

На правах рукописи

**КАМАКИНА Ольга Юрьевна**

**ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ  
ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА  
И ИХ РОДИТЕЛЕЙ**

Специальность 19.00.05 – Социальная психология

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Ярославль – 2010

Работа выполнена на кафедре консультационной психологии  
Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова.

Научный руководитель – доктор психологических наук, профессор

**Клюева Надежда Владимировна**

Официальные оппоненты: доктор педагогических наук, профессор

**Тихомирова Лариса Федоровна**

кандидат психологических наук

**Белова Лада Игоревна**

Ведущая организация – Хакасский государственный университет  
им. Н.Ф. Катанова

Защита состоится «22» мая 2010 г в 10.00 часов на заседании  
диссертационного совета Д 212.002.02. в Ярославском государственном  
университете им. П.Г. Демидова по адресу: 150057, г. Ярославль, проезд  
Матросова, д. 9.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке  
Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» апреля 2010 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета

Клюева Н.В.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### **Актуальность темы исследования**

Проблема сохранения и укрепления здоровья детей всегда признавалась актуальной и связанной с фундаментальными ценностями человеческого бытия, общества и культуры. Формирование здорового образа жизни и повышение ответственности населения за собственное здоровье является одним из целевых ориентиров концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации. На всех уровнях государственной политики признается необходимость рационального использования ресурсов здоровья. Современное состояние наук о здоровье человека характеризуется постепенной сменой оздоровительной парадигмы: акцент переносится с лечения болезней на их профилактику и пропаганду способов сохранения и укрепления здоровья, а также на повышение индивидуальной ответственности человека за свое здоровье (Н.М. Амосов, В.А. Ананьев, Р.А. Березовская, В.М. Бехтерев, О.С. Васильева, Н.Е. Водопьянова, И.Н. Гурвич, Н.В. Ходырева, Г.С. Никифоров, Ф.Р. Филатов и др.).

Одним из направлений изучения проблемы формирования ответственного отношения людей к своему здоровью является разработка концепции отношения человека к своему здоровью. Изучение отношения человека к своему здоровью – это сравнительно новое научное направление, которое имеет междисциплинарный характер (Р.А. Березовская, О.М. Бландинская, И.В. Журавлева, В.М. Кабаева, Н.Л. Коновалова, Г.С. Никифоров и др.). Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью развития концепции отношения человека к своему здоровью, одним из важных вопросов которой является формирование такого отношения к своему здоровью, которое, выступая как внутренний механизм саморегуляции деятельности и поведения человека в сфере здоровья, будет способствовать его сохранению, укреплению и развитию, т.е. будет самосохранительным.

Анализ литературы по проблеме формирования ответственного отношения людей к своему здоровью показывает всю сложность и неоднозначность трактовки как самого понятия «отношение к здоровью», так и подходов к его структуре. В эмпирическом плане проведено недостаточно исследований, которые бы раскрывали социально-психологические особенности отношения к здоровью таких социальных групп, как младшие школьники и их родители. Все вышеизложенное определило выбор темы, цели и задач исследования.

**Цель исследования** – выявить особенности отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей.

**Задачами исследования** являются:

1. Проанализировать основные теоретические подходы к пониманию категории «отношение к здоровью» и проблеме формирования отношения к здоровью у детей младшего школьного возраста.

2. Рассмотреть психологические особенности детей младшего школьного возраста и влияние родителей на формирование отношения к здоровью у детей данной возрастной группы.

3. Изучить особенности отношения к здоровью (когнитивного, эмоционально-волевого, действенного, ценностного компонентов) у детей младшего школьного возраста и их родителей.

4. Выявить типы отношения к здоровью у детей младшего школьного возраста и их родителей.

5. Проанализировать и описать взаимосвязь отношения к здоровью детей младшего школьного возраста с отношением к здоровью их матерей и отцов.

**Объектом исследования** является отношение к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей.

**Предметом исследования** являются социально-психологические особенности отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей.

#### **Гипотезы исследования:**

1. Отношение к здоровью (когнитивный, эмоционально-волевой, деятельностный, ценностный компоненты) младших школьников связано с отношением к здоровью их родителей, особенностями родительского воспитания и с определенными личностными особенностями детей.

2. Сочетание когнитивного, эмоционально-волевого, деятельностного, ценностного компонентов разной степени выраженности формирует различные особенности отношения к здоровью у детей младшего школьного возраста и их родителей.

3. Роль отца и роль матери по-разному проявляется в формировании отношения к здоровью у детей младшего школьного возраста: отношение к здоровью матери в большей степени, чем отношение к здоровью отца, взаимосвязано с когнитивным и ценностным компонентами отношения к здоровью детей данной возрастной группы, а отношение к здоровью отца в большей степени, чем отношение к здоровью матери, взаимосвязано с эмоционально-волевым и деятельностным компонентами отношения к здоровью младших школьников.

#### **Теоретико-методологическая основа исследования**

В качестве основы для исследования были использованы общетеоретические положения о личности как активном субъекте жизнедеятельности (К.А. Абульханова-Славская, Б.Г. Ананьев, Б.С. Братусь, А.В. Брушлинский, Л.С. Выготский, М.М. Кашапов, Н.В. Клюева, А.Ф. Лазурский, С.Л. Рубинштейн, В.И. Слободчиков); системный подход к пониманию категории здоровья (Б.С. Братусь, И.В. Дубровина, В.Н.

Мясищев, Г.С. Никифоров); социокультурный подход к осмыслению категории «здоровье» (В.А. Ананьев, В.М. Розин, Б.Г. Юдин); системный подход изучения личности и деятельности (Б.Г. Ананьев, В.В. Козлов, Б.Ф. Ломов, В.В. Новиков, В.Д. Шадриков) и культурно-историческая теория развития высших психических функций, рассматривающая социальную среду как источник развития личности ребенка (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия); системный подход к изучению мотивационной структуры личности (Б.Г. Ананьев, В.Г. Асеев, Л.И. Божович, Е.П. Ильин, И.С. Кон, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, В.Н. Мясищев, С.Л. Рубинштейн и др.); теория деятельности и социальной ситуации развития (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, Б.Д. Эльконин); концепция «психология отношения» (А.Ф. Лазурский, Е.В. Левченко, В.Н. Мясищев, С.П. Франк); положение об определяющей роли образа жизни человека для его здоровья (Л.И. Анцифирова, А.Г. Асмолов, А.В. Басов, А.К. Зиньковский, Ю.П. Лисицын, А.М. Малыгин, В.В. Новиков, Л.Ф. Тихомирова); положения о влиянии семьи на формирование личности ребенка (Р. Бернс, А.Я. Варга, Ю.Б. Гиппенрейтер, А.Б. Добрович, В. Леви, А.М. Прихожан, А.С. Спиваковская, В.В. Столин, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий).

#### **Методы исследования:**

- теоретические методы (теоретико-методологический анализ, обобщение и интерпретация научных данных);
- психодиагностические методы:
  - для детей младшего школьного возраста: анкета «Я и мое здоровье», методика незаконченных предложений, проективный рисуночный тест «Здоровье», методика «Ценностные ориентации детей младшего школьного возраста» Т.В. Брагиной, методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейна и многофакторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла, Р.В. Коан для изучения личностных особенностей детей;
  - для родителей: социально-психологическая анкета «Здоровье моего ребенка», методика незаконченных предложений, опросник «Способы сохранения и укрепления здоровья», методика Дембо-Рубинштейна и методика «Ценностные ориентации детей младшего школьного возраста» Т.В. Брагиной для изучения оценки ребенка родителем, MUST-тест П.Н. Иванова, Е.Ф. Колобовой, тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина;
  - анализ медицинских сведений, полученных от родителей, медицинских работников школы, анкетирование классных руководителей;
- статистическая обработка данных с использованием программ «STATISTICA» версия 6.0, корреляционный анализ, метод статистической обработки – Mann-Whitney U Test, непараметрический тест Спирмена, непараметрический тест Вилкоксона, непараметрический тест Хи-квадрат, дисперсионный анализ ANOVA, контент-анализ.

### **Этапы проведения исследования**

Исследование проводилось в период с 2005 по 2009 гг.

I этап – 2005 - 2006 гг. Теоретическое исследование основных подходов и определение методологических основ проблемы, формирование целей и задач исследования, разработка инструментария проверки гипотезы исследования.

II этап – 2007 - 2008 гг. Подготовка и проведение исследования в школах г. Ярославля, обобщение и систематизация полученного материала.

III этап – 2008 - 2009 гг. Подведение итогов эмпирического исследования, уточнение отдельных теоретических положений, описание и интерпретация результатов исследования.

Общий объем выборки – 733 человека.

В исследовании приняли участие 360 детей младшего школьного возраста (1 и 4 классов) и 373 родителей, классные руководители, медицинские работники средних общеобразовательных школ г. Ярославля. Данные школы, одна из которых – школа типа гимназии с углубленным изучением французского языка, другая – традиционная общеобразовательная школа, были выбраны с целью изучения возможных отличий отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей в зависимости от типа общеобразовательного учреждения. Выборка состояла из учащихся 1 классов в количестве – 197 человек, учащихся 4 классов в количестве – 163 человека; их родителей – 257 матерей, 116 отцов.

### **Научная новизна исследования:**

- выявлены особенности отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей через когнитивный, эмоционально-волевой, деятельностный и ценностный компоненты;

- выделены типы отношения к здоровью у детей младшего школьного возраста, их матерей и отцов, дана характеристика особенностей самосохранительного и рискованного типов отношения к здоровью;

- выявлена и охарактеризована взаимосвязь отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и отношения к здоровью их родителей, у отца и матери обозначена специфическая роль по каждому из компонентов, которая проявляется во влиянии отношения к здоровью матери на когнитивный и ценностный компоненты отношения к здоровью младшего школьника, а отношения к здоровью отца – на эмоционально-волевой и деятельностный компоненты отношения к здоровью детей данной возрастной группы;

- выявлены различия между детьми младшего школьного возраста самосохранительного и рискованного типов не только по особенностям отношения к здоровью, но и по личностным особенностям (уровнем самооценки, самоконтроля, фрустрированности).

### **Теоретическая значимость исследования:**

– выявлены и описаны два ведущих типа отношения к здоровью, а также их компонентный состав; выявлены и описаны особенности отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей, которые проявляются в особенностях когнитивного, эмоционально-волевого, деятельностного и ценностного компонентов;

– проведен теоретико-методологический анализ понятия «отношение к здоровью», позволяющий обобщить существующие научные представления об этом социально-психологическом феномене;

– результаты исследования вносят вклад в понимание разнообразия типов отношения к здоровью и способствуют дальнейшему изучению вопросов формирования такого отношения к здоровью, которое, выступая как внутренний механизм саморегуляции деятельности и поведения человека в сфере здоровья, будет способствовать его сохранению и укреплению;

– теоретически обоснован подход к формированию самосохранительного отношения к здоровью детей младшего школьного возраста.

#### **Практическая значимость исследования:**

– сформулированные в диссертационном исследовании выводы могут применяться при планировании деятельности по сохранению, укреплению и развитию здоровья детей младшего школьного возраста;

– апробированный комплекс психодиагностических методик может использоваться для изучения уровня физического, психического и социального благополучия учащихся и классных коллективов, индивидуальном консультировании детей младшего школьного возраста и их родителей;

– материалы исследования могут применяться для повышения компетентности в сфере здоровья участников образовательного процесса (педагоги, родители, учащиеся) в общеобразовательных учреждениях, а также позволяют разработать оптимальные стратегии работы педагога-психолога с детьми и родителями разных типов отношения к здоровью, могут быть использованы для создания тренингов, обучающих курсов с целью формирования самосохранительного отношения к здоровью у детей и их родителей.

**Достоверность и обоснованность результатов исследования** подтверждается тем, что работа базируется на достижениях методологии современной психологии. Исходные теоретические положения отражают тенденции, сложившиеся в современной социальной психологии и психологии здоровья. Осуществлена квалифицированная экспертиза результатов, применялись апробированные методы исследования, качественный и количественный анализ эмпирических данных.

#### **Апробация и внедрение результатов исследования**

Основные положения и результаты диссертационного исследования обсуждались на заседаниях кафедры консультационной психологии

Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова, на международной конференции «Психологическое и социально-педагогическое сопровождение детей и молодежи» (Ярославль, 2005), на XII Всероссийской научно-практической конференции «Образование в России: психологические, педагогические, медицинские, экологические аспекты» (Калуга, 2008), на I Международной научно-практической конференции «Методология, теория и практика профессиональной деятельности психолога-консультанта» (Казань, 2009), на Круглом столе с международным участием «Психология здоровья: новое научное направление» (Санкт-Петербург, 2009), на II Молодежном психолого-социальном Конгрессе (Санкт-Петербург, 2009), на IV Международной ежегодной научно-практической конференции «Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики» (Казань, 2009), на Международной научно-практической конференции «Личность и общество: проблемы философии, психологии и социологии» (Пенза, 2010), на Всероссийской заочной научной конференции «Современные технологии начального образования» (Барнаул, 2010).

Возможности внедрения результатов исследования рассматривались на обучающих семинарах МОУ ГЦПМСС по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей (Ярославль, 2007, 2008, 2009), на курсах повышения квалификации для зам. директоров школ г. Ярославля (2008, 2009), на Областной научно-практической психологической конференции «Деятельность службы практической психологии образования в современных условиях» (Ярославль, 2009).

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. В отношении к здоровью проявляются два ведущих типа: самосохранительный и рискованный. Отношение к здоровью включает в себя когнитивный, эмоционально-волевой, деятельностный, ценностный компоненты, которые взаимосвязаны между собой. Тип отношения к здоровью родителей вариативно связан с типом отношения к здоровью ребенка младшего школьного возраста.

2. Самосохранительный тип отношения к здоровью направлен на сохранение здоровья и продление жизни человека, способствует адаптации человека к изменяющимся условиям окружающей среды. Рискованный тип отношения к здоровью препятствует сохранению здоровья и продлению жизни человека, мешает адаптации человека к изменяющимся условиям окружающей среды. Дети самосохранительного типа в отличие от детей рискованного типа обладают определенными личностными особенностями, способствующими компетентности в сфере здоровья, эмоциональному и социальному благополучию. Матери в большей степени, чем отцы, формируют данные личностные особенности.

3. Отношение к здоровью у детей младшего школьного возраста характеризуется следующими особенностями: уровень компетентности в

вопросах сохранения физического здоровья выше, чем психического и социального; ценность «здоровье» не является ведущей в данном возрасте; в образе жизни младшего школьника представлены негативные индикаторы (низкие показатели режима труда, сна, питания, отдыха, психологического самочувствия и др.) с тенденцией к ухудшению к окончанию срока обучения в начальной школе.

4. Отношение к здоровью у родителей детей младшего школьного возраста характеризуется следующими особенностями: уровень компетентности родителей в вопросах сохранения физического здоровья выше, чем психического и социального; степень соответствия знаний, действий, ценностных ориентаций требованиям здорового образа жизни у матерей выше, чем у отцов.

5. Отношение к здоровью детей младшего школьного возраста взаимосвязано с отношением к здоровью их родителей. Отношение к здоровью матери значимо взаимосвязано с когнитивным и ценностным компонентами отношения к здоровью младшего школьника. Отношение к здоровью отца значимо взаимосвязано с эмоционально-волевым и деятельностным компонентами отношения к здоровью младшего школьника. Стиль воспитания отцов оказывает более значимое влияние на формирование отношения к здоровью у детей данной возрастной группы, чем стиль воспитания матерей.

**Структура и объем работы:** диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, содержит 33 таблицы, 13 рисунков, 12 приложений. Библиография включает 115 наименований, из них на иностранном языке – 11. Объем диссертации – 160 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во **введении** обоснована актуальность диссертационного исследования; определены объект и предмет исследования; обозначены цель, гипотезы и задачи исследования; раскрыта научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, даны сведения по апробации и внедрению результатов исследования; изложены положения, выносимые на защиту.

**В первой главе «Теоретико-методологические основы исследования отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей»** дан анализ проблемы изучения и формирования отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей.

В первом параграфе «Отношение к здоровью как социально-психологическое понятие» рассмотрены исторические аспекты становления понятия «здоровье» в разных науках, отмечается имеющееся многообразие в понимании категории «здоровье», междисциплинарный характер рассмотрения проблематики здоровья (медицина, философия, социология, культурология, психология, педагогика), отсутствие единого понятийного

аппарата. С точки зрения психологов, здоровье является системным понятием, включающим в себя признаки физического, психического и социального благополучия человека (Б.С. Братусь, И.В. Дубровина, В.Н. Мясищев, Г.С. Никифоров).

Также были рассмотрены категории «отношение» (К.А. Абульханова-Славская, Л.И. Божович, С.Д. Дерябо, В.М. Кабаева, В.Н. Мясищев, К.К. Платонов), «отношение к здоровью» (Р.А. Березовская, И.В. Журавлева, В.М. Кабаева, Н.Л. Коновалова, Г.С. Никифоров, А.А. Реан). Теоретико-методологической основой изучения отношения человека к своему здоровью (А.Ф. Лазурский, Е.В. Левченко, В.Н. Мясищев, С.П. Франк) можно признать концепцию «психология отношений», как наиболее разработанную в психологической науке. С точки зрения социальной психологии, значимо исследовать отношение к здоровью через основные структурные компоненты отношения (когнитивный, эмоционально-волевой, деятельностный, ценностный), факторы (внешние и внутренние), влияющие на отношение к здоровью, возрастной аспект отношения к здоровью, роль ближайшего социального окружения (семьи) в формировании отношения к здоровью (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, Б.Д. Эльконин). Формирование отношения к здоровью – сложный социально-психологический процесс, результат взаимодействия значительного числа факторов. Он важен для всех возрастных групп населения, но наибольшую значимость имеет для детей, как перспективной группы населения, открытой для воспитательного воздействия (И.В. Журавлева).

Во втором параграфе «Факторы, влияющие на формирование отношения к здоровью у младших школьников» описывается многообразие факторов, влияющих на формирование отношения к здоровью у младших школьников, рассматривается семья, как один из значимых социальных институтов, оказывающих влияние на этот процесс (А.Я. Варга, А.С. Спиваковская, В.В. Столин).

В России концепцию ответственности семьи за здоровье развивают Н.Г. Андреева, Л.В. Водогреева, Н.В. Гладышева, И.Н. Гурвич, Л.Г. Камсюк. По их данным, семью в качестве основной референтной группы формирования здорового образа жизни называют около половины опрошенных в ряде городов России. Семья выступает как социальный институт и как малая группа со своими семейными интеракциями, направленными на достижение тех или иных результатов семейного поведения.

Семья как непосредственная среда жизни младшего школьника предполагает наследование ребенком здоровья своих родителей и других родственников, влияет на изменение его здоровья, исходя из индивидуальных возможностей, формирует здоровье (формирование внутреннего образа жизни семьи, определенных традиций, обучение школьника соответствующим навыкам, привитие санитарно-гигиенической и

психологической культуры и т.д.). Ближайшее семейное окружение влияет как на формирование состояния здоровья ребенка младшего школьного возраста, так и на его отношение к здоровью. Изучение особенностей отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей может помочь определить направления работы психолога с целью формирования у детей адекватного отношения к своему здоровью, самосохранительного поведения, ценностно-смысловой мотивации в сфере здоровья.

Положение об определяющей роли образа жизни человека для его здоровья было отражено в работах многих авторов (Л.И. Анцифирова, А.Г. Асмолов, А.В. Басов, А.К. Зиньковский, Ю.П. Лисицын, А.М. Малыгин, В.В. Новиков, Л.Ф. Тихомирова), значит, формируя адекватное отношение к здоровью, возможно улучшить качество здоровья.

При большом количестве работ, посвященных изучению роли семьи в формировании личности ребенка младшего школьного возраста, влиянии семьи на здоровье детей, мало изученной в психологической науке является область изучения отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей. В данной работе отношение к здоровью рассматривается как взаимосвязь личности с объектами и явлениями действительности, сохраняющими или разрушающими здоровье человека. Особенности отношения к здоровью исследуются через изучение следующих компонентов: когнитивного, эмоционально-волевого, деятельностного, ценностного, которые взаимосвязаны между собой.

**Во второй главе «Эмпирическое исследование особенностей отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей»** представлены цели исследования, методические и эмпирические задачи, дано обоснование выбора методов исследования, описаны и проинтерпретированы результаты, на основе полученных данных сделаны выводы.

Исследование особенностей отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей предполагало проведение диагностики в следующих плоскостях:

– биогенетическая (определение группы здоровья детей, наличия хронических заболеваний, наследственных заболеваний, физкультурной группы, частота заболеваний, скорость выздоровления);

– социально-семейная (изучение социальных характеристик семей: состава семьи, социального статуса родителей, образования родителей, материального положения семьи, условий проживания ребенка и изучение особенностей семейного воспитания: психологического климата в семье, стилей семейного воспитания, методов воспитания);

– социально-психологическая (изучение особенностей отношения к здоровью через когнитивный, эмоционально-волевой, деятельностный, ценностный компоненты у детей младшего школьного возраста и их

родителей; изучение личностных особенностей детей младшего школьного возраста).

На первом этапе исследования были изучены особенности отношения к здоровью детей младшего школьного возраста. Для этого были выявлены особенности когнитивного, эмоционально-волевого, деятельностного, ценностного компонентов отношения к здоровью детей. Каждый из компонентов включал в себя несколько изучаемых характеристик, по которым можно оценить уровень сформированности компонента. Когнитивный компонент – изучение самооценки детьми своего здоровья (физического, психического и социального), спектра представлений о здоровье, понимание основных факторов риска и антириска в сфере здоровья. Эмоционально-волевой компонент – изучение уровня тревожности в сфере здоровья, спектра переживаний по отношению к здоровью. Деятельностный компонент – степень соответствия действий, поступков детей требованиям здорового образа жизни, оценку родителями и педагогами образа жизни детей, их активности в сфере здоровья. Ценностный компонент – место здоровья в системе ценностных ориентаций ребенка.

В результате анализа полученных данных были определены особенности разных компонентов отношения к здоровью у младших школьников и проблемные зоны по каждому из компонентов. С помощью контент-анализа был изучен весь спектр представлений о здоровье детей данного возраста. Несмотря на то, что здоровье понимается детьми как состояние физического, психического, социального благополучия, наиболее компетентными они являются в области физического здоровья. Следовательно, приоритетным направлением является повышение компетентности детей младшего школьного возраста в области психического и социального здоровья.

Сфера здоровья вызывает у детей эмоционально насыщенные переживания. Данные, полученные нами, свидетельствуют о том, что 38,61% рисунков детей имеет эмфатический характер. Позитивный образ здоровья представлен у 65 (18,05%) учащихся, негативный – 90 (25%), нейтральный – 205 (56,94%). Присутствие признаков тревоги, напряженности было отмечено в 185 (51,39%) детских рисунков, признаков агрессии у 32 (8,9%). Спектр эмоциональных переживаний достаточно широк, преобладают нейтральные образы, но достаточно большое количество детей воспринимают здоровье, как сферу, в которой есть определенные трудности, в связи с чем ребенок испытывает тревогу, внутреннее эмоциональное напряжение, проявляет агрессию. Необходимо оптимизировать уровень тревожности по отношению к ситуациям, связанным со здоровьем, и через эмоционально позитивное восприятие детьми сферы здоровья воздействовать на формирование самосохранительного отношения к здоровью.

Образ жизни младшего школьника (режим труда и отдыха, организация досуга, рациональное питание, психологическое самочувствие,

удовлетворенность общением) характеризуется негативными индикаторами (низкие показатели режима труда, сна, питания и отдыха). С помощью метода статистической обработки – Mann-Whitney выявлена тенденция к ухудшению некоторых показателей образа жизни младшего школьника к окончанию начальной школы: снижаются показатели режима труда и отдыха, психологического самочувствия в школе по позициям: ложится спать до 22 часов (3,43 у первоклассников и 2,36 у четвероклассников,  $p < 0,01$ ), наличие свободного времени для игр (3,39 у первоклассников и 3,09 у четвероклассников,  $p < 0,05$ ), хорошее настроение в школе (3,86 у первоклассников и 3,53 у четвероклассников,  $p < 0,05$ ). Между мальчиками и девочками есть значимые различия по позициям: «снятся хорошие сны» (3,06 у мальчиков против 3,48 у девочек,  $p < 0,01$ ) и успешному взаимодействию со сверстниками «зовут играть» – (3,39 у мальчиков и 3,81 у девочек,  $p < 0,05$ ). К концу начальной школы у детей ухудшается показатель оценки своего здоровья (3,62 у первоклассников против 3,45 у четвероклассников,  $p < 0,01$ ). Родители подтверждают, что лишь небольшая часть детей соблюдает режим дня. Наряду с развивающими, творческими занятиями большое место занимают и просмотр телевизора, занятия на компьютере; а если данное занятие является для ребенка любимым, то это может привести к значительным нарушениям жизнедеятельности ребенка, и, как следствие, к ухудшению его здоровья. Таким образом, период окончания начальной школы является критическим для здоровья учащихся, необходимо усиление профилактической работы с целью минимизации рисков.

Среди характеристик, отражающих Идеальное-Я ребенка, лидируют следующие: умный, красивый, аккуратный. Характеристика – здоровый – находится на пятом месте с достаточно низким значением, причем этот показатель существенно ниже, чем у родителей, т.е. не является ведущей ценностной ориентацией в данном возрасте, что является препятствием для формирования ценностно-смысловой мотивации сохранения и укрепления здоровья.

При изучении отношения к здоровью важно обратить внимание на взаимосвязь компонентов отношения к здоровью. Для статистической обработки полученных данных был использован непараметрический тест Спирмена, позволяющий выявить взаимосвязи компонентов отношения к здоровью. Компоненты, входящие в состав отношения к здоровью у детей младшего школьного возраста, все взаимосвязаны, корреляции на уровне значимости  $p < 0,001$  между когнитивным и деятельностным, когнитивным и ценностным, деятельностным и ценностным компонентами.

Когнитивный компонент ребенка взаимосвязан на уровне значимости  $p < 0,01$  с позициями двигательной активности (зарядка), хорошего сна, настроением дома, на уровне значимости  $p < 0,05$  с позициями питания, дозированного просмотра телевизора, наличием свободного времени,

настроением в школе, самоконтролем ребенка на уровне значимости  $p < 0,001$  с уровнем интеллекта ребенка.

Деятельностный и эмоционально-волевой компоненты ребенка взаимосвязан на уровне значимости  $p < 0,001$  с позициями оценки здоровья ребенком, скоростью выздоровления, с уровнем самооценки, активностью родителей в сфере здорового образа жизни, личностными особенностями (уравновешенность, Сила Я - эмоциональная устойчивость, Сила сверх-Я – высокая совестливость, пармия – смелость, гипертимия – уверенная адекватность, высокий самоконтроль поведения, нефрустрированность).

Ценностный компонент ребенка взаимосвязан на уровне значимости  $p < 0,001$  с оценкой здоровья ребенком, самооценкой – здоровый, общей самооценкой, личностными особенностями (аффектотимия – доброта). На уровне значимости  $p < 0,01$  – со скоростью выздоровления, двигательной активностью, оптимальным выполнением домашних заданий, самооценкой (счастье, красота, успех), личностными особенностями (пармия – смелость), на уровне значимости  $p < 0,05$  – с режимом питания, самооценкой (умный), личностными особенностями (интеллект, Сила Я – эмоциональная устойчивость, гипертимия – уверенная адекватность).

Для изучения отношения к здоровью более тщательно для определения уровня сформированности компонентов мы ввели следующую систему значений: низкий уровень, средний уровень, высокий уровень. Нами были проанализированы все компоненты отношения к здоровью у детей и распределены по группам в зависимости от общего количества испытуемых и максимального значения каждого компонента (см. табл. 1).

Общее количество типов – 27.

Результатом следующего этапа исследования стало выделение в отношении к здоровью младших школьников трех интегральных показателей, по уровню сформированности которых можно оценить тип отношения к здоровью у младшего школьника, а именно: если хотя бы один из интегральных показателей имеет низкий уровень сформированности, то отношение к здоровью имеет рискованный характер. Если все компоненты имеют средний или высокий уровень сформированности, то отношение к здоровью у данного испытуемого носит самосохранительный характер. В результате дети были распределены по двум типам отношения к здоровью: самосохранительный (направленный на сохранение здоровья и продление жизни человека, способствующий адаптации человека к изменяющимся условиям окружающей среды) и рискованный (препятствующий сохранению здоровья и продлению жизни человека, мешающий адаптации человека к изменяющимся условиям окружающей среды). По данным нашего исследования, 31,52% детей рискованно относятся к своему здоровью, а 68,48% имеют самосохранительный тип отношения к здоровью.

Таблица 1.

Компоненты отношения к здоровью детей младшего школьного возраста

| Компоненты отношения к здоровью        | Уровень сформированности компонентов – представленность у детей младшего школьного возраста (% от общего количества) |
|--|--|
| Когнитивный                            | низкий – 11,67%<br>средний – 75,88%<br>высокий – 12,45%  |
| Эмоционально-волевой<br>Деятельностный | низкий – 15,95%<br>средний – 68,48%<br>высокий – 15,56%  |
| Ценностный                             | низкий – 12,06%<br>средний – 70,04%<br>высокий – 17,90%  |

Наиболее распространенные типы отношения к здоровью у детей младшего школьного возраста:

- 1-й тип: знающий, активный, ценящий здоровье – 37,23%;
- 8-й тип: знающий, малоактивный, ценящий здоровье – 10,28%;
- 2-й тип: знающий, активный, высокоценящий здоровье – 8,89%;
- 4-й тип: знающий, высокоактивный, ценящий здоровье – 6,12%;
- 7-й тип: малознающий, активный, ценящий здоровье – 5,56%.

Целью следующего этапа исследования было определение различий детей самосохранительного и рискованного типов с помощью метода Mann-Whitney (см. табл. 2).

Таблица 2.

Взаимосвязь типа отношения к здоровью с образом жизни и личностными особенностями младшего школьника

|  | Типы отношения детей к здоровью |             |
|--|---------------------------------|-------------|
|  | Самосохранительный              | Рискованный |
| Оценка состояния здоровья ребенком*      | 3,73                            | 3,43        |
| Двигательная активность**                | 3,60                            | 3,37        |
| Питание***                               | 3,15                            | 3,09        |
| Режим сна***                             | 3,77                            | 2,25        |
| Качество сна**                           | 3,60                            | 3,00        |
| Режим отдыха***                          | 3,59                            | 2,50        |
| Гигиена**                                | 4,07                            | 3,35        |
| Оптимальное выполнение домашних заданий* | 3,99                            | 2,86        |
| Дозированный просмотр телевизора***      | 3,52                            | 1,98        |
| Наличие свободного времени***            | 3,63                            | 2,74        |
| Количество контактов                     | 3,83                            | 3,34        |

|                               |       |       |
|-------------------------------|-------|-------|
| со сверстниками*              |       |       |
| Хорошее настроение в школе*** | 4,01  | 3,33  |
| Хорошее настроение дома***    | 4,23  | 3,68  |
| Самооценка (здоровье)*        | 4,10  | 3,72  |
| (успех)*                      | 4,24  | 3,72  |
| (счастье)**                   | 4,37  | 3,94  |
| (общая)*                      | 20,99 | 19,40 |
| Аффектотимия*                 | 3,33  | 2,98  |
| Эмоциональная устойчивость*   | 3,22  | 2,87  |
| Возбудимость*                 | 2,12  | 2,51  |
| Фрустрированность*            | 2,28  | 2,67  |
| Самоконтроль**                | 2,55  | 2,11  |

\* - различия на уровне значимости  $p < 0,05$

\*\* - различия на уровне значимости  $p < 0,01$

\*\*\* - различия на уровне значимости  $p < 0,001$

Таким образом, дети младшего школьного возраста самосохранительного типа, по сравнению с детьми рискованного типа, лучше оценивают состояние своего здоровья, более социально компетентны, лучше справляются с обучением, у них выше уровень самооценки, самоконтроля, лучше организованы учебная деятельность и отдых, они более эмоционально устойчивы, способны удовлетворять потребности.

Следующим этапом исследования было изучение особенностей отношения к здоровью родителей детей младшего школьного возраста. Каждый из компонентов отношения к здоровью включал в себя несколько изучаемых характеристик, по которым можно оценить уровень сформированности компонента. Когнитивный компонент – изучение самооценки родителями своего здоровья, спектра их представлений о здоровье, понимание основных факторов риска и антириска в сфере здоровья, оценки родителями здоровья ребенка, представлений о способах сохранения и укрепления здоровья, представления родителей о знаниях и действиях ребенка в сфере здоровья. Эмоционально-волевой компонент – изучение уровня тревожности в сфере здоровья, спектра переживаний по отношению к здоровью. Деятельностный компонент – степень соответствия действий родителей требованиям здорового образа жизни, оценку детьми активности родителей в сфере здоровья. Ценностный компонент – место здоровья в индивидуальной иерархии ценностей родителя.

Было выявлено, что здоровье понимается родителями как состояние физического, психического, социального благополучия, причем уровень компетентности родителей в вопросах сохранения физического здоровья выше, чем психического и социального. В большей степени у родителей среди способов заботы о своем здоровье представлены факторы, касающиеся заботы о физическом здоровье, а именно: двигательная активность (у отцов –

55,17%, у матерей – 47,47%), отдых (у отцов – 21,55%, у матерей – 28,79%), правильное питание (у отцов – 16,37%, у матерей – 52,91%), обращение ко врачу (у отцов – 14,65%, у матерей – 15,95%), отказ от вредных привычек (у отцов – 14,65%, у матерей – 9,72%), регулярное наблюдение за своим здоровьем (у отцов – 13,79%, у матерей – 19,45%), соблюдение режима дня (у отцов – 9,48%, у матерей – 23,73%). Значительно меньше представлены факторы, отражающие заботу о психическом и социальном здоровье, а именно: положительное отношение к себе (у отцов – 6,89%, у матерей – 9,72%), уважительное отношение к людям (у отцов – 2,58%, у матерей – 7,39%), духовная жизнь (у отцов – 1,72%, у матерей – 4,66%), управление эмоциями (у отцов – 0,86%, у матерей – 8,56%). Можно отметить, что матери, по сравнению с отцами, более информированы в области здоровья. Таким образом, как и у детей, важным направлением в работе с матерями является повышение их компетентности в области психического и социального здоровья, а в работе с отцами – в области физического, психического и социального здоровья.

На первом месте среди представлений родителей о знаниях и действиях своего ребенка в сфере здоровья находится характеристика: «у него нет проблем со своим здоровьем» (31,12% матерей, 44,82% отцов).

При этом оценивают здоровье своего ребенка как хорошее – 57,75% отцов и 46,3% матерей; как удовлетворительное – 41,37% отцов и 53,3% матерей. Однако оценка врачом здоровья детей значительно отличается, а именно: с 1-й группой здоровья (здоровых) детей нет вообще, со 2-й группой здоровья (имеющих заболевания, но не хронического характера) – 67,24% детей (из детей отцов), 66,14% детей (из детей матерей), с 3-й группой здоровья (имеющих хронические заболевания) – 32,75% детей (из детей отцов), 33,46% детей (из детей матерей). Выявлено противоречие между оценкой здоровья ребенка родителями и объективными показателями здоровья детей. Таким образом, родители не критично относятся к оценке здоровья своего ребенка, имеет место низкая информированность родителей о том, как оценить здоровье своего ребенка. В деятельностном компоненте матери показывают более высокий результат, по сравнению с отцами, по позициям: рациональное питание (3,91 у матерей и 3,57 у отцов), соблюдение режима дня (3,61 у матерей и 3,37 у отцов), соблюдение личной гигиены (4,91 у матерей и 4,66 у отцов), уважительное отношение к людям (4,64 у матерей и 4,5 у отцов), своевременное обращение ко врачу (3,61 у матерей и 3,39 у отцов), закаливание (2,23 у матерей и 2,10 у отцов), полноценная духовная жизнь (3,78 у матерей и 3,64 у отцов), отказ от употребления психоактивных веществ (3,62 у матерей и 3,32 у отцов), т.е. степень соответствия действий и поступков требованиям здорового образа жизни у матерей выше, чем у отцов.

Ценность здоровья не является ведущей как среди отцов (на 6 месте, 14,65%), так и среди матерей (на 5 месте, 18,28%), что мешает

формированию ценностно-смысловой мотивации сохранения и укрепления здоровья у родителей. В идеальных представлениях родителей о ребенке наиболее высокую позицию занимает характеристика – здоровый, а наиболее низкую позицию – сильный. Можно отметить существенное различие идеального и реального по позиции – здоровый. Ценность здоровья ребенка декларируется как самая значимая, в то же время по результатам MUST-теста занимает только пятую позицию у матерей и шестую у отцов. С помощью Статистики Гамма выявлена взаимосвязь ценности здоровья и представлений о здоровье родителей. У матерей ценность здоровья взаимосвязана на уровне значимости  $p < 0,5$  со способами заботы о своем здоровье (питание, уважительное отношение к людям, духовная жизнь, отказ от вредных привычек) и со способами заботы о здоровье своего ребенка (научить ребенка самого заботиться о себе, соблюдение режима, правил гигиены, двигательная активность, личный пример, духовная жизнь, материальный вклад). У отцов ценность (здоровье) взаимосвязана на уровне значимости  $p < 0,5$  со способами заботы о своем здоровье (питание, материальный вклад) и со способами заботы о здоровье своего ребенка (уважительное отношение к людям, отказ от вредных привычек).

Так же, как и у детей определена взаимосвязь компонентов отношения к здоровью. Корреляция компонентов у матерей: есть взаимосвязь компонентов (корреляции на уровне значимости  $p < 0,01$ ) между когнитивным и деятельностным компонентами, корреляции на уровне значимости  $p < 0,001$  между ценностным и когнитивным компонентами. Корреляция компонентов у отцов: корреляции на уровне значимости  $p < 0,001$  между когнитивным и ценностным компонентами, на уровне значимости  $p < 0,01$  между деятельностным и когнитивным компонентами.

Итак, можно отметить различие у отцов и матерей в сформированности когнитивного компонента, а именно: у 29,31% отцов – низкий уровень сформированности, а у матерей низкий уровень когнитивного компонента лишь в 15,95% случаях. Среди отцов больше испытуемых, демонстрирующих низкий уровень осведомленности в сфере здоровья, чем среди матерей. Эмоционально-волевой, деятельностный и ценностный компоненты похожи по количественной представленности у отцов и матерей, но отличается по качественным характеристикам (табл. 3). Показатели всех компонентов свидетельствуют о том, что у многих родителей есть сложности в формировании самосохранительного отношения к здоровью, что проявляется в особенностях их поведения. Рискованный тип отношения проявляется у 43,97% отцов и 35,80% матерей.

Таблица 3.

## Компоненты отношения к здоровью у родителей

| Компоненты<br>отношения к здоровью | Уровень сформированности компонентов |                  |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------|
|                                    | представленность                     | представленность |
|                                    |                                      |                  |

|  | у матерей   | у отцов  |
|--|---|--|
| Когнитивный                            | низкий – 41 (15,95%)<br>средний – 171 (66,54%)<br>высокий – 45 (17,51%) | низкий – 34 (29,31%)<br>средний – 62 (53,45%)<br>высокий – 20 (17,24%) |
| Эмоционально-волевой<br>Деятельностный | низкий - 45 (17,51%)<br>средний – 164 (67,70%)<br>высокий – 38 (14,79%) | низкий – 21 (18,10%)<br>средний – 73 (62,93%)<br>высокий – 22 (18,97%) |
| Ценностный                             | низкий – 43 (16,73%)<br>средний – 173 (67,32%)<br>высокий - 41 (15,95%) | низкий – 23 (19,83%)<br>средний – 72 (62,07%)<br>высокий – 21 (18,10%) |

Среди матерей наиболее распространенными типами отношения к здоровью являются:

- 1-й тип: знающий, активный, ценящий здоровье – 35%.
- 5-й тип: много знающий, действующий, ценящий здоровье – 8,9%.
- 8-й тип: знающий, малоактивный, ценящий здоровье – 7%.
- 2-й тип: знающий, активный, высокоценящий здоровье – 6,2%.
- 4-й тип: знающий, высокоактивный, ценящий здоровье – 5,8%.

Среди отцов наиболее распространенными типами отношения к здоровью являются:

- 1-й тип: знающий, активный, ценящий здоровье – 18,1%.
- 12-й тип: знающий, действующий, малоценящий здоровье – 9,48%.
- 4-й тип: знающий, высокоактивный, ценящий здоровье – 9,48%.
- 2-й тип: знающий, активный, высокоценящий здоровье – 8,62%.
- 7-й тип: малознающий, активный, ценящий здоровье – 8,62%.

Следующим этапом исследования является определение взаимосвязи отношения к здоровью детей младшего школьного возраста с отношением к здоровью их родителей. Родители и дети были распределены по двум группам: самосохранительные и рискованные по принципу: если хотя бы один компонент отношения к здоровью имеет низкое значение, значит, отношение является рискованным. Была проанализирована взаимосвязь типа отношения к здоровью детей и их родителей.

Для того чтобы выявить, являются ли значимыми различия между детьми рискованных и самосохранительных матерей, был использован метод Mann-Whitney. Установлено, что существуют значимые различия: действительно выше следующие показатели ребенка у самосохранительных матерей: оценка состояния здоровья ребенком (3,78 у детей самосохранительных матерей и 3,37 у детей рискованных матерей,  $p < 0,05$ ), количество контактов со сверстниками (3,91 у детей самосохранительных матерей и 3,25 у детей рискованных матерей,  $p < 0,05$ ), самооценка успеха (4,24 у детей самосохранительных матерей и 3,92 у детей рискованных матерей,  $p < 0,01$ ), самооценка общая (20,86 у детей самосохранительных матерей и 19,78 у детей рискованных матерей,  $p < 0,05$ ), идеальное Я ребенка – хороший ученик (3,5 у детей самосохранительных матерей и 3,13 у детей рискованных матерей,  $p < 0,05$ ). Итак, дети у самосохранительных матерей

лучше оценивают свое здоровье, более социально компетентны, выше уровень самооценки, лучше принимают социальную роль – ученик.

С помощью дисперсионного анализа (ANOVA) была поставлена задача выявить, существует ли взаимосвязь между типом матери и объективными показателями состояния здоровья детей разных типов (количеством хронических заболеваний, физкультурной группой, группой здоровья). У матерей самосохранительного типа дети самосохранительного типа имеют значимые различия: меньше количество хронических заболеваний при  $p=0,0464$ , лучше физкультурная группа при  $p=0,06832$ , лучше группа здоровья при  $p=0,12205$ ), в отличие от детей рискованного типа отношения к здоровью. У матерей рискованного типа значимых различий по объективным показателям состояния здоровья между детьми рискованного и самосохранительного типа не было выявлено. Таким образом, самосохранительный тип отношения к здоровью матери имеет значение для объективных показателей состояния здоровья детей самосохранительного типа.

Были выявлены также отличия детей разных типов отношения к здоровью у матерей по некоторым личностным характеристикам, а именно у детей самосохранительных матерей выше показатели по факторам: аффе́ктотимия – доброта, эмоциональная устойчивость, самоконтроль поведения, и ниже по фактору: фрустрированность (см. рис. 1). Итак, тип отношения к здоровью матери взаимосвязан с наличием у детей определенных личностных особенностей.

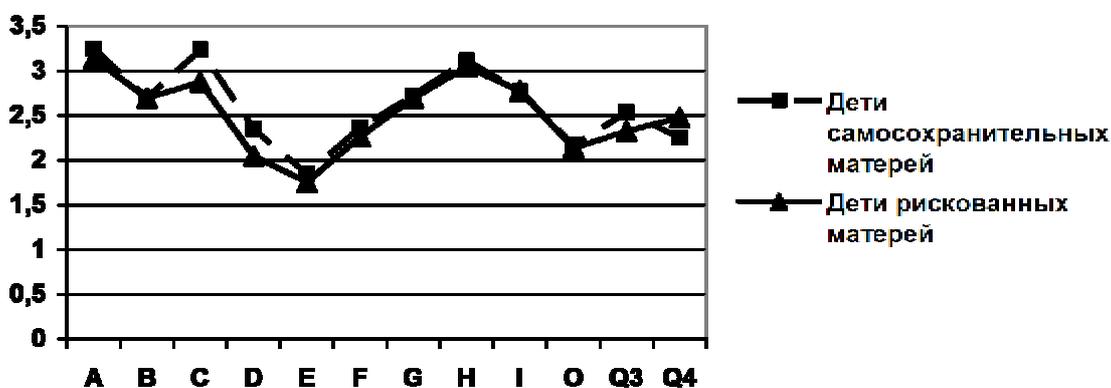


Рис. 1. Сравнительный анализ взаимосвязи типа отношения к здоровью матерей и личностными особенностями их детей (личностные особенности детей выявлены с помощью многофакторного личностного опросника Р.Б. Кеттелла, Р.В. Коан)

Дополнительно были выявлены с помощью непараметрического метода Chi-square следующие особенности матерей в связи с использованием разных методов воспитания: матери в целом используют такой вид наказания, как лишение. Но матери рискованного типа используют данный способ в меньшей степени (см. рис. 2); матери в целом реже используют такой вид наказания, как нравоучение, однако, матери рискованного типа

используют данный способ в меньшей степени (см. рис. 3). Отцы в целом нечасто используют такой вид наказания, как нравоучение, однако, отцы самосохранительного типа используют данный способ чаще, чем отцы рискованного типа (см. рис. 4). Таким образом, самосохранительный тип отношения к здоровью родителей характеризуется большей степенью использования различных методов воспитания.

Можно отметить, что отношение к здоровью матери в большей степени взаимосвязано с когнитивным и ценностным компонентами ребенка. У отцов значимо проявляется взаимосвязь отношения к здоровью отца с эмоционально-волевым и деятельностным компонентами отношения к здоровью ребенка. Также, существует взаимосвязь между отношением к здоровью ребенка и стилями родительского воспитания у родителей, причем особенно ярко данная взаимосвязь проявляется у отцов (см. табл. 4).

При анализе взаимосвязи отношения к здоровью ребенка и компонентов отношения к здоровью родителей наиболее значимо проявляется взаимосвязь когнитивного и ценностного компонента отношения к здоровью матери с отношением к здоровью ребенка и менее значимо выражена взаимосвязь компонентов отношения к здоровью отца с отношением к здоровью ребенка (см. табл. 5).



Рис. 2. Сравнительный анализ взаимосвязи типа отношения к здоровью матерей и использованием методов воспитания

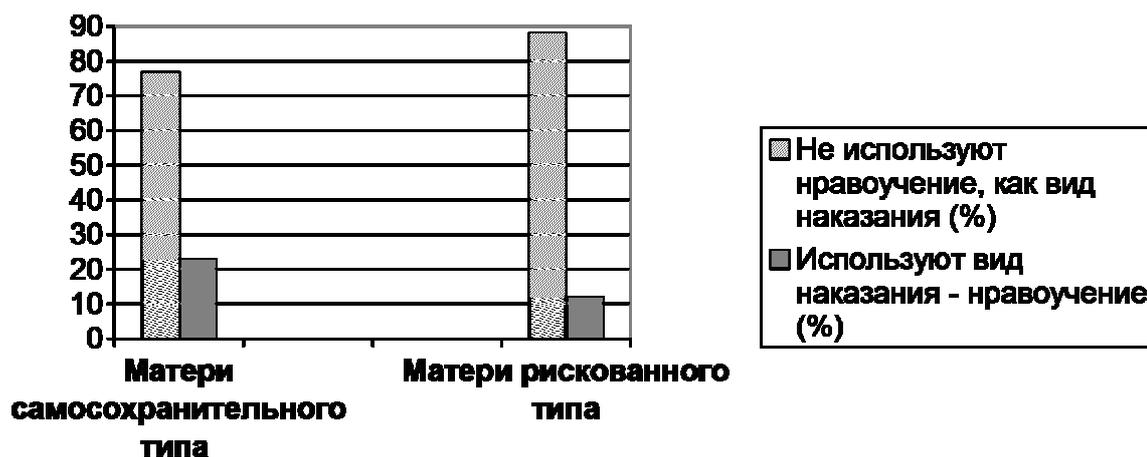


Рис. 3. Сравнительный анализ взаимосвязи типа отношения к здоровью матерей и использованием методов воспитания



Рис. 4. Сравнительный анализ взаимосвязи типа отношения к здоровью отцов и использованием методов воспитания

Таблица 4.

Взаимосвязь компонентов отношения к здоровью ребенка с данными родителей

|   |      |      |
|---|------|------|
| Компоненты отношения к здоровью ребенка | Мать | Отец |
|---|------|------|

|  |  |  |
|--|--|--|
| Когнитивный компонент                            | <p>«+» представление о ребенке (знает лишь некоторые отклонения в собственном здоровье и изредка занимается улучшением своего состояния)*</p> <p>«+»ожидание от ребенка (красивый)*</p> <p>«+» ценность (духовная жизнь)*</p> <p>«+» соблюдение личной гигиены**</p> <p>«-» стиль родительского воспитания (гиперсоциализация)**</p> | <p>«+» представление о ребенке (знает лишь некоторые отклонения в собственном здоровье и изредка занимается улучшением своего состояния)**</p> <p>«-» стиль родительского воспитания (гиперсоциализация)**</p>   |
| Эмоционально-волевой и деятельностный компоненты | <p>«+» ожидание от ребенка (красивый)*</p>   | <p>«+» способ заботы о своем здоровье (уважительное отношение к людям)* «+» способы заботы о здоровье своего ребенка (уважительное отношение к людям, показывать личный пример)*</p> <p>«+» любимое занятие ребенка (ходить в поход)*</p> <p>«-» стиль родительского воспитания (маленький неудачник)*</p> <p>«+» ценность (моральные и личностные качества)** «-»стиль родительского воспитания (отвержение)**</p> <p>«-» стиль родительского воспитания (гиперсоциализация)***</p> |
| Ценностный компонент                             | <p>«+» способ заботы о здоровье (уважительное отношение)** «+» соблюдение режима* «+» ценность (служение людям)*</p> <p>«+» ценность (здоровье)*</p>   | <p>«+»ценность (духовная культура)*</p> <p>«-»стиль родительского воспитания (гиперсоциализация)* «+»ценность (материальный успех)**</p>   |

«+» - положительная корреляция, «-» - отрицательная корреляция; \* - различия на уровне значимости  $p < 0,05$ ; \*\* - различия на уровне значимости  $p < 0,01$ ; \*\*\* - различия на уровне значимости  $p < 0,001$

Взаимосвязь компонентов отношения к здоровью родителей  
с данными ребенка

| Компоненты отношения к здоровью родителей               | Ребенок  |
|---|--|
| Когнитивный компонент матери                            | «+»двигательная активность (подвижные игры)**<br>«+»хорошее настроение в школе**<br>«+»дозированный просмотр телевизора*<br>«+»количество контактов со сверстниками*<br>«+»самооценка (успех)*<br>«+»идеальное Я (хороший ученик)*<br>«+»эмоциональная устойчивость* |
| Эмоционально-волевой и деятельностный компоненты матери | «+»оценка активности родителей в сфере здоровья**<br>«+»взаимодействие со сверстниками (зовут играть)*   |
| Ценностный компонент матери                             | «+» оценка состояния здоровья ребенком*<br>«+» самооценка (счастье)**<br>«+» самооценка (здоровье)*<br>«+» самооценка (общая)*   |
| Когнитивный компонент отца                              | «+»двигательная активность ребенка (подвижные игры)*<br>«+»двигательная активность ребенка (посещение секций)**<br>«+»отсутствие признаков тревоги в рисунке ребенка*  |
| Эмоционально-волевой и деятельностный компоненты отца   | «+»оценка ребенком активности родителей в сфере здоровья **  |
| Ценностный компонент отца                               | «+»режим сна*<br>«+» самооценка (счастье)**<br>«+»самооценка (общая)*  |

«+» - положительная корреляция, «-» - отрицательная корреляция

\* - на уровне значимости  $p < 0,05$

\*\* - на уровне значимости  $p < 0,01$

\*\*\* - на уровне значимости  $p < 0,001$

**Основные выводы по диссертации:**

1. В отношении к здоровью проявляются два ведущих типа: самосохранительный и рискованный. Отношение к здоровью включает в себя когнитивный, эмоционально-волевой, деятельностный, ценностный компоненты, которые взаимосвязаны между собой. Тип отношения к здоровью родителей вариативно связан с типом отношения к здоровью ребенка.

2. Уровень сформированности компонентов отношения к здоровью способствует проявлению следующих типов отношения к здоровью: самосохранительного (направленного на сохранение здоровья и продление жизни человека, способствующего адаптации человека к изменяющимся условиям окружающей среды) и рискованного (препятствующего сохранению здоровья и продлению жизни человека, мешающего адаптации человека к изменяющимся условиям окружающей среды).

3. Дети самосохранительного типа в отличие от детей рискованного типа обладают определенными личностными особенностями (доброта, эмоциональная устойчивость, меньшая возбудимость, более высокий самоконтроль, настойчивость, нефрустрированность), способствующими компетентности в сфере здоровья, эмоциональному и социальному благополучию. У детей самосохранительного типа значимо выше показатели самооценки: оценки здоровья ребенком, самооценкой (здоровье, успех, счастье, общая). Тип отношения к здоровью матери взаимосвязан с наличием у детей определенных личностных особенностей: у детей самосохранительных матерей выше показатели по факторам – доброта, эмоциональная устойчивость, самоконтроль поведения и ниже по фактору – фрустрированность.

4. Тип отношения к здоровью детей младшего школьного возраста связан с особенностями образа жизни: дети самосохранительного типа значимо отличаются от детей рискованного типа по двигательной активности, гигиене, режиму сна и отдыха, наличию свободного времени, позициям эмоционального и социального благополучия.

5. Отношение к здоровью у детей младшего школьного возраста характеризуется следующими особенностями: представления о сфере здоровья разнообразны, включают представления о физическом, психическом и социальном благополучии; уровень компетентности в вопросах сохранения физического здоровья выше, чем психического и социального; ценность «здоровье» не является ведущей в данном возрасте; в образе жизни младшего школьника представлены негативные индикаторы (низкие показатели режима труда, сна, питания, отдыха, психологического самочувствия и др.). К концу начальной школы выявлена тенденция к ухудшению некоторых показателей образа жизни младшего школьника (снижаются показатели режима труда и отдыха, психологического самочувствия в школе).

6. Отношение к здоровью у родителей детей младшего школьного возраста характеризуется следующими особенностями: представления родителей о здоровье включают представления о физическом, психическом, социальном благополучии; уровень компетентности родителей в вопросах

сохранения физического здоровья выше, чем психического и социального; степень соответствия знаний, действий, ценностных ориентаций требованиям здорового образа жизни у матерей выше, чем у отцов.

7. Отношение к здоровью родителей детей младшего школьного возраста характеризуется следующими особенностями: уровень компетентности родителей в вопросах сохранения физического здоровья выше, чем психического и социального; степень соответствия знаний, действий, ценностных ориентаций требованиям здорового образа жизни у матерей выше, чем у отцов.

8. Отношение к здоровью детей младшего школьного возраста взаимосвязано с отношением к здоровью их родителей. Отношение к здоровью матери значимо взаимосвязано с когнитивным и ценностным компонентами отношения к здоровью младшего школьника. Отношение к здоровью отца значимо взаимосвязано с эмоционально-волевым и деятельностным компонентами отношения к здоровью младшего школьника.

9. У матерей самосохранительного типа отношение к здоровью детей связано с объективными показателями состояния здоровья, в отличие от матерей рискованного типа, у которых такой взаимосвязи не выявлено, а именно: если у самосохранительной мамы самосохранительный ребенок, то качество его здоровья выше, чем у рискованного ребенка.

10. Стиль воспитания отцов оказывает более значимое влияние, чем стиль воспитания матерей на формирование отношения к здоровью у детей данной возрастной группы.

Сформулированные теоретические выводы, а также полученные и проанализированные в ходе диссертационного исследования данные позволяют наметить дальнейшие направления исследования отношения к здоровью, как внутреннего механизма саморегуляции деятельности человека. Одним из важных вопросов является разработка стратегий и технологий формирования самосохранительного отношения у детей младшего школьного возраста и их родителей.

**По материалам диссертации опубликованы следующие работы:**

**Статьи в изданиях, рекомендованных ВАК РФ:**

1. Камакина, О.Ю. Особенности отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей / О.Ю. Камакина // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – 2009 – Т. 15. – № 3. – 190 с. – С. 46-49.

**Другие научные публикации:**

2. Камакина, О.Ю. Психолого-медико-социальное сопровождение формирования здорового образа жизни / О.Ю. Камакина // Психологическое и социально-педагогическое сопровождение детей и молодежи: материалы международной научной конференции, 6-8 декабря 2005 г. – Ярославль: ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, 2005. – Т. 1. – С. 87-88.

3. Камакина, О.Ю. Влияние семьи на здоровье подростков в условиях современной России / О.Ю. Камакина // XII Всероссийской научно-практической конференции «Образование в России: психологические, педагогические, медицинские, экологические аспекты»: материалы

конференции. – Калуга: КГПУ им. К.Э. Циолковского, 2008. – Т. 2. – 279 с. – С. 93-96.

4. Камакина, О.Ю. Семья как фактор формирования внутренней картины здоровья ребенка / О.Ю. Камакина, Е.В. Литницкая // Методология, теория и практика профессиональной деятельности психолога-консультанта: материалы I Международной научно-практической конференции, 26-27 марта 2009 г. / под ред. С.В. Петрушина. – Казань: Изд-во «Отечество», 2009. – 152 с. – С. 36-40.

5. Камакина, О.Ю. Отношение к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей / О.Ю. Камакина // Психология здоровья: новое научное направление: материалы круглого стола с международным участием, 14-15 декабря 2009 г. – СПб.: СПбГИПСР, 2009. – 453 с. – С. 422-428.

6. Камакина, О.Ю. Организация работы по профилактике зависимостей в общеобразовательных учреждениях / О.Ю. Камакина // Материалы Второго Молодежного психолого-социального конгресса, 14-15 мая 2009 г. – СПб.: СПбГИПСР, 2010. – 283 с. – С. 179-183.

7. Камакина, О.Ю. Отражение отношения к здоровью детей младшего школьного возраста в графических и вербальных образах / О.Ю. Камакина // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики: материалы IV Международной научно-практической конференции / под ред. С.В. Петрушина. – Казань: Изд-во «Отечество», 2009. – 664 с. – С. 431-436.

8. Камакина, О.Ю. Опыт психологического исследования отношения к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей / О.Ю. Камакина // Личность и общество: проблемы философии, психологии и социологии: сборник статей Международной научно-практической конференции. – Пенза: Приволжский Дом знаний, 2010. – 436с. – С. 174-176.