більшість дітей визначаються з майбутньою професією тільки в пізньому підлітковому віці [7].

Отже, з одного боку, для цього складного періоду показові негативні прояви, дисгармонійність особистості, згортання і зміна усталених інтересів дитини, протестуючий характер поведінки по відношенню до дорослих. З іншого боку, підлітковий вік відрізняється і масою позитивних факторів: зростає самостійність дитини, більш різноманітними та змістовними стають відносини з іншими дітьми і дорослими, значно розширюється й істотно змінюється сфера її діяльності, розвивається відповідальне ставлення до себе і до інших людей.

Таким чином, головне в даному періоді – це вихід особистості на якісно нову соціальну позицію, в якій реально формується її свідоме ставлення до себе як до члена суспільства [2].

Як було вже зазначено вище, значним фактором, що обумовлює вплив сім'ї на формування особистості підлітка, є сімейне оточення. Для кожної родини характерні певні стосунків між її членами. Кожна сім'я має свої відмітні риси, що вирізняють їх з поміж інших.

Закономірності психологічного становлення особистості підлітків змінюються, якщо ж сім'я має статус неповної, тому що один з батьків, будь-то мати чи батько, не може врахувати усіх нюансів виховання дитини. Тому психологічне благополуччя дитини у неповній сім'ї порушується, вона може бути занадто емоційною, тривожною, замкнутою та ін.

З одного боку, підлітки з неповних сімей більш відповідальні, незалежні від батьків і рішучі, ніж ті, хто зростають у повних сім'ях, з іншого – підлітки з неповних сімей можуть занадто рано почати активно віддалятися від дому, домагаючись поведінкової та емоційної автономії [3].

Головний фактор, що визначає виховну неповноцінність неповної сім'ї - морально-психологічний. У неповній сім'ї значно частіше виявляються обмеженими відносини між матерями і дітьми-підлітками. Неповна сім'я, що виникає в результаті розлучення, з точки зору її виховного потенціалу є найбільш вразливою.

Відмічено, що підвищена емоційність, невірноваженість, болюча чутливість, властиві перехідному періоду, у підлітка з сім'ї в якій батьки розійшлися, носять гіпертрофований характер, роблячи його психіку особливо вразливою.

У дітей з неповних сімей часто виникає цілий набір труднощів психологічного характеру. На думку І. Кона діти, які виростили без батька, мають знижений рівень домагань, у них вищий рівень тривожності, частіше зустрічаються невротичні симптоми.

Узагальнюючи сказане вище, можна стверджувати, що ситуація неповної сім'ї часто має негативний вплив на розвиток особистості дитини. Причому цей вплив багатосторонній. У соціально-економічному плані такі діти менш економічно захищені та частіше надані самі собі з-за надмірної зайнятості та трудової перевантаженості матері. У медичному плані такі діти більш схильні до різних захворювань, що протікають у важкій формі і частіше страждають різними соматичними захворюваннями в дорослому віці. При розгляді психолого-педагогічних аспектів цього впливу можна зробити висновок, що у дітей з неповних сімей частіше виникають нервові та психічні розлади, порушення поведінки, формується дефектний тип особистості і спостерігається безліч труднощів психологічного характеру (від невпевненості та тривожності до порушення статевої ролі самоідентифікації і зниження самооцінки) [3].

Вивчення соціально-психологічних особливостей розвитку особистості підлітків, які виховуються в повних та неповних сім'ях. Дослідженням було охоплено 191 учень 7-х і 8-х класів. Загальна характеристика вибірки:

кількість підлітків з повних сімей 133 учня та кількість досліджуваних, що виховувалися у неповних сім'ях 58 учнів.

Для виявлення особистісних особливостей підлітків був обраний 14-факторний особистісний опитувальник Кеттелла (підлітковий варіант) [6]. Використовуючи даний опитувальник, виявили наступні дані (табл. 4.28):

Таблиця 4.28

Розподіл підлітків за показниками факторів за методикою Р. Кеттелла у підлітків (%)

№	Фактори	Підлітки з повних сімей			Підлітки з неповних сімей		
		<норми	=нормі	>норми	<норми	=нормі	>норми
1	A	29,1	58,2	12,7	44,8	46,6	8,6
2	B	12,9	72,0	15,2	19,0	58,6	22,4
3	C	46,6	43,1	10,3	62,9	29,5	7,6
4	D	43,9	46,2	9,8	46,6	41,4	12,1
5	E	53,0	43,9	3,0	56,9	32,8	10,3
6	F	50,0	33,3	16,7	53,4	34,5	12,1
7	G	60,6	30,3	9,1	63,8	31,0	5,2
8	H	49,2	38,6	12,1	58,6	27,6	13,8
9	I	36,4	63,6	0,0	31,0	65,5	3,4
10	J	32,8	65,5	1,7	40,9	51,5	7,6
11	Q	71,2	28,0	0,8	60,3	36,2	3,4
12	Q2	86,4	11,4	2,3	77,6	22,4	0,0
13	Q3	87,1	12,9	0,0	89,7	8,6	1,7
14	Q4	78,0	18,9	3,0	81,0	17,2	1,7

*Напівжирним шрифтом виділені фактори, які мають значущі показники, $p < 0,05$

З даних таблиці видно, що у 62,9% підлітків з неповних сімей фактор С нище нормованого, що може свідчити «емоційну нестабільність» досліджуваних. Фактор «С» відповідає за показник «емоційна нестабільність - емоційна стабільність» Цим підліткам характерні емоційна нестійкість,

імпульсивність. Вони знаходяться під впливом почуттів, мають мінливі настрої, легко засмучується, нестійкі в інтересах. Для них притаманна низька толерантність по відношенню до фрустрації, дратівливість, стомлюваність. У підлітків з повних сімей цей показник ближче до норми.

За фактором А «Замкнутість- товаришність» 29, 1% підлітків з повних сімей мали рівень нище нормованого, що може розглядатися як «товаришність». Для цих підлітків характерні товаришність, відкритість, природність, невимушеність, готовність до співпраці, пристосованість, увага до людей, готовність до спільної роботи, активність в усуненні конфліктів в групі. Легкість у встановленні безпосередніх, міжособистісних контактів.

Фактор «J», який відповідає за показники– «неврастенія» у 7,6% підлітків з неповних сімей. А це вказує на те, що такі підлітки схильні до неврастенії. Вони стримані, злопам'ятні і зациклені на собі, мають мало друзів. Відрізняються вередливістю, і тому не дуже ефективно працюють в команді. Найчастіше у них завжди є своя думка, яку вони тримають при собі. Мають високий інтелект, аналізують свої помилки, щоб не повторювати їх.

Отже, для більшості підлітків з неповних сімей характерні емоційна нестійкість, імпульсивність, мінливі настрої, дратівливість, стомлюваність та інтроспективність. Також вони схильні до неврастенії.

Для дослідження особистості дітей, вивчення соціальної пристосованості, а також їх стосунків з тими людьми, які їх оточують було використано проєктивну методику дослідження особистості Рене Жилия [6]. Вона спрямована на виявлення особливостей поведінки в різноманітних життєвих ситуаціях, що є важливими для підлітків і стосуються їх взаємин з іншими людьми. Дитина має вибрати собі місце серед зображених людей або ідентифікувати себе з персонажем, що займає те або інше місце в групі. Ця методика дозволяє отримати інформацію про ставлення дитини до різних людей (до сімейного кола), які її оточують, і явищ навколишньої дійсності. Результати дослідження, за п'ятьма шкалами, які спрямовані на виявлення особливостей поведінки дітей в родині, представлено в таблиці 4.29.

Результати дослідження особливостей поведінки дітей за методикою Рене Жиля (%)

№	Особливості поведінки та ставлення	Рівні проявів, осіб в повних сім'ях(%)			Рівні проявів, осіб в неповних сім'ях(%)		
		негативний (низький рівень)	нейтральний (середній рівень)	позитивний (високий рівень)	негативний (низький рівень)	нейтральний (середній рівень)	позитивний (високий рівень)
1	Ставлення до матері	16,7	65,4	17,9	11,1	59,3	29,6
2	Ставлення до батька	5,1	79,5	15,4	0,0	100,0	0,0
3	Ставлення до матері та батька, як до батьківської пари	6,4	82,1	11,5	3,7	74,1	22,2
4	Ставлення до братів та сестер	3,8	71,8	24,4	3,7	85,2	11,1
5	Ставлення до бабусі й дідуся	0,0	93,6	6,4	0,0	81,5	18,5

*Напівжирним шрифтом виділені фактори, які мають значущі показники, $p < 0,05$

Отримані результати тестування в повних сім'ях, за методикою Рене Жиля, показали: у 16,7% дітей – негативне, у 65,4% – нейтральне і 17,9% мають позитивне ставлення до матері; у **5,1%** дітей – негативне, у **79,5%** – нейтральне і **15,4%** мають позитивне ставлення до батька; у 6,4% дітей – негативне, у 82,1% – нейтральне і 11,5% мають позитивне ставлення до матері та батька, як до батьківської пари; у 3,8% дітей – негативне, у **71,8%** – нейтральне і **24,4%** мають позитивне ставлення до братів та сестер; у 0,0% дітей – негативне, у **93,6%** – нейтральне і **6,4%** – позитивне ставлення до бабусі й дідуся; в неповних сім'ях, за методикою Рене Жиля, показали: у 11,1% дітей – негативне, у 59,3% – нейтральне і 29,6% мають позитивне ставлення до матері; у **18,5%** дітей – негативне, у **81,5%** – нейтральне і **0%** мають позитивне ставлення до батька; у 3,7% дітей – негативне, у 74,1% – нейтральне і 22,2% мають позитивне ставлення до матері та батька, як до батьківської пари; у 3,7% дітей – негативне, у **85,2%** – нейтральне і **11,1%** мають позитивне ставлення до братів та сестер; у 0,0% дітей – негативне, у **81,5%** – нейтральне і **18,5%** – позитивне ставлення до бабусі й дідуся.

За результатами методики Рене Жіля в **81,5%** досліджуваних підлітків з неповних сімей спостерігається нейтральне ставлення до батька, в **18,5%** негативне ставлення. Отже, у більшості підлітків було створено нейтральне та негативне уявлення про відсутнього батька, а також неможливість уявлення сім'ї як єдиної системи, що звісно негативно відображається на їхньому світобаченні та особистісному розвитку.

Приблизно 85,2% дітей надають перевагу спілкуванню з братами, сестрами, 81,5% – з бабусями й дідусями, що пояснюється теплотою, сталістю взаємостосунків.

Здійснюючи дослідження рівня самооцінки за методикою С.А. Будассі (методика призначена виявити кількісне вираження рівня самооцінки) [6], опитувані оцінювались за рівнем вираженості показників самооцінки і були розділені на 5 груп: низький рівень самооцінки характеризували показники від -1 до 0, занижену самооцінку мали учні, у яких рівень самооцінки коливався від 0,01 до 0,3, адекватна самооцінка відповідала показникам 0,31-0,6, завищена – 0,61-0,85 і високу самооцінку характеризували показники від 0,86 до 1. Таким чином, за методикою С. А. Будассі виявлено, що у підлітків, як з повних так і з неповних сімей, переважає дещо завищена самооцінка 36,1% та 45,8% осіб, а також адекватна – 29,3% та 32,2%. Рівень самооцінки виражає ступінь реальних та ідеальних або бажаних уявлень про себе. Адекватну самооцінку з тенденцією до завищення можна прирівняти до позитивного ставлення до себе, до самоповаги, прийняття себе, відчуття власної повноцінності. У підлітків з повних сімей високий рівень самооцінки 12%, а у підлітків з неповних сімей – 3,4%, це може свідчити про те, що вони мають високі досягнення, внаслідок цього в них підвищуються вимоги до себе.

Встановлено, що вплив на дітей середнього шкільного віку суттєво більший у неповній родині щодо початку (формули 4.1, 4.2) й інтенсивності куріння (формули 4.3, 4.4), вживання алкоголю (формули 4.5, 4.6), що може свідчити про більшу складну соціальну ситуацію розвитку та про потребу у

підтримці таких учнів іншими соціальними інститутами (наприклад, школа). Суттєво впливає родина і на сприйняття проблем щодо власного здоров'я (формули 7,8).

$$Y_{\text{ГР}} = 1,1 + 0,1X_3 - 0,1X_{20}, \quad R^2 = 7,7 \% \quad (4.1)$$

$$Y_{\text{НР}} = 1,1 + 1,2X_{16} - 0,4X_{12}, \quad R^2 = 32,8 \% \quad (4.2)$$

де $Y_{\text{ГР}}$ – досвід куріння серед школярів у повній родині; $Y_{\text{НР}}$ – досвід куріння серед школярів у неповній родині; X_1 – освіта батька; X_2 – освіта матері; X_3 – покарання у родині; X_4 – спілкування у родині; X_5 – конфлікти у родині; X_6 – допомога матері; X_7 – допомога батька; X_8 – допомога діда/бабці; X_9 – допомога Бога; X_{10} – власні сили; X_{11} – проблеми спілкування з батьком; X_{12} – проблеми спілкування з мамою; X_{13} – проблеми спілкування з однолітками; X_{14} – задоволеність житловими умовами; X_{15} – задоволеність одягом; X_{16} – задоволеність харчуванням; X_{17} – задоволеність становищем у сім'ї; X_{18} – задоволеність стосунками між батьками; X_{19} – кишенькові гроші; X_{20} – проблеми спілкування з однолітками; X_{21} – задоволеність станом свого здоров'я.

$$Y_{\text{ГР}} = 1,1 + 0,2X_{14} - 0,1X_8 - 0,3X_{15}, \quad R^2 = 9,3 \% \quad (4.3)$$

$$Y_{\text{НР}} = 1,9 - 0,3X_{12}, \quad R^2 = 20,1 \% \quad (4.4)$$

де $Y_{\text{ГР}}$ – інтенсивність куріння серед школярів у повній родині; $Y_{\text{НР}}$ – інтенсивність куріння серед школярів у неповній родині; X_1 – освіта батька; X_2 – освіта матері; X_3 – покарання у родині; X_4 – спілкування у родині; X_5 – конфлікти у родині; X_6 – допомога матері; X_7 – допомога батька; X_8 – допомога діда/бабці; X_9 – допомога Бога; X_{10} – власні сили; X_{11} – проблеми спілкування з батьком; X_{12} – проблеми спілкування з мамою; X_{13} – проблеми спілкування з однолітками; X_{14} – задоволеність житловими умовами; X_{15} – задоволеність одягом; X_{16} – задоволеність харчуванням; X_{17} – задоволеність становищем у сім'ї; X_{18} – задоволеність стосунками між батьками; X_{19} – кишенькові гроші; X_{20} – проблеми спілкування з однолітками; X_{21} – задоволеність станом свого здоров'я.

$$Y_{\text{ГР}} = 1,0 + 0,1X_{21}, \quad R^2 = 2,2 \% \quad (4.5)$$

$$Y_{\text{НР}} = -0,1 + 1,0 X_{16} + 0,2X_{17}, \quad R^2 = 37,4 \% \quad (4.6)$$

де $Y_{\text{ГР}}$ – інтенсивність вживання пива серед школярів у повній родині; $Y_{\text{НР}}$ – інтенсивність вживання пива серед школярів у неповній родині; X_1 – освіта батька; X_2 – освіта матері; X_3 – покарання у родині; X_4 – спілкування у родині; X_5 – конфлікти у родині; X_6 – допомога матері; X_7 – допомога батька; X_8 – допомога діда/бабці; X_9 – допомога Бога; X_{10} – власні сили; X_{11} – проблеми спілкування з батьком; X_{12} – проблеми спілкування з мамою; X_{13} – проблеми спілкування з однолітками; X_{14} – задоволеність житловими умовами; X_{15} – задоволеність одягом; X_{16} – задоволеність харчуванням; X_{17} – задоволеність становищем у сім'ї; X_{18} – задоволеність стосунками між батьками; X_{19} – кишенькові гроші; X_{20} – проблеми спілкування з однолітками; X_{21} – задоволеність станом свого здоров'я.

$$Y_{\text{ГР}} = 1,0 + 0,1X_{21}, \quad R^2 = 2,2 \% \quad (4.7)$$

$$Y_{\text{НР}} = -0,1 + 1,0 X_{16} + 0,2X_{17}, \quad R^2 = 37,4 \% \quad (4.8)$$

де $Y_{\text{ГР}}$ – оцінка власного здоров'я школярами у повній родині; $Y_{\text{НР}}$ – оцінка власного здоров'я школярами у неповній родині; X_1 – освіта батька; X_2 – освіта матері; X_3 – покарання у родині; X_4 – спілкування у родині; X_5 – конфлікти у родині; X_6 – допомога матері; X_7 – допомога батька; X_8 – допомога діда/бабці; X_9 – допомога Бога; X_{10} – власні сили; X_{11} – проблеми спілкування з батьком; X_{12} – проблеми спілкування з мамою; X_{13} – проблеми спілкування з однолітками; X_{14} – задоволеність житловими умовами; X_{15} – задоволеність одягом; X_{16} – задоволеність харчуванням; X_{17} – задоволеність становищем у сім'ї; X_{18} – задоволеність стосунками між батьками; X_{19} – кишенькові гроші; X_{20} – проблеми спілкування з однолітками; X_{21} – задоволеність станом свого здоров'я.

Розробляючи підходи до формування здоров'я серед дітей шкільного віку в умовах загальноосвітнього навчального закладу, необхідно враховувати наявність декількох площин розвитку особистості: індивідуальний рівень, рівні класу та школи, де тісно переплітаються впливи родини, ровесників та опосередковано - суспільства. На всіх рівнях можливе ефективне формування ставлення до способу життя і свого здоров'я за умов комплексного, системного впливу на поведінку школярів, на формування ціннісної орієнтації, усвідомленої позитивної мотивації та розвитку навичок здорового способу життя.

Ми здійснили порівняння результатів дослідження самооцінки підлітків з повних та неповних сімей. Як відомо, відсутність одного з батьків в родині може стати причиною формування в дитини низької самооцінки. Але отримані результати майже однакові, тобто не мають значущої різниці. На нашу думку, це є наслідком того, що більшість батьків, як в повній, так і в неповній сім'ї приділяють достатньо уваги формуванню адекватної самооцінки. Також позиція батька і матері, їхнє вміння співпрацювати після розлучення в значній мірі визначають психологічне благополуччя розвитку дитини в неповній родині.

Зазначимо, що повна родина, звичайно, ще не гарантує нормального розвитку особистості підлітка та соціального становлення, але створює більш сприятливі передумови для цього.

Висновки до 4 розділу

Отже, як показує проведений аналіз, відносини дітей і батьків складаються під впливом ряду чинників: психологічний мікроклімат в сім'ї, стиль сімейного виховання, який визначається батьківськими ціннісними орієнтаціями, установками, емоційним ставленням до дитини, особистісними властивостями батьків і дітей та ін. Проведений аналіз дає підстави для висновку про те, що особливості сімейних відносин підлітків з батьками суттєво впливають на їх самооцінку, самопочуття, а відповідно, можуть розглядатися як чинник впливу на психічне і фізичне здоров'я, психосоматичні і психоемоційні розлади та стресові стани підлітків.

Структура харчових уподобань учнів базової школи залишалася стабільною від шостого до дев'ятого класу, але значно відрізнялася залежно від статі, що свідчить про сталий односпрямований вплив освітнього середовища на підлітків і більшу залежність харчової поведінки від родини. Навіть в умовах, коли батьки прагнуть створити сприятливе для розвитку дитини освітнє середовище, лише близько 70 % учнів отримують щоденно свіжі овочі та фрукти і в обмеженій кількості повноцінний білок (не більше 20 % — рибу, 60 % — м'ясо). Соціальні групи, до складу яких входять діти,

застосовують свої соціальні норми та погляди для вибору продуктів харчування.

Важливою проблемою є неповні сім'ї, коли дитину виховує один з батьків, переважно жінка. Кількість неповних родин збільшувалася від шостого до дев'ятого класу. Установлено, що неповна родина була чинником ризику частішого вживання підлітками «фаст-фуду», «вуличної» їжі, чіпсів, сухариків та продуктів швидкого приготування. У разі наявності в родині декількох дітей батьки більшу увагу приділяли споживанню родиною свіжих овочів та фруктів. Родина з трьох поколінь уважніше ставилася до регулярного вживання м'яса та кисломолочних продуктів.

У нашому дослідженні освіта матері не мала суттєвого впливу на харчову поведінку підлітків, більше значення мала впевненість в її підтримці. Позитивний зв'язок із матір'ю сприяв частішому вживанню тістечок, сосисок, варених ковбас і корисних продуктів (риба, молочні продукти, свіжі овочі та фрукти) і запобігав шкідливим уподобанням. Освіта батька була важливішою для харчової поведінки підлітків: якщо в учнів шостих класів вищу освіту мали 44,4 % батьків і 54,0 % матерів, то в учнів дев'ятих класів їх частка зростала. Навіть якщо рівень освіти матерів впливав на харчову поведінку дітей і підлітків, незначна частка матерів без середньої освіти суттєво не вплинула на поведінку підлітків. Коли лікар має змінити харчову поведінку для профілактики розвитку захворювань, слід ураховувати соціально-психологічну ситуацію. Втручання, спрямовані на більшу обізнаність батьків у галузі здорового харчування, можуть бути найефективнішими для пропаганди здорових харчових звичок у дітей. Програми медико-профілактичного патронажу мають бути спрямовані саме на батьків, враховуючи їх соціально-економічні аспекти та освіту.

Матеріали даного розділу відображені в публікаціях [169-172,174,179,181,193,194,202-206,208,209,211,212].

РОЗДІЛ 5

СИСТЕМА ЗАХОДІВ ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ В РОДИНІ, ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУЮЧОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Доведено, що аналіз формування причинно-наслідкових зв'язків між здоров'ям дитини та профілактикою базується на знаннях етіології конкретних захворювань, умовах їх виникнення та розповсюдження [99, 107, 115,118]. Ризик захворювання в значній мірі залежить від умов, в яких діє причина. До умов захворюваності належать елементи навколишнього соціального та природного середовища, які самі можуть не викликати захворювання але будуть каталізатором дії причини захворювань. Негативні явища сучасного життя - екологічне неблагополуччя, соціальні потрясіння, масові поширення алкоголізму, куріння, наркоманії, слабка система охорони здоров'я та виховна база закладів освіти та сім'ї обумовлюють потребу у формуванні у дітей уявлень про здоровий спосіб життя, суб'єкторієнтованих підходів до збереження та зміцнення їх здоров'я.

Проведені нами дослідження свідчать, що в умовах реорганізації сучасної освіти важливою складовою освітнього процесу є організація роботи з сім'ями учнів з метою формування гігієнічної культури батьків та розвитку системи заходів збереження і зміцнення здоров'я дітей шкільного віку в умовах родини. Значущість родини у вихованні особистості зумовлена особливостями її впливу – безперервністю, постійністю, і тим, що вона виховує не тільки за допомогою безпосереднього виховного впливу, а й на морально-чуттєвому і навіть інтуїтивному рівні, що забезпечує високу ефективність результатів та їх довготривалість [95, 96, 131]. Саме вплив сімейного виховання виділяється рядом вітчизняних і зарубіжних дослідників в якості необхідної умови розвитку потенційних здібностей учнів.

Свідома, суб'єкт зорієнтована профілактика, що враховує особистісні властивості дитини і ґрунтується на її активному ставленні до власного

здоров'я, прагненні до саморозвитку і самовдосконалення, набуває стрімкого розвитку в поточний час. Збереження, зміцнення і, особливо, формування здоров'я постають головними стратегіями в системі активно-конструктивної профілактики, де особистість розглядається як суб'єкт впливу. Особистість спроможна до само рефлексії, саморегуляції і до активної зміни оточуючого середовища більше, ніж до пасивної реакції на оточуюче середовище [10]. Їй необхідна свідомо оцінка власної успішності і компетентний вибір у визначенні цілей життєдіяльності.

Перехід від об'єкт спрямованих до суб'єкт зорієнтованих заходів профілактики передбачає значно більшу увагу до психологічних та психофізіологічних властивостей особистості, її активного реагування на чинники оточуючого середовища, що особливо важливо в дитячому віці коли незамінним та практично єдиним (після сім'ї) органом, який спроможний впливати на стан здоров'я, є освітній заклад. Високий темп та ритм життя, модернізація освітнього процесу, інформаційні перевантаження ставлять організму учня високі вимоги. Тривалий вплив деструктивних чинників у сполученні з іншими несприятливими факторами спричиняють спочатку функціональні розлади, а потім призводять до формування стійкої патології [13].

Виникає необхідність у заходах активізації роботи з учнями ЗЗСО, створення умов для ефективної співпраці батьків і педагогів у виявленні й профілактиці неінфекційних захворювань (НІЗ). Дітям мають бути створено цілісне освітнє середовище, що охоплює і заклад освіти, і родину. При розбудові освітнього процесу необхідно спиратися на формування певних особистісних особливостей і створення середовища спілкування та навчання, що забезпечує психічне та соціальне благополуччя дітей і сприяє реалізації їх здібностей. Гігієнічні та медико-профілактичні заходи мають починатися вже в початковій школі.

На прикладі науково-педагогічною проекту «Інтелект України» » [132] нами розроблена програма медико-психологічного супроводу дітей в умовах інтенсифікації їх навчальної діяльності, яка покликана забезпечити плановість, медико-психологічну підтримку, систематичність процесу навчання дітей, формування здоров'язбережувальної компетентності в усіх суб'єктів освітнього процесу (учні, вчителі, батьки).

Структура програми включає – теоретичні основи, аналіз; цілепокладання; організаційну діяльність (проведення діагностик, проведення програми, тематичні заняття для учнів, батьків, вчителів); контроль і корекція. Реалізація програми має відбуватися у декілька етапів.

На підставі проведених досліджень визначено ключові медико-психологічні проблеми навчальної діяльності учнів у початковій школі

1 ЕТАП – «Психологічна готовність до школи»

2 ЕТАП – «Адаптація до навчальної діяльності» (1 класи)

3 ЕТАП – «Адаптація до систематичного оцінювання» (2 класи)

4 ЕТАП – «Формування основ соціальної компетентності» (3 класи)

5 ЕТАП – «Попередження стресу першого екзамену» (4 класи)

«Конфлікт кризь призму підліткового віку» (основна школа).

На кожному етапі вирішуються певні задачі, які реалізуються через діагностику стану, аналіз, корекцію ситуації.

Медична складова спрямована на визначення значимих для особистості змін стану здоров'я і чинників ризику, що можуть на нього впливати, які пов'язані з життєдіяльністю учнів. З метою профілактики порушень здоров'я учнів і організації взаємодії з батьками в усіх навчальних класах початкової школи оцінка здоров'я та чинників ризику має проводитися однотипно із відповідною послідовністю у часі (табл. 5.1):

Таблиця 5.1

Методика оцінки чинників ризику для здоров'я учнів

Термін проведення	Методи оцінки	Хто проводить	Форма дослідження
29 серпня	Оцінка освітнього середовища класу	Вчитель	Чек-лист якості навчального приміщення
листопад	Скринінг стану здоров'я та режиму дня учнів початкової школи сформованості гігієнічних навичок серед школярів	Вчитель на батьківських зборах	Анкетування батьків

Таблиця 5.1

Термін проведення	Методи оцінки	Хто проводить	Форма дослідження
січень	Оцінка динаміки стану здоров'я дитини	Батьки протягом тижня	Структурована карта оцінки стану учня
квітень	Скринінг стану здоров'я учнів початкової школи	Вчитель на уроці і на батьківських зборах	Анкети для вчителя, для батьків, для учня

Робота з дітьми на 1 етапі спрямована на визначення медико-психологічної готовності дитини до систематичної навчальної діяльності.

Робота з дітьми на 2 етапі зосереджена на адаптації їх до школи.

На підставі дослідження було розроблено корекційно-розвивальну програму «Подорож до країни Знань», яка спрямована на активізацію та стимулювання пізнавальної діяльності, розвиток емоційно – вольової та мотиваційної сфери, набуття комунікативних навичок і вмінь, навичок співпраці [132].

Програма складається з двох модулів. Перший модуль: підготовка дітей старшого дошкільного віку до навчання в школі, який включає групову форму роботи та проводиться двічі на тиждень протягом п'яти місяців. Основна мета другого модулю – супровід процесу адаптації дітей до навчання у початковій школі. Цей модуль складається з двох компонентів: розвивально-підтримуючого та корекційно-розвивального. Розвивально-підтримуючий компонент спрямований на підтримку адаптаційного потенціалу академічно здібних учнів, які навчаються в умовах меритократичної освіти, здійснюється в груповій формі, проводиться один раз на тиждень протягом двох місяців після початку навчання. Та корекційно-розвивальний компонент, спрямований на підвищення адаптаційного потенціалу, має індивідуальну та групову форми роботи і проводиться 1-2

рази на тиждень протягом двох місяців з дітьми групи ризику шкільної дезадаптації.

На *3 етапі роботи з дітьми* спрямована на гармонійне введення оцінювання. Введення оцінювання – серйозне випробування для більшості дітей, які приходять у другий клас. Діти повинні звикнути до нових вимог, до очікувань батьків, до нового відношення однокласників, тобто адаптуватися до нового шкільного життя. Значення цього періоду входження в незвичну для дітей життєву ситуацію проявляється в тому, що від благополуччя його протікання залежить не тільки успішність оволодіння навчальною діяльністю, але і комфортність перебування у школі, здоров'я дитини, її ставлення до школи і навчання. Програма побудована для виконання таких завдань:

1. Формування позитивного ставлення до школи, прийняття гігієнічних вимог до організації навчальної діяльності в школі і вдома.

2. Ознайомлення учня з новими нормами шкільного життя, сприяння прийняттю вимог вчителя і ритму освітньої діяльності під час введення оцінювання.

3. Розвиток емоційно-вольової сфери, сприяння формуванню довільності і саморегуляції поведінки, взаємодія з батьками щодо зняття страхів і емоційної напруги у дітей.

4. Розвиток пізнавальних психічних процесів, стимулювання пізнавальної активності учнів.

5. Розвиток у дітей соціальних і комунікативних умінь, необхідних для встановлення міжособистісних відносин з однолітками і відповідних відносин з педагогами та батьками.

Робота з дітьми на 4 етапі спрямована на формування основ соціальної компетентності (як складової соціального здоров'я). Підготовка підростаючого покоління, здатного жити і працювати у нових соціально-економічних та політичних умовах, вимагає від батьків та педагогічних

працівників посилення уваги до проблем виховання і формування основ соціальної компетентності.

Освітні, розвивальні й виховні цілі формування основ соціальної компетентності у академічно здібних дітей в умовах закладу загальної середньої освіти полягають в планомірному поступовому формуванні в учнів здатності: приймати рішення відносно себе; блокувати неприємні почуття і власну невпевненість; знати, як досягати мети найефективнішим чином; правильно розуміти, очікування й вимоги інших людей, враховувати їхні права; розуміти, як з урахуванням окремих обставин і часу поводитися, беручи до уваги інтереси інших людей, власні вимоги; усвідомлювати, що соціальна компетентність передбачає повагу прав і обов'язків інших.

Задачі, які реалізуються через запропоновану програму:

1. Формування позитивної моделі поведінки в реальному житті.
2. Навчити рефлексувати власні вчинки, усвідомлювати причини власних хвилювань;
3. Розвиток емоційно-вольової сфери, сприяння формуванню довільності і саморегуляції поведінки;
4. Актуалізувати необхідність правил поведінки у школі, навчити дітей методів вирішення проблемних ситуацій.;
5. Розвиток у дітей соціальних і комунікативних умінь, необхідних для встановлення міжособистісних відносин з однолітками і відповідних відносин з педагогами та батьками.

На *5 етапі роботи з дітьми* основна увага приділяється підготовці до складання першого екзамену, що часто супроводжується надмірною тривожністю.

Програма розроблена за для зниження в учнів рівня шкільної тривожності до стану норми з контролем результату й закріпленням позитивного ефекту.

При виконанні цієї програми виконуються такі задачі:

1. Зниження тривожності та скутості учнів.

2. Формування в учнів віри у свої сили й можливості.

3. Розширення можливостей учнів, формування в них необхідних знань, умінь і навичок для підвищення результативності шкільної діяльності та зниження рівня шкільної тривожності.

4. Формування адекватної самооцінки в учнів.

5. Формування розуміння мобілізуючої ролі певного рівня тривожності у вирішенні проблем і складних життєвих ситуацій.

6. Розвиток уміння контролювати рівень тривожності.

Робота з батьками посідає окреме і дуже важливе місце. Школа, окрім навчання, відіграє дуже важливу роль у вихованні та становленні особистості дитини. Але найважливішим і найвпливовішим фактором цього складного та довготривалого процесу є сімейне виховання. Ситуація в родині, яку батьки та інші оточуючі оцінюють досить позитивно, може бути прийнята дитиною як геть протилежна. Проблеми сімейного характеру тягнуть за собою цілу купу проблем у інших сферах життя: навчання у школі, взаємовідносини з однолітками та дорослими, порушення поведінки та навіть стану здоров'я. Тому дуже важливою та необхідною є робота психолога з родиною

Дана робота спрямована на:

- розширення можливостей розуміння потреб дитини;
- поліпшення рефлексії своїх взаємин з дитиною;
- вироблення нових навичок взаємодії з дитиною;
- встановлення і розвиток відносин співробітництва і партнерства батьків з дитиною.

В цілому робота з батьками спрямована на те, щоб навчити їх розуміти і приймати свою дитину, бачити її такою, якою вона є.

Спеціально для батьків класу розроблений цикл батьківських зборів під загальною темою: «Моя дитина – восьме чудо світу».

Форми зібрань дуже різноманітні: круглі столи, конференції, практикуми, творчі скарбнички тощо.

Батькам пропонуються тести, анкети, для дискусії різні ситуації. Тут батьки діляться своїм досвідом виховання дітей.

Під час навчального року батьки і діти організують спільні проекти різноманітної тематики, роблять презентації своїх проектів на тематичних тижнях. Для розвитку творчої і пізнавальної активності дітей батьки допомагають дітям брати участь у різних творчих і пізнавальних конкурсах різного рівня. Одним з критеріїв результативності є задоволеність учнів, батьків, вчителів життєдіяльністю академічно здібних дітей у школі

Робота батьків підтримується і заохочується. В кінці року проводиться спільне свято дітей та їх батьків, де батьки отримують грамоти та листи подяки за співпрацю.

На кожному із етапів супроводу учнів в умовах інтенсифікації їх навчальної діяльності моніторинг здоров'я проводиться на підставі скринінг-оцінки стану здоров'я та режиму дня учнів за результатами щорічного анкетування батьків у листопаді на батьківських зборах (АС №97872-2020; АС №96891-2020). Скринінг оцінка дозволяє: виявити учнів, які мають високу вірогідність розвитку хронічного захворювання і потребують консультації у лікаря; визначити учнів, які мають високий рівень ризику погіршення здоров'я внаслідок нераціонального режиму дня; створити соматичний профіль навчального колективу із визначенням пріоритетних чинників ризику однотипних порушень стану здоров'я учнів; актуалізувати серед батьків потребу піклування про здоров'я дітей та визначенням пріоритетних для певного навчального колективу профілактичних заходів. Для виявлення ознак перевтоми серед учнів бажаним є використання тижневого моніторингу функціонального стану дитини батьками (АС №96608-2020). Сталість ознак перевтоми є підставою для проведення медико-профілактичних заходів – корегування режиму дня, обсягу навчального навантаження та характеру харчування.

Динамічна оцінка фізичного розвитку учнів дозволяє виявити ознаки невідповідності освітнього середовища біологічним потребам дитини та

виявляє рівень психологічного, соціального та фізичного благополуччя кожного учня, асоціацію означених ознак між дітьми, їх батьками та вчителем у певному навчальному колективі.

Однією з головних умов успішної роботи в цьому напрямку є гігієнічно обгрунтована організація здоров'язберігаючих процесів, як у закладі освіти, так і у родині та забезпечення керованості цим процесом. Управління доцільно будувати на основі вибудовування алгоритмів на всіх рівнях: індивідуальному, груповому, на рівні закладу освіти, які дозволять своєчасно розробляти систему заходів, здатних впливати на стан здоров'я дитини в умовах «школа – сім'я, родина – школа».

Доцільними є такі принципи побудови моделі здорового способу життя:

- Принцип актуальності передбачає відбір знань і умінь з опорою на соціальне замовлення: вирішення актуальної проблеми збереження здоров'я підростаючого покоління.

- Принцип системності та комплексності передбачає формування комплексу знань і умінь, що забезпечує цілісне розуміння здоров'я людини у взаємозв'язку його фізичного, психічного, духовного, соціального компонентів, а також освоєння системи засобів і методів по його збереженню і зміцненню.

- Принцип науковості і доступності передбачає, з одного боку, включення знань і умінь по збереженню і зміцненню здоров'я учнів та батьків, заснованих на багатовіковому колективному досвіді людства, фіксованої в поняттях, законах, теоріях базових наук (біології, психології, філософії, соціології фізіології і ін.), з іншого – модель здорового способу життя повинна відповідати рівню можливостей дітей.

- Принцип інтегративності побудови моделі здорового способу життя обумовлює специфіку валеології та фізичної культури, як інтегративної галузі знань вищезгаданих наук.

- Принцип регіональності. При складанні моделі здорового способу життя враховуються регіональні особливості: природно-кліматичні, екологічні, стан здоров'я дітей та батьків.

Спільна робота з сім'єю повинна будуватися на таких основних положеннях, що визначають її зміст, організацію і методику.

- Єдність, яка досягається в тому випадку, якщо цілі і завдання виховання здорової дитини добре зрозумілі не тільки вчителю, а й батькам, коли сім'я знайома з основним змістом, методами і прийомами фізкультурно-оздоровчої роботою в закладі освіти, а педагоги використовують кращий досвід сімейного виховання.

- Систематичність і послідовність роботи протягом усього періоду перебування дитини в закладі освіти.

- Індивідуальний підхід до кожної дитини і до кожної сім'ї на основі врахування їх інтересів і здібностей.

- Взаємна довіра і взаєморозуміння педагогів і батьків на основі доброзичливої критики і самокритики. Зміцнення авторитету педагога в сім'ї, а батьків в закладі освіти.

Завдання учасників реалізації програми:

- Соціальний педагог – контроль за дотриманням прав дітей під час реалізації програми, проведення консультацій для батьків та педагогічного колективу закладу освіти.

- Вчителі – врахування особливостей дітей, проведення певних процедур загартовування, використання повідомлення і впровадження здоров'язберігаючих і здоров'я збагачуючих технологій в освітній процес і режимні моменти.

- Педагог-психолог – діагностика з даної проблеми, проведення практичних занять, консультацій для колективу закладу освіти, виявлення особливостей дітей і повідомлення їх педагогічному колективу з метою обліку в роботі.

- Батьки – використання вдома вправ ранкової гімнастики, елементів занять, проведення певних процедур загартовування, врахування особливостей дитини, підвищення психоемоційної стійкості.

- Фахівець з громадського здоров'я – формування політики навчального закладу відносно збереження здоров'я учнів; забезпечення оптимальних умов перебування дітей в освітньому закладі, включаючи санітарно-епідеміологічне благополуччя, організацію раціональної рухової активності і харчування; забезпечення сприятливого соціально-психологічного клімату; сприяння формуванню у дітей, педагогів, батьків стійкої мотивації вести здоровий спосіб життя і навчання відповідним навичкам і вмінням; підтримка активного зв'язку школи з батьками та громадськістю в справі охорони здоров'я дітей; профілактика захворювань.

Для розвитку потенційних можливостей особистості, її внутрішніх ресурсів, інтенсифікації творчого начала підлітків і їх повноцінної самореалізації в освітньому процесі необхідно вивчення всіх функціональних компонентів конфлікту і засобів, що сприяють його конструктивному розв'язанню, формування навичок аналізу та шляхів вирішення конфліктних ситуацій, а також формування атмосфери довіри, прийняття, готовності до діалогу в середовищі підлітка, а саме в площині взаємодії учень – учень, учень – вчитель, учень – батьки, вчитель – батьки.

У корекційно-розвивальній програмі «Конфлікт крізь призму підліткового віку», поняття конфлікту ми розглядали, як невід'ємну частину розвитку стратегій соціальної адаптації підлітка. Підлітковий вік дитини 11-14 років – це період біологічної перебудови організму, що супроводжується змінами особистості, що супроводжується підвищенням агресивності, конфліктності, загостренням відносин з найближчим оточенням: друзями, однокласниками, батьками і вчителями. Тому корекційно-розвивальна програма має охоплювати всіх суб'єктів освітнього процесу, а не лише тільки підлітків.

В рамках вивчення конфліктної поведінки в школі можна виділити кілька типів конфлікту: конфлікти в процесі взаємодії вчителя з учнем, між підлітком і батьками, між підлітком і групою, внутрішньо особистісний конфлікт. Тому корекційно-розвивальна програма «Конфлікт крізь призму підліткового віку» охоплює не лише підлітків, а й усіх суб'єктів освітнього процесу, а саме і батьків і вчителів [138,161,204].

Запропонована програма направлена на вирішення наступних завдань:

1. Сприяння формуванню усвідомленості учасників програми: учнів, батьків, вчителів у питаннях виникнення, ескалації і вирішення конфліктів;
2. Формування в учасників програми спільного уявлення про конфлікт, як про можливу складову міжособистісного спілкування;
3. Поглиблення розуміння зв'язку спілкування і конфлікту;
4. Формування уявлення про різні види конфліктних ситуацій та стилі їх вирішення;
5. Навчання аналізу ситуації конфлікту з точки зору можливостей і шляхів його вирішення;
6. Виховування доброзичливого ставлення одне до одного і до протилежної точки зору;
7. Формування розуміння необхідності вирішення будь-якої конфліктної ситуації.

У програмі конфлікт, у кожного із суб'єктів освітнього процесу, розбирається з різних сторін та розглядається з точки зору трьох складових (думаю, відчуваю, дію) (таблиця 5.2).

Таблиця 5.2

Основні складові конфліктів школярів та їх оточення

учні	батьки	вчителі
конфлікт «дитина - дитина»	конфлікт «батьки - дитина»	конфлікт «вчитель - дитина»
конфлікт «дитина - батьки»	сімейні конфлікти	конфлікт «вчитель - батьки»
конфлікт «дитина - вчитель»	конфлікт «батьки - вчитель»	внутрішній конфлікт
внутрішній конфлікт	внутрішній конфлікт	

Основні форми роботи, які використовуються в корекційно-розвивальній програмі «Конфлікт крізь призму підліткового віку»: просвітницькі заходи: лекція, бесіда; заняття з елементами тренінгу; оцінка впливу близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками (АС №96891-2020); об'єднане заняття з елементами тренінгу для батьків з дітьми; «круглий стіл» для батьків і вчителів.

Очікуваними результатами впровадження корекційно-розвивальної програми є:

1. Формування єдиного погляду на поняття «конфлікт», оволодіння навичками вирішення конфлікту

2. Гармонізація відносин між підлітком і батьками, підлітком і вчителями та підлітком й іншим підлітком;

3. Розвиток навичок: вміння вирішувати конфлікти; вміння контролювати себе, свою імпульсивність; вміння вирішувати проблеми, співпрацюючи з іншими людьми; вміння слухати співрозмовника; вміння розглядати проблеми з різних точок зору; терпиме ставлення до точок зору, відмінним від власних поглядів; вміння розглядати кілька можливостей вирішення якоїсь проблеми; вміння розмірковувати про свої почуття, думки – оцінювати їх; готовність до діалогу в конфліктних ситуаціях; вміння висловлювати свою точку зору, аргументовано відстоювати її.

4. Як наслідок розвитку цих вмінь – зниження кількості невирішених конфліктних ситуацій, зниження кількості протиріч, зниження можливості створення стресового навантаження на дитину, вчителя, батьків. Створення атмосфери співпраці між дитиною, вчителями, батьками.

Висновки до розділу 5

Для удосконалення системи заходів збереження і зміцнення здоров'я учнів ЗЗСО розроблено структурно-функціональні моделі та програму розвитку здоров'язбережуючої компетентності батьків у процесі промоції здоров'я у початковій та основній школі. Визначено ключові медико-

психологічні етапи взаємодії родини та ЗЗСО щодо профілактики НІЗ в межах єдиного освітнього середовища: «Психологічна готовність до школи», «Адаптація до навчальної діяльності» (1-й клас), «Адаптація до систематичного оцінювання» (2-й клас), «Формування основ соціальної компетентності» (3-й клас), «Попередження стресу першого екзамену» (4-й клас), «Конфлікт крізь призму підліткового віку» (основна школа).

Розроблена програма медико-психологічної підтримки відповідає стратегії розвитку нової української школи і спрямована на вирішення проблем адаптації дітей молодшого та середнього шкільного віку в освітньому закладі. Впровадження програми у практичну діяльність закладів загальної середньої освіти має сприяти підвищенню рівня адаптації до школи на різних етапах освітнього процесу; розвитку навичок самоконтролю та самовиховання; високому рівню благополуччя взаємин у дітей (соціальному здоров'ю); підвищенню рівня мотивації досягнення й учіння. Під час роботи у дітей розширявся словниковий запас, набувалися комунікативні здібності, формувалося позитивне емоційне відношення до занять. Зазначимо, що проведена робота сприяла формуванню позитивних моделей поведінки в реальному житті, активізувалися та розвинулися уявлення, сприйняття, мовлення, мислення, актуалізувалася необхідність дотримання правил поведінки в школі, діти навчилися методів вирішення проблемних ситуацій. Матеріали даного розділу відображені в наступних публікаціях: [132,171,179,193,204].

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі теоретично і експериментально обґрунтовано та запропоновано нове вирішення наукового завдання щодо удосконалення системи первинної профілактики неінфекційних захворювань учнів ЗЗСО шляхом послідовного використання різних стратегій промоції здоров'я в родинях дітей шкільного віку, що має ґрунтуватися на гігієнічних засадах життєдіяльності дітей з урахуванням їх віку та статі, міжсекторальній взаємодії усіх учасників освітнього процесу і сприяти розвитку здоров'язберігаючої компетентності батьків на особистісному, соціальному (навчальний колектив) та суспільному (заклад освіти) рівнях.

1. Показано, що гігієнічні та медико-соціальні проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей шкільного віку в умовах сучасної родини в значній мірі обумовлені відсутністю в медико-профілактичних програмах регіонального рівня міжсекторальної взаємодії, на рівні освітнього закладу – стратегій розвитку політики шкільного життя, що орієнтована на усіх учасників освітнього процесу (учень, вчитель, батьки). Погіршення здоров'я дітей шкільного віку в Україні стало не тільки актуальною медичною, а й важливою педагогічною проблемою. Більшість підлітків впевнені у допомозі батьків щодо вирішення їх проблем – 65,4% від батька, особливо хлопці ($p < 0,05$), та 84,9% від матері, незалежно від статі. В той же час, уявлення батьків учнів основної школи про здоров'я та гігієнічні особливості життєдіяльності їх дітей (сформованість гігієнічних навичок, подовженість використання гаджетів та рівень фізичної активності) відрізняється від тверджень самих підлітків.

2. Встановлено, що чинники ризику погіршення стану здоров'я учнів ЗЗСО, які обумовлені впливом родини, залежать від віку та статі дитини. На шкільну адаптацію та успішність навчання впливало куріння матері, перебіг пологів, наявність неврологічних симптомів на першому році життя, черепно-мозкової травми або струсу мозку, термін перебування на відкритому повітрі, характер відпочинку. На захворюваність та біологічну адаптацію – соціальний

статут ($p=0,012$) та психологічний мікроклімат в родині ($p=0,027$), матеріальне становище родини ($p=0,019$), умови проживання дітей ($p=0,021$), наявність професійних шкідливостей та захворювань у батьків ($p=0,047$), паління батьків ($p=0,027$), медикаментозне стимулювання пологів ($p=0,034$), характер годування немовлят та характер харчування на сьогоднішній день ($p=0,007$). В родинях, де був відсутній батько, діти мали у 2 рази більш високу поширеність розладів психіки та поведінки ($p<0,01$), захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($p<0,05$). Неповна родина була чинником ризику частішого вживання підлітками «фаст-фуду» ($p = 0,02$), «вуличної» їжі ($p < 0,001$), чіпсів, сухариків ($p = 0,001$) та продуктів швидкого приготування ($p < 0,001$). Конфліктна ситуація в родині сприяла розладам психіки та поведінки ($p<0,05$).

3. Доведено, що до значимих чинників формування здоров'язбережувального середовища в родинях учнів ЗЗСО слід віднести психогігієну взаємодії дітей з батьками та системний підхід до дотримання режиму дня – щоденне виконання ранкової гімнастики пов'язане із терміном перебування на відкритому повітрі ($r_s=0,25$; $p<0,05$), виконанням загартовуючих процедур ($r_s=0,45$; $p<0,01$), сформованості навички чищення зубів ($r_s=0,28$; $p<0,05$) та самопочуттям наприкінці навчального дня ($r_s=0,36$; $p<0,01$), подовженість часу прогулянок на відкритому повітрі із нічним сном ($r_s=-0,24$; $p<0,05$). Діти, батьки яких були фінансово більш спроможні, мали вищі фізіометричні показники фізичного розвитку ($p<0,01$).

4. Виявлено статево-вікові особливості впливу родини на збереження і зміцнення здоров'я та формування навичок здорового способу життя дітей шкільного віку. Так в середньому шкільному віці палять більше хлопці, але більша питома вага дівча, які палять систематично. Про однотипний вплив родини на харчування хлопців і дівчат свідчить відсутність статевих відмінностей у вживанні м'яса, овочів, фруктів, риби. Про вплив статевих особливостей розвитку особистості свідчить більша поширеність вживання «шкідливої їжі» серед хлопців.

5. В результаті досліджень доведено, що для ефективної системи формування здоров'язберезуючої поведінки учнів необхідно поєднати зусилля усіх учасників освітнього процесу - учнів, учителів та батьків інформаційним підґрунтям якого в початковій школі може бути оцінка якості життя пов'язана зі здоров'ям. Динамічний тижневий моніторинг проявів дезадаптації учнів початкової школи в процесі навчальної діяльності сприяє кращому інформуванню батьків про рівень фізичного та соціального благополуччя дитини. Використання чек-листів якості дозволяє отримати структуровану інформацію про чинники ризику освітнього середовища в родині учнів. Відносний ризик погіршення здоров'я учнів початкової школи в умовах недотримання режиму провітрювання вдома – 1,6, дотримання гігієнічних умов (регулярне вологе прибирання) – 1,9, режиму освітлення – 1,3, наявності робочого місця для учня – 3,1.

6. Розроблена система заходів збереження і зміцнення здоров'я учнів ЗЗСО в умовах родини ґрунтується на одночасному проведенні гігієнічних заходів на рівні освітнього закладу, навчального колективу і особистості (родини). Формування здоров'язберезуючого середовища в родині спрямоване на забезпечення сприятливих умов для навчальної діяльності учнів, включаючи санітарно-епідеміологічне благополуччя помешкання, організацію раціональної рухової активності і харчування, забезпечення сприятливого соціально-психологічного клімату, підтримки сталої мотивації вести здоровий спосіб життя і навчання відповідним навичкам і вмінням, взаємодію закладу освіти з батьками щодо моніторингу здоров'я дітей та своєчасного визначення чинників ризику для певного навчального колективу.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Практична цінність результатів досліджень полягає в удосконаленні методів оцінки впливу чинників освітнього середовища родини на здоров'я учнів ЗЗСО. Наукові положення дисертації використано як методичну основу для розробки системи профілактичних заходів, спрямованих на гігієнічну оптимізацію освітнього середовища в умовах сучасної родини для удосконалення системи первинної профілактики неінфекційних захворювань дітей шкільного віку:

1. Одержані результати використано для розробки посібників: Даниленко Г.Н., Сотникова-Мелешкина Ж.В., Авдиевская Е.Г. Рациональное питание младших школьников: научно-популярное издание, Харьков, 2016. 104 с.; Щербакова О.О., Даниленко Г. М., Авдієвська О.Г. Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник, Харків, 2019. 446 с.
2. За участю автора одержано авторські свідоцтва України на твір: №77101-2018 «Чек-лист якості для гігієнічної оцінки оселі школярів»; №92695-2019 «Методика оцінки впливу близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками»; №96891-2020 «Оцінка режиму для учнів початкової школи сформованості гігієнічних навичок серед школярів»; №96608-2020 «Оцінка динаміки стану здоров'я дитини»; №97872-2020 «Скринінг стану здоров'я учнів початкової школи».
3. Охорона здоров'я в школах має ґрунтуватися на стратегіях батьківської та учнівської освіти, сприяти розвитку їх компетенції, впевненості та мотивації до критичного залучення до проблем здоров'язбереження на особистісному, соціальному та суспільному рівнях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гозак С.В. Удосконалення гігієнічних принципів формування здоров'язберігаючих технологій організації навчального процесу в загальноосвітніх навчальних закладах: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.02.01 "Гігієна та професійна патологія". Київ, 2014. 40 с.
2. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013 – 2020. WHO. 2013. 55р.
3. Кучма В.Р. Дети в мегаполисе: некоторые гигиенические проблемы. Москва, 2002. 280 с.
4. Качанова Л.П. Створення безпечного оточення дітям стратегія соціальної політики в Україні // *Вісник соціальної гігієни та охорони здоров'я України*. 2003. №3. С. 74–77.
5. Перкова Г. Здорове покоління з навичками здорового способу життя // *Початкова школа*. 2015. №12. С. 55–56.
6. Формування здорового способу життя: Навч. посіб. для слухачів курсів підвищ. кваліфікації держ. службовців / О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова, Р. Левін, І. Солоненко; Укр. канад. проект "Молодь за здоров'я". К., 2000. 232 с.
7. Яценко Л. Здоров'я дітей – багатство нації // *Поч. освіта*. 2013. №25. 26–27(лип.). С. 39–58.
8. Eriksson S., Arnarsson Á.M., Damsgaard M.T. Towards enhancing research on adolescent positive mental health // *Nordisk Vålfärdsforskning*. 2019. Vol.4(2). P. 113-28. DOI:10.18261/issn.2464-4161-2019-02-08
9. Charrier L., Berchiolla P., Dalmaso P. Cigarette smoking and multiple health risk behaviors: a latent class regression model to identify a profile of young adolescents // *Risk analysis*. 2019. Vol. 39(8). DOI: 10.1111/risa.13297
10. Даниленко Г.М. Вплив соціально гігієнічних та соціально психологічних факторів внутрішньошкільного середовища на

функціональний стан учнів початкової школи // *Вісн. гігієни та епідеміології*. 2008. т.12, №1. С. 114–118.

11. Боровик Н. М. Формування здорової особистості в традиціях українського народу, моєї сім'ї // *Осн. здоров'я і фіз. культура*. 2005. №5. С. 23–24.

12. Cosma, A., Walsh, S. D., Chester, K. L. Bullying victimization: time trends and the overlap between traditional and cyberbullying across countries in Europe and North America // *International journal of public health*. 2020. Vol. 65(1). P. 75-85. DOI: 10.1007/s00038-019-01320-2

13. Дослідження STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 році. Копенгаген, Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2020. Ліцензія: CC BY NC SA 3.0 IGO

14. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2012. *Health Policy for Children and Adolescents*, №6. P. 242.

15. Н. С. Полька, Н. В. Сисоєнко, Г. М. Єременко. Актуальні наукові проблеми забезпечення санітарно–епідеміологічного благополуччя дітей і підлітків в сучасних умовах України // *Гігієна населених місць*. 2003. № 42. С. 319–323.

16. Р. О. Мойсеєнко, Я. І. Соколовська, Т. К. Кульчицька. Аналіз та тенденції захворюваності дитячого населення України // *Современная педиатрия*. 2010. № 3 (31). С. 13–17.

17. Подрігало Л. В. Дослідження рівня функціонування організму під час оцінки і прогнозування донозологічних станів здоров'я дітей, підлітків і молоді // *Довкілля та здоров'я*. 2013. № 3. С. 69–74.

18. Дяченко Ю. Л. Порівняльний аналіз методик оцінки фізичного розвитку дітей та підлітків // *Вісник проблем біології і медицини*. 2011. Т. 1 (2). С. 262–264.

19. Корицький Г. І. Частота та структура захворюваності дітей у

Тернопільській області та шляхи її зниження // *Ліки України*. 2012. № 3–4 (1). С. 4–7.

20. Кравченко А. Г. Физическое развитие населения Юга Украины в начале XXI столетия. Региональные нормативы, оценочные таблицы и методика пользования ими. Одесса: Астропринт, 2009. 120 с.

21. Гігієнічне дослідження територіальних відмінностей соціально–економічної і демографічної ситуації в регіонах України з різним рівнем техногенного навантаження на довкілля // *Гігієна населених місць*. 2011. № 58. С. 356–360.

22. Гончарук Л. В. Вплив чинників довкілля на стан здоров'я дітей, які проживають на радіаційно забруднених територіях (огляд літератури) // *Клінічна стоматологія*. 2011. № 1–2. С. 89–94.

23. Гребняк М. П. Екологія та здоров'я дитячого населення : фактори ризику, епідеміологія. Дніпропетровськ : Пороги, 2010. 95 с.

24. Доршакова Н. В. Состояние здоровья детей и подростков в контексте влияния факторов окружающей среды // *Фундаментальные исследования*. 2006. № 12 С. 93–94.

25. Омельченко Т. Г. Епідеміологія розвитку хронічних неінфекційних захворювань передумова розвитку донозологічної діагностики населення в Україні // *Науково педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*, 2014. № 3(45). С. 228–232.

26. Платонова А. Г. Однокласники не однолітки // *СЕС. Профілактична медицина*. 2009. № 2–3. С.76–77.

27. В. Н. Корзун, А. П. Матвієнко, Т. В. Коваленко. Гігієнічна оцінка стану харчування дітей в дошкільних дитячих закладах м. Києва // *Гігієна населених місць*. 2006. № 48. С. 335–362.

28. Л. Г. Засипка, В. О. Колоденко, О. В. М'якина. Стан репродуктивного потенціалу в залежності від еколого–гігієнічних та соціально–економічних умов проживання населення // *Медицина сьогодні і завтра*. 2009. № 3–4. С. 159–165.

29. Грищенко С. В. Закономерности формирования первичной заболеваемости среди детей, проживающих в экокризисном регионе Украины // *Гігієна населених місць*. 2011. № 57. С. 490–495.

30. Грузєва Т. С. Вплив екологічних чинників на формування глобального тягаря хвороб // *Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця*. 2010. № 27. С. 167–168.

31. Даниленко Г. М., Подрігало Л. В. Дослідження ступеня напруги регуляторних механізмів у донозологічній діагностиці здоров'я дітей, підлітків і молоді // *Довкілля та здоров'я*. 2012. № 1. С. 53–56.

32. Джуринська С. М. Особливості психічного розвитку дошкільників // *Гігієна населених місць*. 2009. № 53. С. 326–329.

33. Журавлева М. С., Сетко Н.П. Социально–гигиенические аспекты адаптации подростков в современных условиях жизнедеятельности // *Гигиена и санитария*. 2009. № 1. С. 49–51.

34. Розпорядження КМУ від 13.04.2011 № 330 р «Про затвердження плану заходів з виконання у 2011 році Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року» від 13.04.2011 № 330 р.

35. Elgar F. J., Currie C. Gender inequality and sex differences in physical fighting, physical activity, and injury among adolescents across 36 countries // *Journal of Adolescent Health*. 2019. Vol. 64(5). P. 657-663. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2018.11.007.

36. Кучма В.Р. Теория и практика гигиены детей и подростков на рубеже тысячелетий. Москва, 2001. 375 с.

37. Cho S., Lee J. M. Explaining physical, verbal, and social bullying among bullies, victims of bullying, and bully victims: Assessing the integrated approach between social control and lifestyles routine activities theories // *Children and Youth Services Review*. 2018. Vol. 91. P. 372-382. DOI: 10.1016/j.childyouth.2018.06.018.

38. Потапшнюк І.В. Порівняльна характеристика захворюваності учнів

гімназії і загальноосвітньої школи в динаміці навчання // *Довкілля та здоров'я*. 2003. №4. С.86–89.

39. Сергета І.В., Панчук О.Ю., Стоян Н.В., Дреженкова І.Л., Макаров С.Ю. Університетська гігієна у контексті імплементації “Закону про вищу освіту”: фізіологогігієнічні основи, реалії та шляхи розвитку // *Довкілля та здоров'я*. 2016. №4 (80). С. 46–52.

40. Gaspar S., Guedes B.F., Cerqueira A. Physical Fights Involvement in School Setting and Adolescents' Behaviours: Highlights from Health Behaviour in School Aged Children (HBSC/WHO) – Fights in School Setting and Adolescent's Behaviours // *Prim. Care Epidemiol Glob. Health*. 2019. Vol. 1. P. 30-39. DOI: 10.33513/PEGH/1801 04

41. Полька Н.С., Сергета І.В. Актуальні проблеми психогігієни дітей і підлітків: шляхи та перспективи їх вирішення (огляд літератури і власних досліджень) // *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2012. №18 (2). С. 223–226.

42. Сердюк А.М., Полька Н.С., Сергета І.В. Психогігієна дітей и подростков, страдаючих хронічними соматичними захворюваннями // Нова книга. 2012. 336 с.

43. Варшавская декларация «За Европу без табака». Европейская конференция ВОЗ на уровне министров «За Европу без табака»: Документ EUR/01/5020906/6. ЕРБ ВОЗ, 2002.

44. Глобальне опитування молоді про тютюн (GYTS). Centers for Disease Control. Ukraine GYTS 2011 Factsheet (Ages 13–15). 2011. URL: <http://nccd.cdc.gov/GTSSData/Ancillary/DownloadAttachment.aspx?ID=1176> (дата звернення: 25.08.2019).

45. Полька Н.С., Бердник О.В. Сучасні підходи до оцінки стану здоров'я в гігієні дитинства (огляд літератури та власних досліджень) // *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2013. №19 (2). С. 226–235.

46. Elgar F. J., Donnelly P. D. Corporal punishment bans and physical

fighting in adolescents: an ecological study of 88 countries // *BMJ open*. 2018. Vol. 8(9). DOI: 10.1136/bmjopen 2018 021616

47. Індекс здоров'я. Україна — 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. URL:http://health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf (дата звернення 12.11.2020).

48. Эколого–гигиенические проблемы сохранения и укрепления здоровья школьников // *Нижегородский медицинский журнал*. 2005. №1. С. 138–144.

49. Spengler M., Damian R.I., Roberts B.W. How you behave in school predicts life success above and beyond family background, broad traits, and cognitive ability// *J. Pers. Soc. Psychol.* 2018. Vol. 114(4) P.620–636. DOI:10.1037/pspp0000185.

50. Актуальні питання захисту довкілля та здоров'я населення України. Випуск 5 / Під ред. акад. НАМН України А.М. Сердюка. Київ, 2019. 212 с.

51. Шарапова, О.В. О мерах по улучшению охраны здоровья детей // *Педиатрия*. 2002. № 3. С. 18–21.

52. Bermejo–Cantarero A., Álvarez–Bueno C, Martinez–Vizcaino V. Association between physical activity, sedentary behavior, and fitness with health related quality of life in healthy children and adolescents: A protocol for a systematic review and meta-analysis // *Medicine (Baltimore)*. 2017. Vol. 96(12). DOI:10.1097/MD.0000000000006407.

53. Borraccino A., Charrier L., Berchiolla P. Perceived well being in adolescent immigrants: it matters where they come from // *International journal of public health*. 2018. Vol. 63(9). P.1037-1045. DOI: 10.1007/s00038 018 1165 8

54. Burke L., Nic Gabhainn S. Socio demographic, health and lifestyle factors influencing age of sexual initiation among adolescents // *International journal of environmental research and public health*. 2018. Vol.15(9), 1851.

DOI: 10.3390/ijerph15091851

55. Barr A.B. Family socioeconomic status, family health, and changes in students' math achievement across high school: A mediational model // *Social Science & Medicine*. 2015. Vol. 140 (C). P. 27–34. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.06.028. Epub 2015 Jun 27.

56. Arbuthnot J. Relationships between maturity of moral judgment and measures of Brickman W.W. Educational Provisions for the Gifted Talented in Other Countries // *Gifted and talented: The education and development*. – Chicago, 1979. P. 180–210.

57. Marks J, de la Haye K, Barnett LM, Allender S. Friendship Network Characteristics Are Associated with Physical Activity and Sedentary Behavior in Early Adolescence // *PLoS One*. 2015. Dec 28. Vol.10(12):e0145344. DOI: 10.1371/journal.pone.0145344.

58. Ascione F, Cascone D, Napolitano F. Evaluation of the use of health care services for noncommunicable disease and prevention by children and adolescents in south Italy // *BMC Health Serv Res*. 2017. Aug 4. Vol.17(1) P. 532. DOI: 10.1186/s12913 017 2489 4.

59. Fernandez de Grado G., Ehlinger V., Godeau E. Socioeconomic and behavioral determinants of tooth brushing frequency: results from the representative French 2010 HBSC cross-sectional study // *Journal of Public Health Dentistry*. 2018. Vol. 78(3). P. 221–230. DOI: 10.1111/jphd.12265

60. Pereira S., Santos J.N. Health and education: a partnership required for school success// *CoDAS*. 2015. Vol. 27(1). P. 58–64. DOI: 10.1590/2317 1782/20152014053.

61. Pokropek A., Sikora J. Heritability, family, school and academic achievement in adolescence // *Soc Sci Res*. 2015. Sep. Vol. 2015 May 16.

62. Qin Z., Wang N., Ware R.S., Sha Y., Xu F.. Lifestyle related behaviors and health related quality of life among children and adolescents in China // *Health Qual Life Outcomes*. 2021. Jan 6. Vol. 19(1):8. DOI: 10.1186/s12955 020 01657 w.

63. Iruka IU, Durden T, Kennel P. Changing faces: Parenting, culture, and child learning and development // *ZERO TO THREE Journal*. 2015. Vol. 35(4):10.

64. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья: Учебное пособие. СПб.: Изд во БПА, 1998. 287 с.

65. Сухомлинський В. О. Здоров'я, здоров'я і ще раз здоров'я. Вибрані твори : в 5 т. Київ : Рад. шк., 1977. Т. 3. С. 103–111.

66. Смирнова Н. К. Здоров'язберігаюча педагогіка та технології її реалізації. Позакл. Час, 2010. №9. С. 88–102.

67. Gariépy G., Riehm K. E., Elgar F. J. Teenage night owls or early birds? Chronotype and the mental health of adolescents // *Journal of sleep research*. 2019. Vol. 28(3). P. 12–23. DOI: 10.1111/jsr.12723

68. Боровкова Л. Н. Педагогіка здоров'я // Дошк. Педагогіка, 2009. №3. С. 8–9.

69. Due P., Damsgaard M. T., Rasmussen M., & Holstein B. E. Trends in Social Inequality in Exposure to Bullying at School 1994–2018 // *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 2019. Vol. 32(1) P. 1–7. DOI: 10.9734/jesbs/2019/v32i130160

70. Kipping R.R., Howe L.D., Jago R. Effect of intervention aimed at increasing physical activity, reducing sedentary behaviour, and increasing fruit and vegetable consumption in children: active for Life Year 5 (AFLY5) school based cluster randomised controlled trial // *BMJ*. 2014. May 27. P. 348:g3256. DOI:10.1136/bmj.g3256.

71. Валеева Є.Р., Хамитова Р.Я. Риски формирования болезней среди учащихся образовательных учреждений // *Гигиена и санитария*. 2006. №6. С. 54–55

72. McGee C.E., Trigwell J., Fairclough S.J., Murphy R.C. Influence of family and friend smoking on intentions to smoke and smoking related attitudes and refusal self efficacy among 9–10 year old children from deprived neighbourhoods: a cross sectional study // *BMC Public Health*. 2015. Mar 7.

Vol. 15. P. 225. DOI: 10.1186/s12889 015 1513 z.

73. Dankulincova–Veselska Z., Jirasek I., Veselsky P., Jiraskova M., Plevova I. Spirituality but not Religiosity Is Associated with Better Health and Higher Life Satisfaction among Adolescents // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018. Vol. 15(12), 2781. DOI: 10.3390/ijerph15122781

74. Wu X.Y., Han L.H., Zhang J.H. The influence of physical activity, sedentary behavior on health related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review // *PLoS One*. 2017. Nov 9. Vol.12 (11)

75. Weiss V. From the genetic of memory span and mental speed toward the quantum mechanics of intelligence // *Person. Individ. Diff.* 1986. №7. P.737–749.

76. Cuellar A., Dave D. Causal Effects of Mental Health Treatment on Education Outcomes for Youth in the Justice System // *IZA Discussion Papers. Institute for the Study of Labor (IZA)*, Bonn. 2016. March. № 9711, <http://hdl.handle.net/10419/141470> (дата звернення: 20.08.2019).

77. Cuellar A., Preventing and Treating Child Mental Health Problems // *The Future of Children* 2015. March. Vol. 25(1) P.111–134.

78. Gallagher J. J., Dennis M. W. The gifted child in elementary school. The intellectually gifted. New York: Grune Stratton, 1976. P. 119–140

79. The EEG of mildly retarded children: developmental, classificatory, and topographic aspects. / Th.Gasser et al. // *EEG and Clin. Neurophysiol.* 1983. Vol. 55. P.131–144.

80. Nunes H.E., Silva D.A. Stages of Behavioral Change for Physical Activity in High School Students: Prevalence and Associated Sociodemographic Factors // *Percept Mot Skills*. 2016. Oct. Vol. 123(2) P. 526- 542. DOI: 10.1177/0031512516667694.

81. Tian B.C., Zhang W., Qian L., Lv S.H. Study on health related

behaviors and its protective factors of junior middle school students in 4 cities of China // *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2006. Feb. Vol. 27(2) P.107-111.

82. Fismen A.S., Smith O.R. A school based study of time trends in food habits and their relation to socio economic status among Norwegian adolescents, 2001-2009 // *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014. Sep. 25; № 115. DOI: 10.1186/s12966 014 0115 y.

83. García-Crespo F.J., Fernández-Alonso R., Muñiz J. Resilient and low performer students: Personal and family determinants in European countries // *Psicothema.* 2019. Vol. 31(4). P. 363-375. DOI: 10.7334/psicothema2019.245.

84. Riehm K. E., Latimer E. Does the density of the health workforce predict adolescent health? A cross sectional, multilevel study of 38 countries // *Journal of Public Health.* 2019. Vol. 41(1). P. 35-43. DOI: 10.1093/pubmed/fdy096

85. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 № 2145 VIII. Офіційний веб портал Верховної Ради України. URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2145_19 (дата звернення: 06.08.2019).

86. Антонюк, Л. В. Формування здоров'язбережувального середовища в навчальному закладі // *Осн. здоров'я.* 2014. №4. С. 6–9.

87. Гозак С. В. Вплив чинників навчального процесу на показники здоров'я школярів // *Довкілля та здоров'я.* 2012. №3. С. 17–20.

88. Ayaz Alkaya S., Terzi H., Işık B., Sönmez E. A healthy lifestyle education programme for health literacy and health promoting behaviours: A pre implementation and post implementation study // *Int J Nurs Pract.* 2020. Vol. 26(2):e12793. DOI: 10.1111/ijn.12793. Epub 2019 Nov 26.

89. Ribeiro R.Q., Alves L. Comparison of two school based programmes for health behaviour change: the Belo Horizonte Heart Study randomized trial // *Public Health Nutr.* 2014. Vol. 17(6):1195 204. DOI: 10.1017/S1368980013000189. Epub 2013 Feb 26.

90. Saraf D.S., Gupta S.K., Pandav C.S. Effectiveness of a school based

intervention for prevention of non communicable diseases in middle school children of rural North India: a randomized controlled trial // *Indian J Pediatr.* 2015. Vol. 82(4):354–62. DOI: 10.1007/s12098-014-1562-9. Epub 2014 Sep 12.

91. Jain Y.K., Joshi N.K. Health promoting school in India: Approaches and challenges//*Family Med Prim Care.* 2019. Vol. 8(10):3114–3119. DOI: 10.4103/jfmprc.jfmprc_673_19.

92. Powell D.R., Son S.H., File N., San-Juan R.R. Parent school relationships and children's academic and social outcomes in public school pre kindergarten // *J Sch Psychol.* 2010. Vol. 48(4):269–92. DOI: 10.1016/j.jsp.2010.03.002.

93. Haidar A., Ranjit N., Archer N., Hoelscher D.M. Parental and peer social support is associated with healthier physical activity behaviors in adolescents: a cross sectional analysis of Texas School Physical Activity and Nutrition (TX SPAN) data // *BMC Public Health.* 2019. May 27; Vol. 19(1):640. DOI: 10.1186/s12889-019-7001-0.

94. González C., Díaz-Herrero Á., Sanmartín R., Vicent M., Pérez-Sánchez A.M., García-Fernández J.M. Identifying Risk Profiles of School Refusal Behavior: Differences in Social Anxiety and Family Functioning Among Spanish Adolescents // *Int J Environ Res Public Health.* 2019. Oct 3; Vol.16(19):3731. DOI: 10.3390/ijerph16193731.

95. Gerard J.M., Booth M.Z. Family and school influences on adolescents' adjustment: The moderating role of youth hopefulness and aspirations for the future // *J Adolesc.* 2015. Oct; Vol. 44. P. 1–16. DOI: 10.1016/j.adolescence.2015.06.003.

96. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии // Собр. соч.: В 6 т. М.: Педагогика, Т.4: Детская психология. 1984. С. 243–268.

97. Осуществление концептуального видения политики Здоровье–2020: стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке. Реализация задуманного. Женева : ВОЗ, 2014. 108 с.

98. Aceves Martins M., Alemán Díaz A.Y., Giralt M., Sola R. Involving young people in health promotion, research and policy making: practical recommendations // *Int J Qual Health Care*. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy113>

99. Даниленко Г. М., Полька Н. С., Сидоренко Т. П., Гозак С. В., Яцковська Н. Я. Наукометричний аналіз дослідницьких розробок у галузі охорони здоров'я дітей та підлітків // *Довкілля та здоров'я*. 2008. № 3 (46). С.34–37.

100. Неділько В. П., Руденко С. А., Пінчук Л. П. Здоров'я дітей шкільного віку та проблемні питання його покращення // *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*. 2017. №2 (11). С. 5–9

101. Обуховская А.С., Батова Л.А. Инновационные подходы преодоления школьных факторов риска // *Актуальные проблемы здоровья детей и подростков и пути их решения: материалы III Всероссийского конгресса с международным участием*. М., 2012. С. 286–288.

102. Полька Н., Гозак С. Гігієнічне забезпечення умов життєдіяльності дітей у загальноосвітніх навчальних закладах // *Гуманітарний вісник : зб. наук. пр. Переяслав Хмельницький*, 2011. Вип. 23. С. 186–190.

103. Калиниченко І.О., Калиниченко Д.О. Антропометричні характеристики дівчат раннього репродуктивного віку міських і сільських поселень // *Інтегративна антропология*. - 2017. - № 2. - С. 17–21.

104. Сисоєнко Н. В. Стан здоров'я та особливості адаптації дітей різного віку до умов навчального середовища в загальноосвітніх закладах нового типу // *Гігієна населених місць: Зб. наук. праць*, Київ, 2002. Вип. 39. С. 270–274.

105. Національна доктрина розвитку освіти. Нормативно правове забезпечення освіти. Харків: Основа, 2004. Ч. 1. С. 3–24

106. Сухомлинський, В. О. Піклування про здоров'я молодого

покоління, фізичне виховання // *Вибрані твори* : в 5 т. К. : Рад. шк., 1976. Т. 1. С. 192–196.

107. Кучма В.Р. Медико-профилактические основы обучения и воспитания детей. Руководство для медицинских и педагогических работников образовательных и лечебно-профилактических учреждений санитарно-эпидемиологической службы. Москва: «Гэотар Медиа», 2009. С. 148–151.

108. Філіппова Н. О., Гезей О. М. Формування здоров'язберігаючої компетентності шляхом створення комфортних психолого педагогічних умов усіх учасників навчально виховного процесу // Гігієнічні та соціально-психологічні аспекти моніторингу здоров'я школярів: матер. наук.практ. конф. Харків, 2006. С. 230–233.

109. Kasehagen L., Omland L., Bailey M., Biss C., Holmes B., Kelso P.T. Relationship of Adverse Family Experiences to Resilience and School Engagement Among Vermont Youth // *Matern Child Health J.* 2018 Mar; Vol.22(3). P. 298-307. DOI: 10.1007/s10995 017 2367 z.

110. Артюшкіна, Н. Б. План організації робіт з охорони та збереження життя і здоров'я дітей. Формування здорового способу життя // *Осн. здоров'я і фіз. культура.* 2005. №8. С. 23–24.

111. Лазаренко Н. Сучасні тенденції розвитку освіти в країна ЄС // *Рідна школа.* 2019. № 3-4. С.12–18.

112. Здоровье 2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. ЕРБ ВОЗ. Копенгаген : Региональное издательство ВОЗ, 2013. 224 с.

113. Santos T., de Matos M. G. Do clinical and psychosocial factors affect health related quality of life in adolescents with chronic diseases? // *Global journal of health science.* 2018. Vol. 10(1). P. 60-75. DOI: 10.5539/gjhs.v10n1p60

114. Grao-Cruces A., Sánchez-Oliva D. Changes in the school and non school sedentary time in youth: The UP&DOWN longitudinal study // *J Sports*

Sci. 2020. Apr; Vol.38(7) P. 780-786. DOI: 10.1080/02640414.2020.1734310.

115. De Looze M., Elgar F. J., Currie C., Kolip P., & Stevens G. W. Gender Inequality and Sex Differences in Physical Fighting, Physical Activity, and Injury Among Adolescents Across 36 Countries // *Journal of Adolescent Health*. 2019. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2018.11.007

116. Tones K, Tilford S, Robinson Y. Health education: effectiveness, efficiency and equity, 2nd ed. London, Chapman & Hall, 1990.

117. Soutullo O.R., Smith-Bonahue T.M., Sanders-Smith S.C., Navia L.E. Discouraging partnerships? Teachers' perspectives on immigration related barriers to family school collaboration // *Sch Psychol Q.* 2016. Jun; Vol. 31(2):226-40. DOI: 10.1037/spq0000148.

118. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року: Указ Президента України від 25.06.2013 URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/344/2013>

119. Реформування соціальної політики в Україні: проблеми та перспективи : навч. наук. вид. / авт. кол. : В. А. Скуратівський, В. П. Трощинський, П. К. Ситник та ін. Львів : НАДУ, 2012. 368 с

120. Бережна Л. Гра – як один із шляхів розвитку здоров'язберезувальної компетентності учнів // *Основи здоров'я*. 2012. №3. С. 8–13.

121. Берзін В. І., Бевз Р. Т., Баранова М. М. та ін. Фізіологогігієнічний та психофізіологічний супровід експертизи та впровадження новітніх навчальних та здоров'язберігаючих технологій у сучасних закладах освіти // *Гігієна населених місць*. Київ, 2005. Вип. № 46. С. 580–581.

122. Єфименко М. Руховий режим учня запорука його успіху // *Учитель поч. шк.* 2015. №11. С. 8–13.

123. Гільова І. С. Організаційно методичні прийоми збереження

здоров'я учнів і пропаганда здорового способу життя // *Осн. здоров'я та фіз. культура*. 2006. №1. С. 18–20.

124. Гозак С. В., Єлізарова О. Т, Парац А. М. Систематизація факторів навчального процесу та режиму дня учнів 1-4 х класів, які впливають на їх когнітивні особливості // *Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків: матеріали наук практ. конф. з міжнар. уч.* 2015. Харків: Друк, С. 101–102.

125. Бех І. Д. Психологічний супровід особистісно зорієнтованого виховання // *Початкова школа*. 2004. № 3. С. 3–6.

126. Єжова О. До проблеми формування здоров'язберезувальної компетентності учнів загальноосвітніх навчальних закладів // *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. Вип. № 372 (57). 2015. С.118–121.

127. Калиниченко І. О. Стан здоров'я дітей у навчальних закладах з різним режимом організованої фізичної активності // *Гігієна населених місць*. 2009. № 53. С. 358–364.

128. Коваленко Н. Збереження здоров'я дітей // *Сучасна шк. України*. 2015. №11. С. 8–13.

129. Ковальова О. Оздоровлювальні технології // *Завуч*. 2014. №2. С. 2–11.

130. Кучма В. Р. Теория и практика гигиены детей и подростков на рубеже тысячелетий: монография. Москва: Династия, 2001. 375 с

131. Luk T.T., Wang M.P., Leung L.T. Associations of perceived interparental relationship, family harmony and family happiness with smoking intention in never smoking Chinese children and adolescents: a cross sectional study // *BMJ Open*. 2017. Vol. 7(10):e017523. DOI: 10.1136/bmjopen 2017 017523.

132. Щербакова О.О., Даниленко Г. М., Авдієвська О.Г. Медико психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник, Харків, 2019. 446 с.

133. Даниленко Г.Н., Сотникова-Мелешкина Ж.В., Авдиевская Е.Г.

Рациональное питание младших школьников: научно популярное издание, Харьков, 2016. 104 с.

134. Оцінка динаміки стану здоров'я дитини: авт. св.-во. 96608 / Г. М. Даниленко, О.Г. Авдієвська. Мінекономіки. Україна. №97919; заявл. 25.02.2020; опубл. 12.03.2020

135. Чек-лист якості для гігієнічної оцінки оселі школярів: авт. св.-во. 75992 / Г. М. Даниленко, О.Г. Авдієвська. Мінекономіки. Україна. №77101; заявл. 15.01.2018; опубл. 17.01.2018.

136. Комплексна скринінг оцінка стану здоров'я школярів та чинників, що на нього впливають в умовах загальноосвітнього навчального закладу / Даниленко Г. М., Бориско Г. О., Подрігало Л. В. та ін. / метод. реком. ДУ «ІОЗДП АНМ України», ХДМУ. 2005. 32 с.

137. Скринінг стану здоров'я учнів початкової школи: авт. св.-во. 97872 / Г. М. Даниленко, О.О. Щербакова, О.Г. Авдієвська. Мінекономіки. Україна. №99003; заявл. 21.05.2020; оубл. 05.06.2020

138. Оцінка режиму для учнів початкової школи сформованості гігієнічних навичок серед школярів: авт. св.-во. 96891 / Г. М. Даниленко, О.Г. Авдієвська, О.О. Щербакова. Мінекономіки. Україна. №98016; заявл. 02.03.2020; опубл. 26.03.2020

139. Антомонов М.Ю. Алгоритмизация выбора адекватных математических методов при анализе медико-биологических данных // *Кибернетика и вычислительная техника*. 2007. Вып. 153. С. 12-23.

140. Полька Н. С., Платонова А. Г. До питання оцінки фізичного розвитку школярів за стандартами ВООЗ // *Довкілля та здоров'я*. 2012. № 1. С. 48–52.

141. Майоров О.Ю. Некоторые методические и методологические подходы к математическому анализу сердечного ритма в условиях эмоционально напряженной деятельности и эмоционального стресса // *Механизмы системной организации физиологических функций: материалы пленума пробл. комис. АМН СССР*. Курск, 1990. С.81–88.

142. Лінійні діаграми для оцінки фізичного розвитку школярів: метод. рек. / ДУ «ІОЗДП НАМН»; уклад.: М.М. Коренєв, О.А. Бєсєдіна, Г.М. Даниленко та ін. Харків. 2002. 17 с.

143. Баевский Р.М. Анализ variability сердечного ритма: история и философия, теория и практика // *Клин. информ. и телемед.* 2004. Т.1, №1. С. 54–64.

144. Антомонов М.Ю. Методика формирования комплексных показателей в эколого-гигиенических исследованиях.// *Гигиена и санитария.*1993. N7. с.20-22.

145. Бойбіна Ю. В., Гончарова С. В. Обліково звітна документація шкільного психолога. Х.: Вид. група «Основа», 2009. 216 с.

146. Диагностика креативности: тест Е. Торренса: метод. рук. / сост.: Е.Е.Туник и др. СПб.: Иматон, 1998. 171 с.

147. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. Анализ variability сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем // *Вестник аритмологии.* 2001. № 24. С. 1–23.

148. Методика оцінки впливу близького соціального оточення на суб'єктивне сприйняття власного здоров'я підлітками: авт. св.-во. 92695 / Г. М. Даниленко, О.Г. Авдієвська. Мінекономіки. Україна. №93966; заявл. 12.08.2019; опубл. 08.10.2019.

149. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. Київ. 2017. 558 с.

150. Мостова О. П. Особливості перебігу процесів психофізіологічної та психічної адаптації та проблемні питання оцінки стану здоров'я учнів шкільного віку // *Здоров'я дитини.* 2013. 3(46). С. 69–73.

151. Тестовая методика для определения интеллектуального потенциала у детей и подростков: стандартизация и практическая апробация: пособие для врачей и медицинских психологов / Л.И.Вассерман [и др.]. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. 31 с.

152. Даниленко Г.Н., Беседина А.А., Привалова Н.Н. Метод определения сформированности у подростков представления о способах укрепления собственного здоровья: Информационное письмо, Киев, 1995.

153. Щербакова О.О. Характеристика діагностичного інструментарію для дослідження цілей досягнення у навчальній діяльності учнів основної школи // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки.* № 5/2017.

154. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С.Никифорова. СПб.: Питер, 2003. 607 с.

155. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образовании. М.: ВЛАД ОС, 1996. 529 с.

156. Correlating EEC and IQ: A new look at an old problem using computerised EEG parameter / Th.Gasser et al. // *EEG and Clin. Neuropsychiol.* 1983. Vol. 55. P.493-504.

157. Hendrickson A.E. The biological basis of individual differences in intelligence // *Person. Individ. Diff.* 1980. №1. P. 3-33.

158. Ustin T. B., Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study // *Wiley & Sons.* 1995. 410 p.

159. Feng N, Luo J, Li H, Zhu N, Feng Q, Li X, Zhou H. Behaviours related to infectious disease and family factors in primary and middle school students // *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2015 Jun; Vol. 40(6) P. 681-7. DOI: 10.11817/j.issn.1672 7347.2015.06.018.

160. Сергета І.В., Мостова О.П. Комплексна оцінка особливостей перебігу психофізіологічної і психічної адаптації учнів шкільного віку у контексті створення здоров'язбережувального освітнього простору // *Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків: матеріали наук. практ. конф.* Харків. 2013. С.124-126.

161. Артюшкіна, Н. Б. Найголовніше – Здоров'я дитини // *Осн. здоров'я*

і фіз. культура. 2005. №5. С. 21–23.

162. Heorhii M. Danylenko, Leonid V. Podrigalo, Olena H. Avdiievaska, Iryna V. Redka, Oksana Ya. Mykhalchuk Psychophysiological study of primary school students depending on gender in the dynamics of the school year and the actions of parents to maintain and strengthen the health // *Wiadomości Lekarskie*, VOLUME LXXIV, ISSUE 5, MAY 2021. P.1086-1092

163. Danilenko H. M., Avdievska A. H., Holubnicha H. I. Objective and subjective assessment of the health primary school age children // IV International Congress of the Polish Society of Public Health, Public Health Forum, 22-23 November 2018. Wrocław, Poland, 2018. Vol. 3 (46). P. 198

164. Даниленко Г. М., Авдієвська О. Г., Щербакова О. О., Голубнича Г. І. Розвиток здоров'язберігаючої компетентності батьків у процесі промоції здоров'я у початковій школі // Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України: матеріали наук. практ. конф., 11-12 жовт. 2018 р. Київ, 2018. С. 150–152.

165. Danylenko G., Avdiievaska O. Features of providing Health educational technology in secondary schools of different types // Department of Nursing Science of the University of Eastern Finland, the 5th SHE Summer School: abstr., 10-13 June 2015. Kuopio, Finland, 2015. P.10-14.

166. Danylenko H., Avdiievaska O. Childhood education and health as readiness to reduce risks of environment // Ukraine EU. Innovations in Education, Technology, Business and Law: collection of intern. Scientific papers, 24-28 april, 2018. Chernihiv, 2018. P. 349-352.

167. Авдієвська О.Г. Медико соціальні передумови позитивного впливу батьків на формування здоров'язберезувальної компетентності дітей шкільного віку // Проблеми сьогодення в педіатрії: матеріали III наук. практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю, 29 березня 2018. Харків, 2018. С. 3.

168. Авдієвська О.Г., Подрігало Л.В. Особливості житлових умов дітей

шкільного віку та збереження здоров'я у сучасній родині // Проблеми сьогодення в педіатрії: матеріали IV наук. практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю, 27 лют. 2020 р. Харків, 2020.

169. Авдієвська О. Г., Даниленко Г. М. Корекція статусу харчування дітей молодшого шкільного віку як профілактика метаболічного синдрому // *Український журнал дитячої ендокринології*. 2019. Т. 30, № 2 С. 49–53.

170. Olena H. Avdiievaska, Heorhii M. Danylenko, Zhanna V. Sotnikova Meleshkina, Leonid V. Podrigalo Вплив родини на формування свідомого ставлення підлітків до власного здоров'я // International public health conference «Public health in Ukraine – modern challenges and developing prospects», 23-24 April 2020, Sumy, Ukraine: *Wiadomości Lekarskie*, vol. LXXIII, issue 5, May 2020. P. 1058-059.

171. Даниленко Г.М., Щербакова О.О., Авдієвська О.Г. Система заходів збереження і зміцнення здоров'я дітей шкільного віку в умовах родини // *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2018. Т. 32, № 4. С. 23-28.

172. Даниленко Г.М., Летяго Г.В., Авдієвська О.Г. Особливості здоров'язберігаючої поведінки та самооцінки здоров'я студентської молоді // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. Т. 76, № 2. С. 4–8.

173. Дуткевич, Т. В. Дитяча психологія : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. К. : Центр учбової літератури, 2012. 424 с.

174. Даниленко Г. Н., Подригало Л. В., Авдиевская Е. Г. Медико социальные проблемы влияния семьи и учебного учреждения на формирование вредных привычек среди современных подростков // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины : сб. науч. ст. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Гродн. гос. мед. ун-т», каф. общей гигиены и экологии. Гродно. 2020. Т. 10. С. 276-293.

175. Stewart Brown S. What is the evidence on school health promotion in

improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen, 2006. March 01. WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report) URL: <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>.

176. Sznitman S.R., Reisel L., Khurana A. Socioeconomic background and high school completion: Mediation by health and moderation by national context // *J Adolesc.* 2017. Apr; Vol. 56. P. 118-126. DOI: 10.1016/j.adolescence.2017.02.004. Epub 2017 Feb 17.

177. Aceves Martins M., Llauradó E., Tarro L. A School Based, Peer Led, Social Marketing Intervention To Engage Spanish Adolescents in a Healthy Lifestyle ("We Are Cool" Som la Pera Study): A Parallel Cluster Randomized Controlled Study // *Child Obes.* 2017. Vol. 3(4). P. 300-313. DOI: 10.1089/chi.2016.0216.

178. Feldman L., Harvey B., Holowaty P., Shortt L. Alcohol use beliefs and behaviors among high school students // *J Adolesc Health.* 1999. Jan; Vol. 24(1). P. 48-58. DOI: 10.1016/s1054 139x(98)00026 3.

179. Avdiivska O., Danylenko H., Shcherbakova O. Creating an enabling learning environment in the conditions of intensification of educational activities [Электронный ресурс] // *International Journal of Advance Researches "Global Academics"*. 2019. Vol. 5. № 4. URL: <https://www.ijournal.org/index.php?item=archive&id=5>.

180. İcmeli Ö.S., Türker H. Behaviours and opinions of adolescent students on smoking // *Tuberk Toraks.* 2016. Sep; Vol. 64(3). P. 217-222. DOI: 10.5578/tt.20925.

181. Sotnikova-Meleshkina Zh.V., Avdiievaska O. H., Holodko K. A., Dudnik I. V. Formation of eating behavior of student youth as a factor in the prevention of noncommunicable diseases // V International Congress of the Polish Society of Public Health, Public Health Forum, Wroclaw, 2019, Vol. V

(XV), NR (48).P. 93

182. Lee M.H., Park C., Matthews A.K., Hsieh K. Differences in physical health, and health behaviors between family caregivers of children with and without disabilities // *Disabil Health J.* 2017. Oct; Vol.10(4). P. 565-570. DOI: 10.1016/j.dhjo.2017.03.007.

183. Myhr A., Lillefjell M., Espnes G.A., Halvorsen T. Do family and neighbourhood matter in secondary school completion? A multilevel study of determinants and their interactions in a life course perspective // *PLoS One.* 2017. Feb 21; Vol. 12(2):e0172281. DOI: 10.1371/journal.pone.0172281.

184. Andermo S., Hellénus M.L., Lidin M. Effectiveness of a family intervention on health related quality of life a healthy generation, a controlled pilot trial // *BMC Public Health.* 2020 May 29; Vol. 20(1). P. 809. DOI: 10.1186/s12889-020-08895-z.

185. Fang M., Xu L., Huang X. Effects of family and peer support upon the stages of health related behavior in adolescent// *BMC Public Health.* 2015 Sep; Vol. 49(9). P. 810-816.

186. Garmy P., Vilhjálmsón R. Bullying in school aged children in Iceland: A cross sectional study // *Journal of pediatric nursing.* 2018. Vol. 38. P. 30-34. DOI: 10.1016/j.pedn.2017.05.009

187. Gobina I., Villberg J. Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: evidence from 42 countries and regions // *European Journal of Pain.* 2018. DOI: 10.1002/ejp.1306

188. Sabado M.D., Haynie D., Gilman S.E. High school cigarette smoking and postsecondary education enrollment: Longitudinal findings from the NEXT Generation Health Study // *Prev Med.* 2017. Dec; Vol. 105. P. 250-256. DOI: 10.1016/j.ypmed.2017.09.025.

189. Wolf S., McCoy D.C. Household Socioeconomic Status and Parental Investments: Direct and Indirect Relations With School Readiness in Ghana // *Child Dev.* 2019. Jan; Vol. 90(1). P. 260-278. DOI: 10.1111/cdev.12899.

190. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. 2-е изд.К.: МИЦ «Мединформ», 2017. 579 с.

191. Arora M., Chauhan K., John S., Mukhopadhyay A. Multi sectoral action for addressing social determinants of noncommunicable diseases and mainstreaming health promotion in national health programmes in India // *Indian J Community Med.* 2011. Vol. 36. P.43-49. DOI: 10.4103/09700218.94708.

192. Martin A., Booth J.N., Saunders D.H. Physical activity, diet and other behavioural interventions for improving cognition and school achievement in children and adolescents with obesity or overweight // *Cochrane Database Syst Rev.* 2018. Vol. 3(3):CD009728. DOI: 10.1002/14651858.CD009728.pub4.

193. Даниленко Г.М., Щербакова О.О., Авдієвська О.Г. Медико-соціальні та соціально-психологічні особливості розвитку особистості підлітка в сучасній родині // *Україна. Здоров'я нації.* 2020. Т. №4.

194. Podrigalo L.V., Iermakov S.S., Avdiievskaya O.G., Rovnaya O.A. Special aspects of Ukrainian schoolchildren's eating behavior // *Pedagogics, psychology, medical biological problems of physical training and sports.* 2017. Vol. 03. P. 120–126.

195. Nunes H.E.G., Silva D.A.S., Gonçalves E.C.A. Prevalence and factors associated with stages of behavior change for physical activity in adolescents: a systematic review // *World J Pediatr.* 2017. Vol. 13(3). P. 202-209. DOI:10.1007/s12519-017-0027-4.

196. Reis M., Ramiro L., Camacho I. Trends in Portuguese Adolescents' Sexual Behavior from 2002 to 2014: HBSC Portuguese Study. *Portuguese Journal of Public Health.* 2018. DOI: 10.1159/000486014

197. Beison A., Rademacher D.J. Relationship between family history of alcohol addiction, parents' education level, and smartphone problem use scale scores // *J Behav Addict.* 2017 Mar 1; Vol. 6(1). P. 84-91. DOI: 10.1556/2006.6.2017.016. Epub 2017 Mar 20.

198. Imamura K., Senoue A., Wada M. Relationships of the stages of behavior change in dietary habits of the mothers of school age children with the breakfast intake of the children and the health associated behavior of the family// *World J Pediatr.* 2012. Vol. 59(4). P. 277-287.

199. Wu X.Y., Zhuang L.H. The influence of diet quality and dietary behavior on health related quality of life in the general population of children and adolescents: a systematic review and meta analysis // *Qual Life Res.* 2019. Vol. 28(8). P.1989-2015. DOI: 10.1007/s11136 019 02162 4.

200. Nigg C.R., Amato K. The Influence of Health Behaviors During Childhood on Adolescent Health Behaviors, Health Indicators, and Academic Outcomes Among Participants from Hawaii // *Int J Behav Med.* 2015. Vol. 22(4). P. 452-460. DOI: 10.1007/s12529 014 9440 4.

201. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік //МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.

202. Авдієвська О.Г. Фізична активність та особливості харчової поведінки, як профілактика коморбідних станів підлітків // Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків. Проблемні питання коморбідних станів: матер. наук. практ. конф. з міжн. участю, 16-17 листоп. 2017 р. Харків, 2017. С. 8

203. Авдієвська О.Г., Сотнікова-Мелешкіна Ж.В., Ісаєва Я.А. Вплив родини на формування харчового статусу студентської молоді, харчові звички майбутніх батьків // *Здоров'я дитини.* 2019. № 14(1). С. 88-94. Doi: 10.22141/2224 0551.14.0.2019.165526

204. Авдієвська О.Г., Щербакова О.О. Ризики освітнього середовища – сприйняття учнів та їх батьків // *Журнал Національної академії медичних*

наук України. Спеціальний випуск: матер. міжнар. наук. практ. конф. молодих вчених, присвячена 25-річчю національної академії медичних наук України, 23 березня 2018 р. Київ, 2018. С. 54-55.

205. Даниленко Г. М., Подрігало Л. В., Авдієвська О. Г. Вплив родини на харчову поведінку сучасних українських підлітків // *Український журнал дитячої ендокринології*. 2020. Т. 36, № 4 С. 20–30.

206. Даниленко Г. М., Подрігало Л. В., Авдієвська О. Г. Гігієнічні та медико соціальні особливості збереження здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти у сучасній родині // *Довкілля та здоров'я*. 2019. Т. 93, № 4. С. 24–30.

207. Даниленко Г. М., Подрігало Л.В. Дослідження ступеня напруги регуляторних механізмів у донозологічній діагностиці здоров'я дітей, підлітків і молоді // *Довкілля та здоров'я : науковий журнал з проблем медичної екології, гігієни, охорони здоров'я та екологічної безпеки*. 2012. № 1. С. 53–56.

208. Даниленко Г.М., Авдієвська О.Г. Гігієнічна оцінка харчової поведінки та фізичної активності підлітків // Актуальні питання сучасної медицини: тези доп. XIV міжнар. наук. практ. конф. студентів, аспірантів, докторантів, молодих вчених та фахівців, 30–31 березня 2017 р. Харків, 2017. Т.2. С. 94

209. Меркулова Т. В., Пересипкіна Т. В., Авдієвська О. Г., Чернякова Г. М. До питання організації харчування дітей в закладах загальної середньої освіти // *Клінічна та профілактична медицина*. 2020. Т. 2, №12. С. 54–61.

210. Неділько В. П. Здоров'я дітей – проблема сьогодення. Сучасна загальноосвітня школа та репродуктивне здоров'я: Матер. круглого столу. Київ, 2003. С. 44–46.

211. Подрігало Л. В., Даниленко Г. Н., Авдиевская А. Г. Изучение особенностей пищевого поведения школьников, как компонент мониторинга здоров'я // *Современные проблемы гигиенической науки и*

практики, перспективи розвитку: сб. научн. тр., 12 июня 2014г., Минск, 2014. С. 247- 251

212. Сотнікова-Мелешкіна Ж.В. Даниленко Г.М. Авдієвська О.Г. Вплив освітнього середовища на вибір групи харчових продуктів // Харчові добавки. Харчування здорової та хворої людини: матеріали ІХ Міжнародної наук. практ. інтернет конф., 23 жовт. 2020р. Прага, 2020, С.152–154.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці в яких висвітлено основні результати дослідження

33. Podrigalo L.V., Iermakov S.S., Avdiievska O.G., Rovnaya O.A. Special aspects of Ukrainian schoolchildren's eating behavior // *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*. 2017. Vol. 03. P. 120–126. (Web of Science Core Collection) *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу)*.
34. Даниленко Г.М., Щербакова О.О., Авдієвська О.Г. Система заходів збереження і зміцнення здоров'я дітей шкільного віку в умовах родини // *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2018. Т. 32, № 4. С. 23-28. *(Огляд літератури, аналіз отриманих даних, підготовано статтю до друку)*.
35. Даниленко Г.М., Летяго Г.В., Авдієвська О.Г. Особливості здоров'язбережувального поведінки та самооцінки здоров'я студентської молоді // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. Т. 76, № 2. С. 4-8. *(Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу)*.
36. Авдієвська О.Г., Даниленко Г.М. Корекція статусу харчування дітей молодшого шкільного віку як профілактика метаболічного синдрому // *Український журнал дитячої ендокринології*. 2019. Т. 30, № 2 С. 49–53. *(Аналіз джерел наукової літератури, збір та аналіз даних, підготовано статтю до друку)*.
37. Даниленко Г. М., Подрігало Л. В., Авдієвська О. Г. Гігієнічні та медико-соціальні особливості збереження здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти у сучасній родині // *Довкілля та здоров'я*. 2019. Т. 93, № 4. С. 24–30. *(Огляд літератури, аналіз отриманих даних, підготовано статтю до друку)*.
38. Авдієвська О.Г., Сотнікова-Мелешкіна Ж.В., Ісаєва Я.А. Вплив родини на формування харчового статусу студентської молоді, харчові звички

- майбутніх батьків // *Здоров'я дитини*. 2019. № 14(1). С. 88-94. (Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, підготовано статтю до друку).
39. Меркулова Т.В., Пересипкіна Т.В., Авдієвська О.Г., Чернякова Г.М. До питання організації харчування дітей в закладах загальної середньої освіти // *Клінічна та профілактична медицина*. 2020. Т. 2, №12. С. 54-61. (Аналіз джерел наукової літератури, збір та аналіз даних).
40. Даниленко Г.М., Подрігало Л.В., Авдієвська О. Г. Вплив родини на харчову поведінку сучасних українських підлітків // *Український журнал дитячої ендокринології*. 2020. Т. 36, № 4 С. 20–30. (Огляд літератури, аналіз отриманих даних, підготовано статтю до друку).
41. Даниленко Г. Н., Подрігало Л. В., Авдиевская Е. Г. Медико-социальные проблемы влияния семьи и учебного учреждения на формирование вредных привычек среди современных подростков // *Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины : сб. науч. ст. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Гродн. гос. мед. ун-т», каф. общей гигиены и экологии*. Гродно. 2020. Т. 10. С. 276- 293. (Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, підготовано статтю до друку).
42. Даниленко Г.М., Щербакова О.О., Авдієвська О.Г. Медико-соціальні та соціально-психологічні особливості розвитку особистості підлітка в сучасній родині // *Україна. Здоров'я нації*. 2020. Т. №4. (Дисертантові належить збір і аналіз матеріалу, підготовано статтю до друку).
43. Heorhii M. Danylenko, Leonid V. Podrigalo, Olena H. Avdiievaska, Iryna V. Redka, Oksana Ya. Mykhalchuk Psychophysiological study of primary school students depending on gender in the dynamics of the school year and the actions of parents to maintain and strengthen the health // *Wiadomości Lekarskie*, VOLUME LXXIV, ISSUE 5, MAY 2021. P.1086-1092 (Scopus) (Збір і аналіз матеріалу, підготовано статтю до друку).

44. Подригало Л. В., Даниленко Г. Н., Авдиевская А. Г. Изучение особенностей пищевого поведения школьников, как компонент мониторинга здоров'я // Современные проблемы гигиенической науки и практики, перспективы развития: сб. научн. тр., 12 июня 2014 г., Минск, 2014. С. 247-251. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
45. Danylenko G., Avdiievska O. Features of providing Health-educational technology in secondary schools of different types // Department of Nursing Science of the University of Eastern Finland, the 5th SHE Summer School: abstr., 10-13 June 2015. Kuopio, Finland, 2015. P.10-14. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
46. Даниленко Г.М., Авдієвська О.Г. Гігієнічна оцінка харчової поведінки та фізичної активності підлітків // Актуальні питання сучасної медицини: тези доп. XIV міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів, докторантів, молодих вчених та фахівців, 30–31 березня 2017 р. Харків, 2017. Т.2. С. 94 *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
47. Авдієвська О.Г. Фізична активність та особливості харчової поведінки, як профілактика коморбідних станів підлітків // Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків. Проблемні питання коморбідних станів: матер. наук.-практ. конф. з міжн. участю, 16-17 листоп. 2017 р. Харків, 2017. С. 8 *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
48. Авдієвська О.Г., Щербакова О.О. Ризики освітнього середовища – сприйняття учнів та їх батьків // Журнал Національної академії медичних наук України. Спеціальний випуск: матер. міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених, присвячена 25-річчю НАМН України, 23 березня 2018 р.

- Київ, 2018. С. 54-55. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
49. Авдієвська О.Г. Медико-соціальні передумови позитивного впливу батьків на формування здоров'язберезувальної компетентності дітей шкільного віку // Проблеми сьогодення в педіатрії: матеріали III наук.-практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю, 29 березня 2018. Харків, 2018. С. 3. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
50. Danylenko H., Avdiievskia O. Childhood education and health as readiness to reduce risks of environment // Ukraine-EU. Innovations in Education, Technology, Business and Law: collection of intern. Scientific papers, 24-28 april, 2018. Chernihiv, 2018. P. 349-352. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
51. Даниленко Г. М., Авдієвська О. Г., Щербакова О. О., Голубнича Г. І. Розвиток здоров'язберігаючої компетентності батьків у процесі промоції здоров'я у початковій школі // Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України: матеріали наук.-практ. конф., 11-12 жовт. 2018 р. Київ, 2018. С. 150–152. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
52. Danilenko H. M., Avdievska A. H., Holubnicha H. I. Objective and subjective assessment of the health primary school age children // IV International Congress of the Polish Society of Public Health, Public Health Forum, 22-23 November 2018. Wrocław, Poland, 2018. Vol. 3 (46). P. 198 *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
53. Sotnikova-Meleshkina Zh.V., Avdiievskia O. H., Holodko K. A., Dudnik I. V. Formation of eating behavior of student youth as a factor in the prevention of noncommunicable diseases // V International Congress of the Polish Society of

Public Health, Public Health Forum, Wroclaw, 2019, Vol. V (XV), NR (48).P. 93 *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*

54. Авдієвська О.Г., Подрігало Л.В. Особливості житлових умов дітей шкільного віку та збереження здоров'я у сучасній родині // Проблеми сьогодення в педіатрії: матеріали IV наук.-практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю, 27 лют. 2020 р. Харків, 2020. С. 3. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
55. Olena H. Avdiievska, Heorhii M. Danylenko, Zhanna V. Sotnikova-Meleshkina, Leonid V. Podrigalo Вплив родини на формування свідомого ставлення підлітків до власного здоров'я // International public health conference «Public health in Ukraine – modern challenges and developing prospects», 23-24 April 2020, Sumy, Ukraine: Wiadomości Lekarskie, vol. LXXIII, issue 5, May 2020. P. 1058-1059. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*
56. Сотнікова-Мелешкіна Ж.В. Даниленко Г.М. Авдієвська О.Г. Вплив освітнього середовища на вибір групи харчових продуктів // Харчові добавки. Харчування здорової та хворої людини: матеріали ІХ Міжнародної наук.-практ. інтернет-конф., 23 жовт. 2020р. Прага, 2020, С.152-154. *(Дисертантом проведено огляд літератури, проведено аналіз отриманих даних, підготовано тези до друку)*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

57. Даниленко Г.Н., Сотнікова-Мелешкіна Ж.В., Авдиевская Е.Г. Рациональное питание младших школьников: научно-популярное издание, Харьков, 2016. 104 с.

Додаток Б

Відомості про апробацію результатів дисертації:

Основні положення дисертаційної роботи представлені на:

- Авдієвська О.Г. Медико-соціальні проблеми харчування сучасних школярів \ \ Прогр. наук.-практич. конф. «Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків» (Харків, 24-25.10.2013) (усна доповідь);
- Danylenko G., Avdiievska O. Features of providing Health-educational technology in secondary schools of different types // Department of Nursing Science of the University of Eastern Finland, the 5th SHE Summer School: abstr. (Kuopio, Finland, 10-13 June 2015) (усна доповідь і публікація)
- Семінарське заняття для шкільних лікарів та підліткових терапевтів «ДЕНЬ ШКІЛЬНОГО ЛІКАРЯ» (Харків, 24.10.2015) на тему «Вплив сім'ї на формування навичок здорового способу життя» (усна доповідь);
- Авдієвська О.Г. Харчовий статус старшокласників як чинник виникнення і прогресування хронічних неінфекційних захворювань серед учнівської молоді» \ \ Прогр. наук.-практич. конф. «Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків: профілактика неінфекційних захворювань учнівської молоді» (Харків, 17-18.11.2016) (усна і стендова доповідь);
- Даниленко Г.М., Авдієвська О.Г. Гігієнічна оцінка харчової поведінки та фізичної активності підлітків // Актуальні питання сучасної медицини: тези доп. XIV міжнар. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів, докторантів, молодих вчених та фахівців (Харків, 30-31.03.2017) (публікація)
- Авдієвська О.Г. Гігієнічна оцінка харчової поведінки та фізичного здоров'я підлітків \ \ Прогр. Всеукраїнська наук.-практ. конф. «Особистість у виховному просторі зростання: від дитинства до юності» (Київ, 26.10.2017) (усна доповідь);

- Авдієвська О.Г. Фізична активність та особливості харчової поведінки, як профілактика коморбідних станів підлітків // Progr. наук.-практич. конф. з міжнародною участю «Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків. Проблемні питання коморбідних станів у дітей та підлітків» (Харків, 16-17.11.2017) (усна доповідь і публікація);
- Авдиевская Е.Г. Гендерные особенности влияния семьи на формирование умений здорового способа жизни учеников 9 классов // Програма II науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю "Проблеми сьогодення в педіатрії." (Харків, 9.02.2017) (усна доповідь);
- Авдієвська О.Г. Ризики освітнього середовища – сприйняття учнів та їх батьків // Програма міжнародної науково-практичної конференції молодих вчених, присвяченої 25-річчю від дня заснування НАМН України. (Київ, 23.03.2018) (усна доповідь і публікація);
- Авдієвська О.Г. Медико-соціальні передумови позитивного впливу батьків на формування здоров'язберезувальної компетентності дітей шкільного віку // Програма III науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Проблеми сьогодення в педіатрії» (Харків, 29.03.2018) (усна доповідь і публікація);
- Danylenko H., Avdiievska O. Childhood education and health as readiness to reduce risks of environment // Ukraine-EU. Innovations in Education, Technology, Business and Law: collection of intern. Scientific papers (Chernihiv, 24-28.04.2018) (публікація)
- Даниленко Г. М., Авдієвська О. Г., Щербакова О. О., Голубнича Г. І. Розвиток здоров'язберігаючої компетентності батьків у процесі промоції здоров'я у початковій школі // Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України: матеріали наук.- практич. конф. (Київ, 11-12.10.2018) (публікація)
- Danilenko H. M., Avdievska A. H., Holubnicha H. I. Objective and subjective assessment of the health primary school age children // IV International

- Congress of the Polish Society of Public Health, Public Health Forum, (Wroclaw, Poland, 22-23.11.2019) (стендова доповідь і публікація);
- Авдієвська О.Г., Даниленко Г.М. Формування шкідливих звичок у шкільному віці // Проблеми сьогодення в педіатрії: матеріали IV наук.-практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю, 8 квітня 2019 р. (Харків, 8.04.2019. С. 3. (публікація);
 - Sotnikova-Meleshkina Zh.V., Avdiievskaya O. N., Holodko K. A., Dudnik I. V. Formation of eating behavior of student youth as a factor in the prevention of noncommunicable diseases \ V International Congress of the Polish Society of Public Health, Public Health Forum. (Wroclaw, Poland, 26-27.11.2019) (стендова доповідь і публікація);
 - Авдієвська О.Г. Роль родини в профілактиці неінфекційних захворювань учнів початкової школи \ Програма науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків. прогнозування формування хронічної соматичної та психічної патології» (Харків, 14-15.11.19) (усна доповідь і публікація);
 - Авдієвська О.Г., Подрігало Л.В. Особливості житлових умов дітей шкільного віку та збереження здоров'я у сучасній родині \ Проблеми сьогодення в педіатрії: матеріали IV наук.-практ. конф. молодих вчених з міжнар. участю. (Харків, 27.02.2020) (усна доповідь і публікація);
 - Olena N. Avdiievskaya, Heorhii M. Danylenko, Zhanna V. Sotnikova-Meleshkina, Leonid V. Podrigalo Вплив родини на формування свідомого ставлення підлітків до власного здоров'я \ International public health conference «Public health in Ukraine – modern challenges and developing prospects» (Sumy, 23-24 April 2020) (публікація);
 - Сотнікова-Мелешкіна Ж.В. Даниленко Г.М. Авдієвська О.Г. Вплив освітнього середовища на вибір групи харчових продуктів \ Харчові добавки. Харчування здорової та хворої людини: матеріали ІХ Міжнародної наук.-практ. інтернет-конф. (Прага, 23.10.2020) (публікація).

Додаток В

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Глевахівської
загальноосвітньої школи I – III
ступенів Висильківської РДА
Київської області


В.П.Малюга
«4» вересня 2019 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** підвищення здоров'язбережувальної компетентності учасників освітнього процесу у початковій школі закладу загальної середньої освіти.
2. **Ким та коли запропоновано:** старший науковий співробітник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України», кандидат психологічних наук О. О. Щербакова, аспірант ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України» О. Г. Авдієвська.
3. **Джерела інформації:**
Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник / О. О. Щербакова, Г. М. Даниленко, О. Г. Авдієвська. — Харків, 2019. — 446 с.
4. **Де та коли впроваджено:** Глевахівська загальноосвітня школа I – III ступенів Висильківської РДА Київської області
Початок впровадження - вересень 2019 р.
5. **Ефективність впровадження:** підвищення компетентності батьків щодо збереження здоров'я учнів початкової школи, оптимізація навчального навантаження на учнів та соціально-психологічної взаємодії учасників освітнього процесу, підвищення рівня розумової працездатності учнів та покращення їх якості життя, зменшення кількості днів непрацездатності внаслідок захворювання.
6. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендується до впровадження в освітній процес – у діяльність практичного психолога, медичного працівника та адміністрації закладів загальної середньої освіти.

Відповідальний за впровадження:
заступник директора з навчально-виховної роботи



О.В.Щербакова

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Добропільського
навчально-виховного комплексу
«Спеціалізована загальноосвітня
школа I-III ступенів №4 з
поглибленим вивченням
окремих предметів – дошкільний
навчальний заклад»

Добропільської міської ради

Донецької області

С.В.Томчук

2019 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** підвищення здоров'язбережувальної компетентності учасників освітнього процесу у початковій школі закладу загальної середньої освіти.
2. **Ким та коли запропоновано:** старший науковий співробітник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України», кандидат психологічних наук О. О. Щербакова, аспірант ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України» О. Г. Авдієвська.
3. **Джерела інформації:**
Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник / О. О. Щербакова, Г. М. Даниленко, О. Г. Авдієвська. — Харків, 2019. — 446 с.
4. **Де та коли впроваджено:** Добропільський навчально-виховний комплекс «Спеціалізована загальноосвітня школа I-III ступенів №4 з поглибленим вивченням окремих предметів – дошкільний навчальний заклад» Добропільської міської ради Донецької області. Початок впровадження - вересень 2019 р.
5. **Ефективність впровадження:** підвищення компетентності батьків щодо збереження здоров'я учнів початкової школи, оптимізація навчального навантаження на учнів та соціально-психологічної взаємодії учасників освітнього процесу, підвищення рівня розумової працездатності учнів та покращення їх якості життя, зменшення кількості днів непрацездатності внаслідок захворювання.
6. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендується до впровадження в освітній процес – у діяльність практичного психолога, медичного працівника та адміністрації закладів загальної середньої освіти.

Відповідальний за впровадження:

заступник директора з навчально-виховної роботи

Е.В.Дудушко

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Навчально-виховного
об'єднання «Новомиргородська
загальноосвітня школа І-ІІІ
ступенів №3- дошкільний
навчальний заклад»
Новомиргородської районної
ради Кіровоградської області

С. Свистунова
« 21 » січня 2019 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** підвищення здоров'язбережувальної компетентності учасників освітнього процесу у початковій школі закладу загальної середньої освіти.
2. **Ким та коли запропоновано:** старший науковий співробітник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України», кандидат психологічних наук О. О. Щербакова, аспірант ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України» О. Г. Авдієвська.
3. **Джерела інформації:**
Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник / О. О. Щербакова, Г. М. Даниленко, О. Г. Авдієвська. — Харків, 2019. — 446 с.
4. **Де та коли впроваджено:** Навчально-виховне об'єднання «Новомиргородська загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №3 – дошкільний навчальний заклад» Новомиргородської районної ради Кіровоградської області.
Початок впровадження - січень 2019 р.
5. **Ефективність впровадження:** підвищення компетентності батьків щодо збереження здоров'я учнів початкової школи, оптимізація навчального навантаження на учнів та соціально-психологічної взаємодії учасників освітнього процесу, підвищення рівня розумової працездатності учнів та покращення їх якості життя, зменшення кількості днів непрацездатності внаслідок захворювання.
6. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендується до впровадження в освітній процес – у діяльність практичного психолога, медичного працівника та адміністрації закладів загальної середньої освіти.

Відповідальний за впровадження:
практичний психолог

В.В.Рябошапка

заступник директора з
навчально-виховної роботи

О.О.Стоянова

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор комунального закладу
«Рівненський навчально-виховний
комплекс №12 Рівненської міської
ради»



В. Ю. Лагодюк
_____ 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** підвищення здоров'язбережувальної компетентності учасників освітнього процесу у початковій школі закладу загальної середньої освіти.
2. **Ким та коли запропоновано:** старший науковий співробітник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України», кандидат психологічних наук О. О. Щербакова, аспірант ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України» О. Г. Авдієвська.
3. **Джерела інформації:**
Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник / О. О. Щербакова, Г. М. Даниленко, О. Г. Авдієвська. — Харків, 2019. — 446 с.
Рациональное питание младших школьников: научно-популярное издание / Г. Н. Даниленко, Ж. В. Сотникова-Мелешкина, Е. Г. Авдиевская, — Х. : Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2016. — 104 с.
4. **Де та коли впроваджено:** Рівненський навчально-виховний комплекс №12 Рівненської міської ради. Початок впровадження - вересень 2017 р.
5. **Ефективність впровадження:** підвищення компетентності батьків щодо збереження здоров'я учнів початкової школи, оптимізація навчального навантаження на учнів та соціально-психологічної взаємодії учасників освітнього процесу, підвищення рівня розумової працездатності учнів та покращення їх якості життя, зменшення кількості днів непрацездатності внаслідок захворювання.
6. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендується до впровадження у освітній процес – у діяльність практичного психолога, медичного працівника та адміністрації закладів загальної середньої освіти.

Відповідальний за впровадження:

заступник директора з виховної роботи

О.В.Сердюк

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Одеської загальноосвітньої
школи № 120 I-III ступенів Одеської
міської ради Одеської області

 Н. В. Мясішева

« Вересень » 2019 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** підвищення здоров'язбережувальної компетентності учасників освітнього процесу у початковій школі закладу загальної середньої освіти.
2. **Ким та коли запропоновано:** старший науковий співробітник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України», кандидат психологічних наук О. О. Щербакова, аспірант ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України» О. Г. Авдієвська.
3. **Джерела інформації:**
Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник / О. О. Щербакова, Г. М. Даниленко, О. Г. Авдієвська. — Харків, 2019. — 446 с.
4. **Де та коли впроваджено:** Одеська загальноосвітня школа № 120 I-III ступенів Одеської міської ради Одеської області. Початок впровадження - вересень 2019 р.
5. **Ефективність впровадження:** підвищення компетентності батьків щодо збереження здоров'я учнів початкової школи, оптимізація навчального навантаження на учнів та соціально-психологічної взаємодії учасників освітнього процесу, підвищення рівня розумової працездатності учнів та покращення їх якості життя, зменшення кількості днів непрацездатності внаслідок захворювання.
6. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендується до впровадження в освітній процес – у діяльність практичного психолога, медичного працівника та адміністрації закладів загальної середньої освіти.

Відповідальний за впровадження:

заступник директора з навчально-виховної роботи



Т.В. Василенко



**Львівська середня загальноосвітня школа
I-III ступенів № 44 ім. Т.Г.Шевченка**

79 039. Львів, вул. Я. Пстрака, 1, тел. (032) 233 33 16

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Львівської середньої
загальноосвітньої школи I-III ступенів

№44 ім. Т.Г. Шевченка

Л. О. Стефанович



« 10 » вересня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** підвищення здоров'язбережувальної компетентності учасників освітнього процесу у початковій школі закладу загальної середньої освіти.
2. **Ким та коли запропоновано:** старший науковий співробітник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України», кандидат психологічних наук О. О. Щербакова, аспірант ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України» О. Г. Авдієвська.
3. **Джерела інформації:**
Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України» : посібник / О. О. Щербакова, Г. М. Даниленко, О. Г. Авдієвська. — Харків, 2019. — 446 с.
- Де та коли впроваджено:** Львівська середня загальноосвітня школа I-III ступенів №44 ім. Т.Г. Шевченка Львівської області.
4. Початок впровадження - вересень 2019 р.
5. **Ефективність впровадження:** підвищення компетентності батьків щодо збереження здоров'я учнів початкової школи, оптимізація навчального навантаження на учнів та соціально-психологічної взаємодії учасників освітнього процесу, підвищення рівня розумової працездатності учнів та покращення їх якості життя, зменшення кількості днів непрацездатності внаслідок захворювання.
6. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендується до впровадження в освітній процес – у діяльність практичного психолога, медичного працівника та адміністрації закладів загальної середньої освіти.

Відповідальний за впровадження:

заступник директора з навчально-виховної роботи

М.З. Пігель



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Директор Середньої загальноосвітньої
 школи І-ІІІ ступенів №78 м. Львова
 Львівської області

Голова І. І. Солодовнікова
 « 9 » вересня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** підвищення здоров'язбережувальної компетентності учасників освітнього процесу у початковій школі закладу загальної середньої освіти.
2. **Ким та коли запропоновано:** старший науковий співробітник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України», кандидат психологічних наук О. О. Щербакова, аспірант ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України» О. Г. Авдієвська.
3. **Джерела інформації:**
 Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник / О. О. Щербакова, Г. М. Даниленко, О. Г. Авдієвська. — Харків, 2019. — 446 с.
- Де та коли впроваджено:** Середня загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів. №78 м. Львова Львівської області
4. Початок впровадження - вересень 2019 р.
5. **Ефективність впровадження:** підвищення компетентності батьків щодо збереження здоров'я учнів початкової школи, оптимізація навчального навантаження на учнів та соціально-психологічної взаємодії учасників освітнього процесу, підвищення рівня розумової працездатності учнів та покращення їх якості життя, зменшення кількості днів непрацездатності внаслідок захворювання.
6. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендується до впровадження в освітній процес – у діяльність практичного психолога, медичного працівника та адміністрації закладів загальної середньої освіти.

Відповідальний за впровадження:

заступник директора з навчально-виховної роботи

Г.О. Баб'як

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Одеського навчально-виховного комплексу №13



«Загальноосвітня школа I-III ступенів – гімназія» Одеської міської ради Одеської області

Н. А. Романенко
2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** підвищення здоров'язберезувальної компетентності учасників освітнього процесу у початковій школі закладу загальної середньої освіти.
- 2. Ким та коли запропоновано:** старший науковий співробітник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України», кандидат психологічних наук О. О. Щербакова, аспірант ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України» О. Г. Авдієвська.
- 3. Джерела інформації:**
Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник / О. О. Щербакова, Г. М. Даниленко, О. Г. Авдієвська. — Харків, 2019. — 446 с.
- 4. Де та коли впроваджено:** Одеський навчально-виховний комплекс №13 «Загальноосвітня школа I-III ступенів – гімназія» Одеської міської ради Одеської області. Початок впровадження - вересень 2019 р.
- 5. Ефективність впровадження:** підвищення компетентності батьків щодо збереження здоров'я учнів початкової школи, оптимізація навчального навантаження на учнів та соціально-психологічної взаємодії учасників освітнього процесу, підвищення рівня розумової працездатності учнів та покращення їх якості життя, зменшення кількості днів непрацездатності внаслідок захворювання.
- 6. Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендується до впровадження в освітній процес – у діяльність практичного психолога, медичного працівника та адміністрації закладів загальної середньої освіти.

Відповідальний за впровадження:

заступник директора з навчально-виховної роботи

Г.О.Прокопенко

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор Іллінівського ОЗЗСО з
поглибленим вивченням
іноземних мов Іллінівської
сільської ради
Костянтинівського району
Донецької області

С. І. Бурдун
« 6 » вересня 2019 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** підвищення здоров'язбережувальної компетентності учасників освітнього процесу у початковій школі закладу загальної середньої освіти.
2. **Ким та коли запропоновано:** старший науковий співробітник ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України», кандидат психологічних наук О. О. Щербакова, аспірант ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків національної академії медичних наук України» О. Г. Авдієвська.
3. **Джерела інформації:**
Медико-психологічний супровід учнів початкової школи в межах науково-педагогічного проекту «Інтелект України»: посібник / О. О. Щербакова, Г. М. Даниленко, О. Г. Авдієвська. — Харків, 2019. — 446 с.
4. **Де та коли впроваджено:** Іллінівський опорний заклад загальної середньої освіти з поглибленим вивченням іноземних мов Іллінівської сільської ради Костянтинівського району Донецької області. Початок впровадження - вересень 2019 р.
5. **Ефективність впровадження:** підвищення компетентності батьків щодо збереження здоров'я учнів початкової школи, оптимізація навчального навантаження на учнів та соціально-психологічної взаємодії учасників освітнього процесу, підвищення рівня розумової працездатності учнів та покращення їх якості життя, зменшення кількості днів непрацездатності внаслідок захворювання.
6. **Зауваження, пропозиції:** Зауважень немає. Рекомендується до впровадження в освітній процес – у діяльність практичного психолога, медичного працівника та адміністрації закладів загальної середньої освіти.

Відповідальний за впровадження:

заступник директора з навчально-виховної роботи



О. П. Єгорова

Додаток Г

Додаток Г. Рис.1

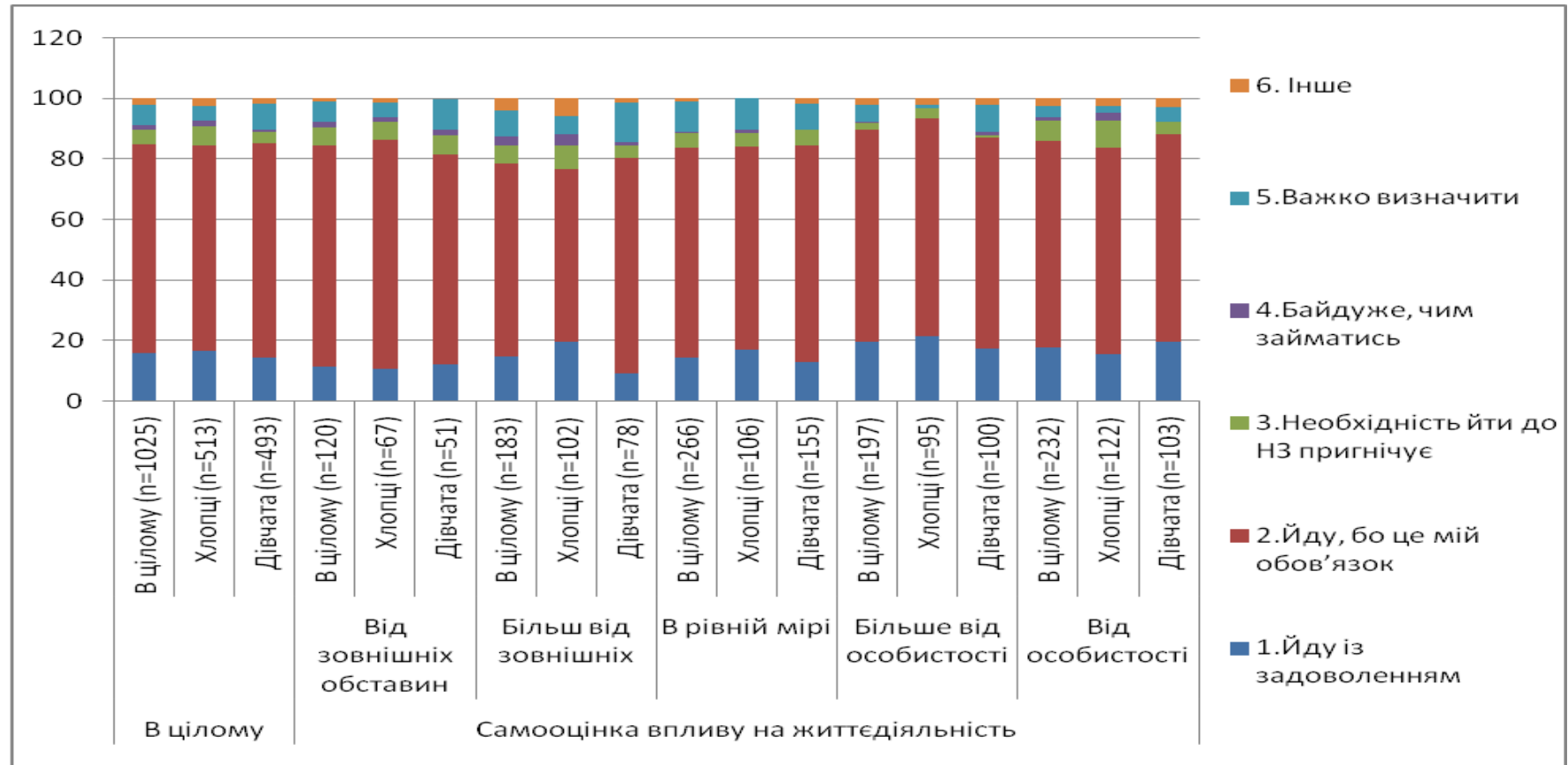


Рис. Г.1. Розподіл відповідей учнів із різним рівнем опірності зовнішнім впливам щодо бажання йти до школи

Додаток Г.Рис.2

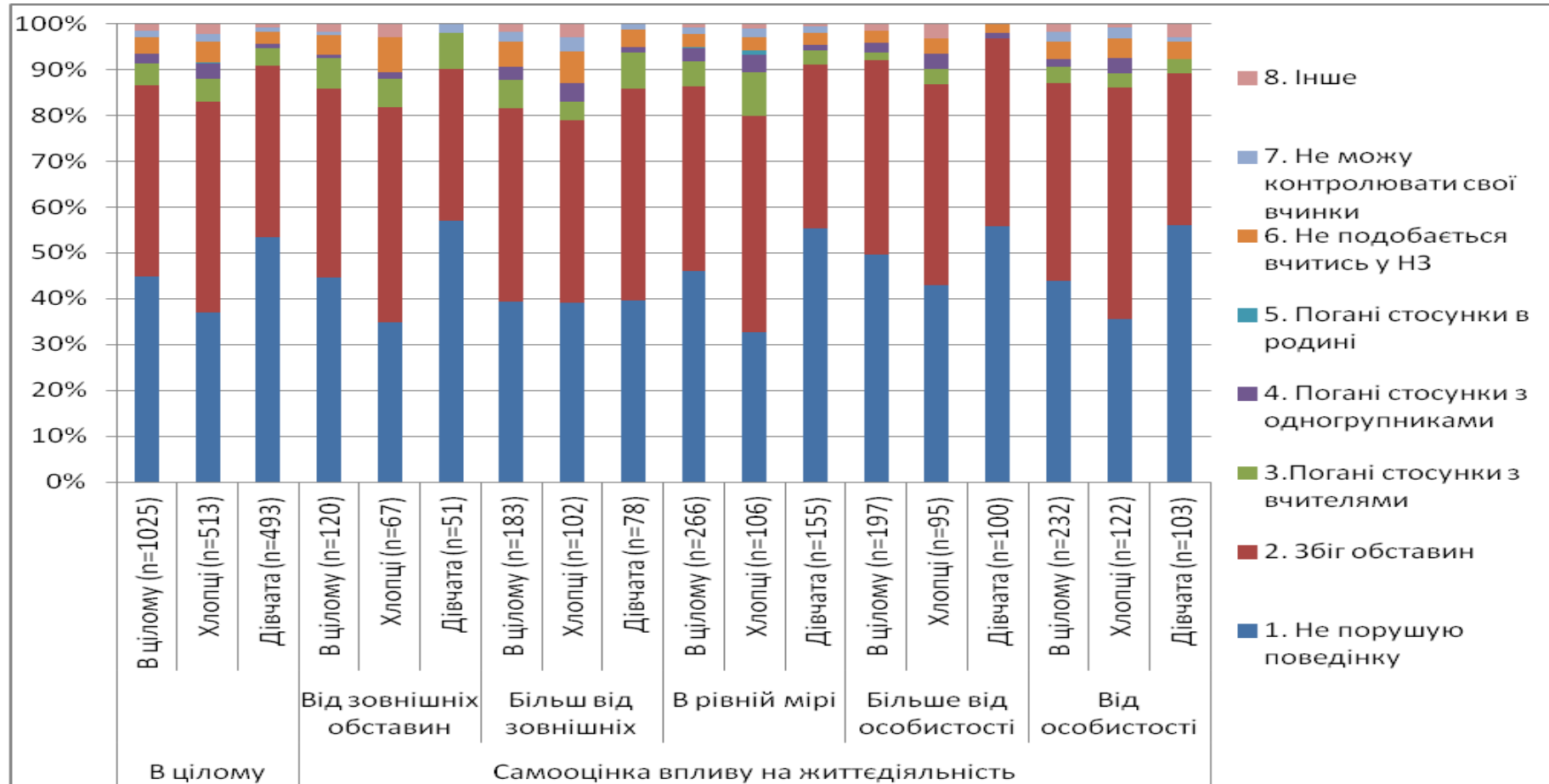


Рис. Г.1. Розподіл відповідей учнів із різним рівнем опірності зовнішнім впливам щодо причин порушення поведінки у НЗ % до тих, хто відповів

Додаток Д.

Скринінг стану здоров'я учнів початкової школи

Автори: Даниленко Г.М., Щербакова О.Г., Авдієвська О.Г.

Даний скринінг передбачає комплекс з двох анкет. Перша спрямована на скринінг-оцінку здоров'я учнів початкової школи, а друга анкета щодо сформованості гігієнічних навичок серед школярів.

19а. Скринінг-оцінка здоров'я учнів початкової школи

Багатопрофільний скринінг передбачає використання системи питань для виявлення певних захворювань. Пропонований анкетний метод скринінг-оцінки у формі простих питань дозволяє виявити ознаки найбільш поширених у школярів захворювань нервової, серцево-судинної систем, хвороб ЛОР-органів, зору, органів травлення, нирок, алергічних захворювань. Означені захворювання нерідко визначаються недостатньо повно під час масових оглядів у школі, що призводить до невчасного призначення лікувальних заходів й істотного погіршення спроможності дітей до адаптації в оточуючому середовищі.

Контингент: батьки. Може бути використаний, як при індивідуальному обстеженні, так і для групової діагностики.

Матеріали та обладнання: ручки, індивідуальні бланки, текст методики.

Інструкція. Тест складається з 107 питань стосовно самопочуття дитини, які бажано зачитувати на батьківських зборах (можливий варіант і самостійного заповнення батьками). На кожне запитання батьки мають дати однозначну відповідь «Так» або «Ні». Після пояснення інструкції батькам інтерв'єр зачитує запитання і по закінченню обов'язково говорить номер запитання, для того щоб батьки, якщо згодні з ним, записали його у бланку відповідей.

Інструкція для батьків: «Запропанована анкета необхідна для своєчасного виявлення можливих порушень стану здоров'я Вашої дитини. На аркуші для відповідей угорі напишіть прізвище та ім'я вашої дитини, дату

заповнення. Під час відповідей аналізуйте, будь ласка, її/його стан протягом останніх декількох місяців і враховуйте те, що Вашій дитині найбільш властиво. Якщо Ви готові відповісти на запитання «ТАК», проставте на аркуші відповідей його номер, який буде вказано по закінченні питального речення».

Скринінг оцінка здоров'я учнів початкової школи

Питання, щодо стану учнів	№
Чи вважаєте Ви, що стан здоров'я Вашої дитини за останній час погіршився?	1
Чи звертали Ви увагу на наявність у дитини підвищеного апетиту?	2
Чи звертали Ви увагу на наявність у дитини зниженого апетиту?	3
Чи буває у дитини печія?	4
Чи буває у дитини блювота після їжі?	5
Чи буває у дитини відрижка?	6
Чи буває у дитини почуття гіркоти у роті?	7
Чи скаржиться дитина на неприємний смак у роті?	8
Чи буває у дитини почуття розпирання в животі чи буркотіння?	9
Чи буває у дитини закріпи чи поноси?	10
Чи турбує дитини біль у животі, який виникає без істотної причини?	11
Чи турбує дитини біль у животі коли зголодніли або вночі?	12
Чи помічали Ви у дитини обкладеність язика, нальоти?	13
Чи турбує дитини біль або тяжкість у правому підребер'ї?	14
Чи турбує дитини кровотеча з ясен під час чищення зубів?	15
Чи турбує дитини неприємний запах з рота?	16
Чи турбує дитини слабкість, розбитість вранці?	17
Чи помічаєте у дитини сонливість вдень, значну стомленість наприкінці дня?	18
Чи помічаєте у дитини біль в області серця при фізичному навантаженні?	19
Чи буває у дитини нудота зранку або перед їжею?	20
Чи буває у дитини нудота після вживання жирної їжі?	21
Чи помічали у дитини змінювання форми та кольору нігтів, їх ламкість?	22
Чи помічали у дитини появу блідо-сірого відтінку шкіри?	23
Чи помічали у дитини крапчасті крововиливи на передпліччях та гомілках?	24
Чи помічали у дитини появу почервоніння та набрякlostі ясен?	25
Чи помічали у дитини сухість, лущіння шкіри?	26
Чи помічали у дитини посилене випадіння волосся?	27
Чи помічали у дитини появу тріщин та коринок у кутках рота?	28
Чи помічали у дитини підвищене сльозовиділення, світлобоязнь?	29
Чи помічаєте Ви, що погано відрізняєте запахи?	30

Чи помічаєте Ви легку появу синців?	31
Чи помічали Ви у дитини часту появу гнійничкового висипу, фурункулів?	32
Чи трапляється у дитини періодичний, без вагової причини поганий настрій?	33
Чи помічали Ви зміни в кольорі, прозористі сечі?	34
Чи помічали Ви значне зростання волосся на тілі?	35
Чи помічали Ви набряклість ніг наприкінці дня?	36
Чи помічали Ви набряклість під очима вранці?	37
Чи турбує дитину періодично біль у попереку?	38
Чи турбує дитину періодично біль унизу живота?	39
Чи турбує дитину періодично труднощі під час сечовипускання?	40
Чи турбує дитину періодичний біль без значної причини в області серця?	41
Чи помічали Ви у дитини приступи серцебиття?	42
Чи помічали Ви у дитини непритомні стани?	43
Чи турбує дитини головокружіння, що періодично виникає?	44
Чи турбує дитини потемніння в очах?	45
Чи помічали Ви у дитини неприємні відчуття в області серця: перебої, замирання?	46
Чи помічали Ви, що дитина погано відчуває себе під час проїзду в транспорті?	47
Чи помічали Ви погане самопочуття у задушливих приміщеннях?	48
Чи помічали Ви таке почуття, що не вистачає повітря, важко вдихнути?	49
Чи турбують дитини часті головні болі?	50
Чи трапляється у дитини шум, дзвін у вухах?	51
Чи помічали Ви у дитини періодично пітливість, похолодіння кистей чи стоп?	52
Чи турбують дитину періодичні болі в суглобах?	53
Чи турбує дитину набряклість суглобів?	54
Чи помічали Ви у дитини зміни форм суглобів?	55
Чи помічали Ви у дитини тугорухомість у суглобах вранці?	56
Чи помічали Ви у дитини обмеження рухів у суглобах?	57
Чи помічали Ви у дитини більшу рухомість у суглобах ніж у одноліток?	58
Чи помічали Ви у дитини біль у суглобах, хребті при тривалому стоянні чи сидінні?	59
Чи помічали Ви у дитини біль у хребті, що посилюється під час руху?	60
Чи помічали Ви у дитини появу висипань на шкірі?	61
Чи трапляється у дитини почуття постійної сухості у роті?	62
Чи трапляється, що дитина п'єте більш 2-х літрів води на день?	63
Чи не помічали Ви у дитини потовщення шії?	64
Чи помічали, що дитина дуже потієте навіть під час незначного фізичного навантаження?	65
Чи турбує дитини погане перенесення спеки?	66

Чи не помічали Ви у дитини часті рясні сечовипускання?	67
Чи схуднула дитина за останній місяць (істотно)?	68
Чи можна сказати, що дитина плаксива, у неї легко з'являються сльози?	69
Чи відмічали Ви у дитини появу ділянок потемніння на шкірі?	70
Чи вважаєте Ви, що дитина має надмірну вагу?	71
Чи вважаєте Ви, що дитина має низький зріст в порівнянні зі своїми однолітками?	72
Чи звертали Ви увагу на утруднене дихання носом?	73
Чи звертали Ви увагу на часті чи тривалі нежиті?	74
Чи схильна дитина до частих простудних захворювань?	75
Чи схильна дитина до частих ангін?	76
Чи турбує дитину часте відчуття, що дере або сохне в горлі, біль при ковтанні?	77
Чи буває у дитини тривалий кашель (до 3-х місяців)?	78
Чи буває у дитини часта чи постійна осиплість голосу?	79
Чи трапляються у дитини приступи утрудненого свистячого дихання?	80
Чи буває у дитини відчуття недостатчі повітря при наявності міцних запахів?	81
Чи буває у дитини тривале зниження слуху?	82
Чи буває у дитини почуття закладення у вухах?	83
Чи помічали Ви появу нежиті, кашлю, задушення, свербіж ока, носа, при контакті з домашніми тваринами чи при контакті з пилком квітучих рослин?	84
Чи помічали Ви у дитини реакції на яку-небудь їжу, ліки, щеплення у вигляді висипу, набряку, утруднення дихання?	85
Чи трапляються у дитини носові кровотечі?	86
Чи трапляється, що дитина прокидається вночі і деякий час не можете заснути?	87
Чи вважаєте Ви дитину запальною?	88
Чи помічаєте Ви у дитини заїкуватість?	89
Чи вважаєте, що для вивчення віршу, правил дитині потрібно більше часу ніж її товаришам?	90
Чи помічали Ви у дитини постійне відчуття тривоги?	91
Чи помічали Ви у дитини відчуття «клубка» у горлі при хвилюванні?	92
Чи відмічаються у дитини часті конфлікти з друзями?	93
Чи турбують дитину нав'язливі рухи, дії, звички?	94
Чи відмічаються у дитини часті конфлікти з вчителями?	95
Чи можете сказати про дитину, що він/вона вперта, невживчива?	96
Чи помічали Ви, що дитина розмовляє чи ходите вночі?	97
Чи помічали Ви у дитини неприємні відчуття в очах під час чи після занять?	98
Чи помічали Ви у дитини зниження гостроти зору (погано бачите на дощі, з зусиллям читаете книгу)?	99

Чи трапляється у дитини почервоніння білків очей?	100
Чи помічали Ви у дитини коли-небудь підвищений артеріальний тиск?	101
Чи помічали Ви у дитини тривалі кровотечі після порізу?	102
Чи маєте Ви часті конфлікти з дитиною?	103
Чи турбує дитини швидка стомлюваність очей?	104
Чи була у дитини за останні півроку травма голови?	105
Чи звертали Ви увагу на наявність у дитини змінених ділянок шкіри (дрябла шкіра, суха, загарбана, облуплювана)?	106
Чи турбує дитини біль у животі після їжі?	107

Бланк

Скринінг стану здоров'я учнів початкової школи

ЗЗСО _____ Клас _____ Місто _____ Дата заповнення «__» ____ 20__ р.

Прізвище, ім'я _____ Стать чоловіча / жіноча
(учня/учениці)

Анкета 1

Анкета 2

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Обробка результатів

12	0,10								
13	0,28								
14							9,44		
15							3,34		
16	4,07		0,20				3,75		
25							6,08		
26				0,80					
29									3,35
30						3,26			
33								2,69	
35				6,89					
37		3,15	1,62	0,62					
38		6,81		3,42					
39		4,13							
40		9,12		0,92					
41			1,78						
42			1,54					4,40	
43			6,17					4,31	
44			2,32					4,81	
45			2,87					3,31	
46			1,94					3,96	
47			2,11					3,09	
48			2,61					2,55	
49					10,83			4,13	
50			0,46					3,77	
51			3,22						
52			1,17					3,49	
53			0,89						
54			2,81						
56			1,63						
58			1,57						
59			1,97						
60			5,45						
61			1,32					2,31	
62				1,16					
63				2,38					
65				3,61				3,46	
66				2,54				4,13	
67			3,11						
68				1,31					
69				0,86				2,55	
70				6,62					
71				6,77					
72				1,10					
73						1,76			
74						3,96			
75					6,61	2,93			
77						1,57			
78					15,50				
79					12,18				

80					19,51				
81					9,97				
86						0,80			
87								2,63	
88								22,88	
89								4,31	
90								3,09	
91								4,31	
92								3,64	
93								0,82	
94								2,29	
95								0,82	
96								3,28	
97								2,55	
98									2,47
99									6,32
100									0,36
101			5,50						
103								0,82	
104									1,66
105								5,28	

Умовні позначки:

A	-	Гастроентерологічні захворювання	F	-	Пульмонологічні захворювання
B	-	Нефрологічні захворювання	G	-	ЛОР захворювання
D	-	Кардіоревматологічні захворювання	H	-	Стоматологічні захворювання
E	-	Ендокринні захворювання	I	-	Психічні розлади
			K	-	Офтальмологічні захворювання

Критичні значення суми прогностичних коефіцієнтів

Гастроентерологічні захворювання	-	23,5
Нефрологічні захворювання	-	25,5
Кардіоревматологічні захворювання	-	21,9
Ендокринні захворювання	-	30,6
Пульмонологічні захворювання	-	33,6
ЛОР захворювання	-	20,7
Стоматологічні захворювання	-	23,5
Психічні розлади	-	27,2
Офтальмологічні захворювання	-	26,3

Оцінка режиму дня учнів початкової школи щодо сформованості гігієнічних навичок серед школярів

Автори: Даниленко Г.М., Щербакова О.Г., Авдієвська О.Г.

Заклад освіти впливає не лише на характер взаємодії учнів зі штучно змодельованим природним середовищем, але і на термін взаємодії з ним, змушує пристосовувати життєдіяльність організму дітей до режиму функціонування закладу освіти. Для виявлення вікових та статевих особливостей добового режиму дня учнів різного шкільного віку, як фактору, що формує біоритмальний стан організму учня необхідним є систематичне (щорічне) анкетування батьків учнів початкової школи для визначення чинників ризику, які можуть несприятливо вплинути на здоров'я дітей та порівняльний аналіз із раніш проведеними дослідженнями в даному освітньому середовищі.

Одним із головних факторів біоритмологічної оптимізації життєдіяльності учня постає сон. Відсутність учнів, що недосипали, безумовно є ознакою більш раціонально організованого режиму дня, а збільшення часу нічного сну може свідчити про перевтому учнів.

Регулярне впровадження процедур, що гартують, не тільки сприяє формуванню захисних сил організму, профілактиці захворювань, а й забезпечує більш ефективне “входження” учня в навчальний день. Бажано щоб процедури, для загартування, склалися з приймання контрастного душу, обливання чи обтирання до пояса прохолодною водою. Загартувальні процедури мають бути обов'язково доповнені ранковою гімнастикою.

Найбільш сформованою серед гігієнічних навичок можна вважати чищення зубів. Виявлено, що діти знають про важливість для здоров'я регулярного догляду за ротовою порожниною – лише одиниці учні не чистять зуби взагалі. Перебування на відкритому повітрі, у поєднанні з руховою активністю – необхідна умова для зміцнення здоров'я,

загартовування і підвищення працездатності учнів. Під час дослідження встановлено, що сучасні учні перебували на відкритому повітрі значно менше часу, чим діти в минулому.

Гігієнічно значущим фактором організації режиму дня є подовженість виконання домашнього завдання. Прогностично несприятливим є виявлення частки учнів, які готують домашнє завдання більше регламентованого. Як позитивну ознаку нормалізування режиму дня можна розглядати виявлене зменшення кількості учнів, які виконували домашні завдання протягом 1-3 години із збільшенням учнів, що витрачали на це менше години.

Певною ознакою перевтоми серед учнів, може бути бажання поспати вдень. У той же час, денний сон – важлива передумова профілактики стомлення, порушень стану здоров'я. Підвищення питомої ваги учнів, які регулярно спали вдень свідчить про накопичення перевтоми організму, про необхідність додаткового відпочинку, про занадто велике навантаження.

Важливим фактором профілактики захворювань та біоритмологічної оптимізації діяльності організму виступає харчування. Позитивним для учнів початкової школи є 4-5 разове харчування. Чинником ризику є харчування два і менше разів на добу. Таке харчування може привести до десинхронозу діяльності системи травлення та розвитку захворювань. Як позитивне можна сприймати зростання кількості дітей що приносять сніданки з дому та харчуються в шкільній столовій – гарячий обід.

Також важливим для відпочинку учнів є поводження на перерві. Якщо учень сидить під час перерви в класі, то це створює умови для гіподинамії. Якщо ж учень занадто багато бігає під час перерви, то йому важко почати відразу добре працювати на уроці.

Велике навчальне навантаження може негативно впливати на здоров'я, особливо в умовах нераціональної організації відпочинку. Превалювання пасивних форм відпочинку не забезпечує повноцінне відновлення працездатності учнів. Найбільш позитивно на дітей впливають активний відпочинок на відкритому повітрі, фізичні вправи.

Аналіз порушень режиму дня дозволяє визначити чинники ризику для здоров'я дітей. У більшості випадків прояви негативного впливу проявляються не відразу. Найбільш вплив режиму дня можна визначити на суб'єктивну оцінку власного здоров'я, менший – на гостру захворюваність.

Контингент: батьки. Може бути використаний, як при індивідуальному обстеженні, так і для групової діагностики.

Матеріали та обладнання: ручки, індивідуальні бланки, Анкета , текст методики.

Інструкція. Тест складається з 20 питань стосовно режиму дня дитини, які бажано зачитувати на батьківських зборах (можливий варіант і самостійного заповнення батьками) після скринінг-оцінки здоров'я учнів. На питання 1-11, 14, 17-20 батьки мають обрати лише один варіант відповіді. На питання 13, 15, 16 бажано визначити усі варіанти поведінки учнів. На бланк відповідей батьки ставлять букву, що відповідає найбільш характерному для дитини варіанту поведінки.

Інструкція для батьків: «Під час відповідей аналізуйте, будь ласка, стан Вашої дитини протягом останніх декількох місяців і враховуйте те, що їй/йому найбільш властиво. У бланку Анкети 2, Ви ставите літеру, яка відповідає обраній відповіді. На питання 13, 15, 16 бажано визначити усі варіанти поведінки Вашої дитини».

Анкета

щодо сформованості гігієнічних навичок серед школярів

З запропонованих варіантів відповідей по кожному з запитань, виберіть,

будь ласка, те, що найбільш характерне для способу життя Вашої дитини.

- | | |
|---|------|
| 1. Тривалість нічного сну: | Бали |
| а) 11 годин та більше; | 2 |
| а) 9 – 10 годин; | 3 |
| б) 8 годин та менше | 1 |
| 2. Загартувальні процедури (контрастний душ, обливання, обтирання до поясу) вранці Ваша дитина: | |
| а) не робите; | 0 |
| б) робите не постійно; | 1 |
| в) робите постійно. | 3 |

3. Ранкову гімнастику Ваша дитина:
- а) не робите; 0
 - б) робите інколи; 2
 - в) робите постійно. 3
4. Зуби Ваша дитина:
- а) не чистить; 0
 - б) чистить 1 раз на добу; 1
 - в) чистить 2 і більше разів на добу. 3
5. В дні навчання Ваша дитина звичайно буваєте на відкритому повітрі:
- а) менше 1 години; 1
 - б) 1 – 2 години; 2
 - в) більше 2 годин. 3
6. Чи спите Ваша дитина вдень:
- а) ніколи; 1
 - б) інколи; 2
 - в) майже завжди. 3
7. На готування домашніх завдань Ваша дитина звичайно витрачаєте:
- а) не готує зовсім; 1
 - б) до 1 години; 2
 - в) 1 – 3 години 3
 - г) більше 3 годин. 1
8. На перегляд телепередач Ваша дитина звичайно витрачаєте:
- а) практично не дивитесь; 3
 - б) до 1 години; 2
 - в) 1 – 2 години; 1
 - г) 3 години і більше. 0
9. На взаємодію з гаджетами Ваша дитина звичайно витрачаєте:
- а) гаджети не використовує; 3
 - б) до 0,5 години; 2
 - в) 0,5 – 1 годину; 1
 - г) більше 1 години. 0
10. Ваша дитина звичайно харчується:
- а) 2 і менше разів на добу; 0
 - б) 3 – 4 разів на добу; 3
 - в) більше 4 разів на добу. 2
11. За добу рухова активність Вашої дитини (ходіння, біг, стрибки та подібне...) в цілому становить:
- а) менше 2 годин; 1

- б) 2 – 6 годин; 3
в) більше 6 годин. 2
12. Під час перебування у школі харчування Вашої дитини складає:
- а) зовсім не харчується; 0
б) їжа, що принесли з дому; 2
в) палянички, тістечка куплені у буфеті; 1
г) друга страва; 3
д) повний обід. 3
13. Чи приймаєте Ваша дитина вітаміни:
- а) ні; 0
б) інколи; 1
в) у зимово-весняний період; 2
г) протягом року. 1
14. Під час перерв Ваша дитина (за її/його розповідями):
- а) бавиться з гаджетами 0
б) готується до наступного уроку; 0
в) спілкується з друзями не виходячи з класу; 1
г) спокійно ходить по школі; 3
д) активно грається з друзями (бігаєте, стрибаєте та ін.). 2
15. У вільний час Ваша дитина:
- а) дивиться телевізор; 0
б) додатково навчається; 0
в) читаєте, малюєте, в'яжете; 1
г) граєте у настільні ігри, займаєтесь у технічному гуртку; 2
д) допомагаєте Вам по господарству; 2
е) займаєтесь бізнесом; 1
ж) граєте у футбол, хокей та ін. На свіжому повітрі; 3
з) займаєтесь у спортивній секції або танцювальному гуртку; 3
и) займається, граєте за комп'ютером або із гаджетами. 0
16. У вихідні дні:
- а) дивиться телевізор; 0
б) додатково навчається; 0
в) читаєте, малюєте, в'яжете; 1
г) граєте у настільні ігри, займаєтесь у технічному гуртку; 2
д) допомагаєте батькам по господарству, на дачі; 2
е) займаєтесь бізнесом; 1
ж) граєте у футбол, хокей та ін. На свіжому повітрі, здійснюєте тривалі прогулянки; 3
з) займаєтесь у спортивній секції або танцювальному гуртку; 3
и) займається, граєте за комп'ютером або із гаджетами. 0

17. Ваша дитина додаткова навчається за предметами, що викладаються у школі?
- А) ні 3
- б) 1 заняття на тиждень 1
- в) 2 заняття на тиждень 0
- г) 3 або більше занять на тиждень 0
18. Ваша дитина займається у спортивній секції, танцювальному гуртку?
- А) ні 0
- б) 1 – 2 заняття на тиждень 3
- в) 3-4 заняття на тиждень 2
- г) 5 або більше занять на тиждень 1
19. В кінці навчального дня як відчуває себе дитина:
- а) погано; 0
- б) задовільно; 1
- в) добре. 3
20. В кінці вихідних як відчуває себе дитина:
- а) погано; 0
- б) задовільно; 1
- в) добре. 3

Обробка результатів

При підрахунку тестових балів відповідно до ключа за всіма шкалами враховується бал за відповідь за кожним питанням анкети. Для розрахунку рівня сформованості гігієнічних навичок учня складають бали за кожну відповідь. Важливими є як загальна характеристика режиму дня, так і визначення особливостей поведінки дітей, які можуть негативно впливати на їх здоров'я.

Ключ

№	а	б	в	г	д	е	ж	з	и
1	2	3	1						
2	0	1	3						
3	0	2	3						
4	0	1	3						
5	1	2	3						
6	1	2	3						
7	1	2	3	1					
8	3	2	1	0					
9	3	2	1	0					
10	0	3	2						
11	1	2	3						

12	0	2	1	3	3				
13	0	1	2	1					
14	0	0	1	2	3				
15	0	0	1	2	2	1	3	3	0
16	0	0	1	2	2	1	3	3	0
17	3	1	0	0					
18	0	3	2	1					
19	0	1	3						
20	0	1	3						

Оцінка рівня сформованості гігієнічних навичок учня
 15 - 22 балів - дуже пагано, режим потребує негайної принципової корекції
 23 - 30 балів - незадовільно, режим потребує значної корекції
 31 - 38 балів - задовільний, але потребує диференційованої корекції
 більше 38 балів - добре, хоча можлива корекція

Наприклад- ПРОТОКОЛ

Скринінг стану здоров'я учнів _____ класу Дата проведення: _____.

Мета діагностики: суб'єктивна оцінка батьками стану здоров'я їх дітей..

Характеристика вибірки: обстежено _____ осіб.

Результати діагностики:

Учні	Групи захворювань і порушень стану здоров'я									Режим дня
	A	B	D	E	F	G	H	I	K	
1										
2										
...										

Висновки:

Гастроентерологічні захворювання	-	балів
Нефрологічні захворювання	-	балів
Кардіоревматологічні захворювання	-	балів
Ендокринні захворювання	-	балів
Пульмонологічні захворювання	-	балів
ЛОР захворювання	-	балів
Стоматологічні захворювання	-	балів
Психічні розлади	-	балів
Офтальмологічні захворювання	-	балів

В навчальному колективі

визначено рівні

неблагополуччя щодо

стану здоров'я

Середній рівень сформованості гігієнічних навичок _____ балів