

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
БАЛТИЙСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ИММАНУИЛА
КАНТА

На правах рукописи



АЛИЕВА Марина Павловна

**ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ**

13.00.01- Общая педагогика, история педагогики и образования

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата педагогических наук

Научный руководитель:

доктор педагогических наук,

доктор психологических наук,

профессор **Серых Анна Борисовна**

Калининград

2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНТНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ	17
1.1.Проблема здоровьесбережения младших школьников в теории и практике педагогической науки	17
1.2.Компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников как психолого-педагогический феномен	38
1.3.Формы и методы формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения в образовательном пространстве школы.....	57
Выводы по первой главе.....	70
ГЛАВА 2. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ КОМПЕТЕНТНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ	74
2.1.Разработка и научное обоснование модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников	74
2.2. Алгоритм реализации модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.....	89
2.3. Анализ результатов экспериментальной работы по внедрению модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.....	99
Выводы по второй главе	123
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	127
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	133
ПРИЛОЖЕНИЕ	161

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Воспитание и обучение являются сложными общественными явлениями, включающими в себя ряд субъектов: институт государства, институт образования, институт семьи и др., социальный смысл которых заключается в целенаправленной, организованной, систематической передаче молодому поколению знаний о социальных отношениях, результатах развития общественного сознания и функционирования различных сфер жизнедеятельности, а так же включение индивида в социальные отношения, общественно-производственную деятельность. Результатом эффективного обучения, воспитания и образования становится формирование психологически, физически и социально здоровой личности, поэтому забота о здоровьесбережении подрастающего поколения является одним из приоритетных направлений государственной политики и определяет стратегию деятельности различных социальных институтов, в частности, образования и семьи. Обеспечение компетентной заботы о сохранении и укреплении здоровья детей в настоящее время становится задачей не только семьи и сферы здравоохранения, но и образования.

На современном этапе развития общества забота о здоровье подрастающего поколения на законодательном уровне внесена в задачи системы образования (Ст. 41 Закона 273-ФЗ «Об образовании в РФ» 2014 г.), что ведет к необходимости осуществления образовательным учреждением здоровьесберегающих функций, а так же сотрудничества семьи и школы в целях поддержания и укрепления здоровья школьников на различных этапах образовательного процесса. Однако при всем многообразии используемых здоровьесберегающих образовательных технологий система образования достаточно обособлена от института семьи, несмотря на то, что именно семья выступает основой формирования здоровой личности и ей определена

первичная роль в воспитательном процессе: «...родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей...» (Ст. 63.пункт 1 СК РФ 2016 г.). Необходимо отметить, что в рамках образовательной деятельности работа в области здоровьесбережения школьников осуществляется профессионально компетентными педагогами, обладающими необходимыми личностными и профессиональными качествами, определяющими образовательное и воспитательное воздействие. Здоровьесберегающая же деятельность родителей зачастую остается «стихийной» и зависящей от внешних и внутрисемейных факторов.

Появившееся в последние годы понятие «компетентность родителей» и ее вариации («родительская компетентность», «педагогическая компетентность родителей», «психолого-педагогическая компетентность родителей», «педагогическая культура родителей», «психолого-педагогическая культура родителей») (С.С. Пиюкова, Е.В. Попова, Л.В. Полякова, В.В. Селина, Н.А. Хрусталькова, С.Н. Щербакова и др.) является отражением того обстоятельства, что невозможно компетентно реализовывать воспитательную функцию в семье, основываясь только на полученном от предыдущих поколений опыте, подтверждением этого факта становятся проблемы детской адаптации, снижение успеваемости, здоровья, связанные с дефицитом педагогических и социально-психологических знаний, умений и навыков родителей.

Проведенный нами мониторинг основных документов (нормативных актов, уставов школ, отчетов о проведении мероприятий, программ и планов развития, данных мониторинга развития, публичных докладов), представленных на официальных сайтах школ города Калининграда позволил выявить ряд тенденций: взаимодействие педагогического коллектива школ с родителями младших школьников ограничено деятельностью в области сотрудничества по вопросам обучения и

воспитания, содействия удовлетворению спроса родителей на образовательные услуги. Вопросы же здоровьесбережения в 94 % рассмотренных документов ограничиваются рекомендациями администрации школы по созданию оптимальных условий для обучения и воспитания детей, в том числе в укреплении их здоровья и организации питания. И, несмотря на то, что здоровьесбережение как приоритетная цель выделена во всех школах, внесено в перечень необходимых задач и реализуется в оздоровительной работе (на уроках физической культуры, проведении тематических праздников, спартакиад и пр.), обучении основам безопасности жизнедеятельности, обеспечении правильным питанием, данная деятельность направлена исключительно на детей. Лишь в 6 % документов о проведённой деятельности школ, помимо общих рекомендаций, представлена просветительская деятельность (лекции, семинары), позволяющая родителям получать информацию о психолого-педагогических особенностях развития детей на разных возрастных этапах, формах и методах здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, современные родители в системе организации здоровьесбережения своего ребенка: не имеют системных знаний, сформированных умений и навыков в организации здоровьесберегающей деятельности по отношению к своему здоровью и здоровью ребенка; неспособны подавать пример здоровьесберегающей деятельности по причине собственных неэффективных установок, несформированных навыков здоровьесбережения и вредных привычек (табакокурение, несоблюдение режима дня, неправильное питание и пр.); старшее поколение (прародители), традиционно обеспечивающие передачу опыта и помощь молодым родителям в здоровьесбережении, в настоящее время не имеет возможности выполнять эту функцию по причине кардинальных трансформаций уклада современной жизни.

В деятельности образовательных учреждений педагогическое просвещение родителей осуществлялось постоянно, однако в последнее

время тенденция дефицита информации, практических знаний в вопросах взаимодействия с ребенком, сохранности и укрепления его физического, психологического и социального здоровья способствует необходимости организации сотрудничества педагогов и родителей в вопросах осуществления здоровьесберегающих функций.

Степень разработанности проблемы исследования. Обращение к проблеме здоровьесбережения детей и формирования компетентности родителей в области сохранения и укрепления здоровья детей и подростков встречается в современных работах, изучающих различные аспекты формирования здоровьесберегающей деятельности. Здоровьесбережение как психолого-педагогический феномен стало предметом изучения В.А. Ананьева, Л.Е. Борисовой, И.И. Брехмана, О.С. Васильевой, Е.В. Дмитриевой, О.Е. Евстифеевой, О.Л. Трещевой, Ф.Р. Филатова и др. В исследованиях данных ученых рассматриваются сущностные характеристики здоровьесбережения личности, принципы, формы, методы и средства здоровьесберегающей деятельности, формирования основ здорового образа жизни, культуры здоровья и др. Работы Л.П. Антиповой, Т.П. Воронцовой, Е.И. Глебовой, Е.Н. Дзятковской, Е.А. Менчинской, С.Г. Палий, Н.К. Смирнова, Т.М. Резер и других специалистов посвящены различным аспектам здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений. Проблемы сохранения здоровья и формирования здорового образа жизни в аспекте семейного воспитания рассмотрены в работах В.Ф. Базарного, М.М. Безруких, М.Н. Недвецкой, Р.В. Овчаровой и других специалистов. Несмотря на большое число исследований данной проблемы в последнее время, далеко не все ее аспекты проработаны в полном объеме, одним из них можно назвать формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

В ходе анализа выше обозначенных проблем нами выявлены **противоречия** между:

- потребностью общества в психологически, физически и социально здоровой личности и отсутствием комплексного подхода к здоровьесбережению подрастающего поколения;

- необходимостью осуществления образовательным учреждением здоровьесберегающей функции и отсутствием педагогически целесообразного взаимодействия и сотрудничества в данном направлении с семьей;

- необходимостью сохранения и укрепления здоровья детей младшего школьного возраста и недостаточным уровнем компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Обозначенные противоречия обусловили выбор проблемы исследования, заключающейся в необходимости создания и научного обоснования модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Актуальность проблемы исследования, ее неразработанность в педагогической науке и практике позволили определить **тему исследования** *«Формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников»*.

Цель исследования - теоретическое и экспериментальное обоснование педагогических условий формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников

Объект исследования – формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Предмет исследования - педагогические условия формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Гипотеза: Формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников будет эффективным, если будут соблюдены следующие педагогические условия:

- формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников войдет в таксономию педагогических целей учреждения начального образования;

- в структуре компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников выделены информационный, деятельностный и личностно-мотивационный компоненты;

- в модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников включены основные задачи, методологические подходы (компетентностный, личностно-ориентированный, системно-деятельностный), принципы, компоненты (информационный, деятельностный, личностно-мотивационный), особенности организации образовательной среды, диагностические средства измерения;

- содержание работы школы по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников обеспечивается за счет организации педагогически целесообразной образовательной среды;

- сформированность компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников диагностируется в соответствии с монографическим описанием по трем уровням информационного, деятельностного, личностно-мотивационного компонентов.

Для достижения поставленной цели и проверки выдвинутой гипотезы нами были сформулированы следующие **задачи**:

1. Выявить сущность, структуру и содержание компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

2. Спроектировать модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников, обосновать условия ее реализации.

3. Разработать диагностический инструментарий и критериальные характеристики уровней сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

4. Проверить эффективность разработанных педагогических условий формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Методологическую основу исследования составили положения компетентностного (В.И. Байденко, И.А. Зимняя, Н.В. Кузьмина, А.К. Маркова, Дж. Равен, М.А. Холодная, А.В. Хуторской и др.); системно-деятельностного (К.А. Абульханова, А.Г. Асмолов, М.Я. Головинская, Б.Т. Лихачев, А.А. Леонтьев, Ю.А. Конаржевский, Б.Ф. Ломов, Л.М. Митина, Е.И. Пассов, С.Л. Рубинштейн, И.К. Шалаев, Т.И. Шамова и др.); личностно-ориентированного (Е.В. Бондаревская, Э.Ф. Зеер, В.Е. Зинченко, Я.Л. Коломинский, А.В. Мудрик, В.В. Сериков, И.С. Якиманская и др.) подходов.

Теоретической основой исследования стали положения, сформулированные в работах отечественных ученых:

- компетентность как качество личности рассматривалась в трудах В.И. Байденко, В.Н. Введенского, Н.А. Гришановой, Э.Ф. Зеера, И.А. Зимней, В.А. Исаева, А.И. Суббето, Ю.Г. Татура, А.В. Хуторского и др.;

- различные аспекты компетентности родителей стали предметом изучения М.М. Безруких, Р.В. Овчаровой, С.С. Пиюковой, Е.В. Поповой, Л.В. Поляковой, В.В. Селиной, Н.Ш. Тюриной, Н.А. Хрустальковой и др.;

- здоровьесбережение как психолого-педагогическая проблема представлена в трудах В.А. Ананьева, В.Ф. Базарного, И.И. Брехмана, О.С. Васильевой, Л.П. Вашлаевой, И.В. Журавлевой, Г.К. Зайцева, О.Р. Кокориной, Е.А. Левановой, Г.С. Никифорова, В.Э. Пахальян, И.Н. Симаевой, Ф.Р. Филатова и др.;

- здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе исследовали Р.И. Айзман, Н.П. Абаскалова, Л.П. Антипова, Т.П. Воронцова,

Л.В. Жабина, А.В. Казанникова, Э.М. Казин, И.Ю. Кокаева, А.Г. Маджуга, Ю.В. Науменко, С.Г. Палий, А.Б. Серых, Н.К. Смирнов, И.В. Чупаха и др.;

- проблемы взаимодействия и сотрудничества педагогов и родителей младших школьников в образовательном процессе стали предметом исследования А.Я. Ворониной, Р.Д. Гаджиева, Т.П. Грибоедовой, И.А. Игнатовой, Т.А. Костюковой, Н.Б. Крыловой, М.Н. Недвецкой, Т.Е. Сергиенко, А.В. Шукаевой, С.М. Юсфина и др.

Методы исследования: теоретические (научный анализ психолого-педагогических источников по проблеме исследования, сравнительный анализ, синтез, классификация и обобщение при изучении нормативных документов и отчетных материалов образовательных учреждений, понятийно-терминологический метод, моделирование); эмпирические (педагогический эксперимент, анкетирование, тестирование); методы математической статистики и обработки результатов исследования (корреляционный анализ, определение достоверности сдвигов с учетом объема выборки).

Этапы исследования: В диссертации обобщены результаты исследования, проведенного соискателем с 2011 по 2015 гг. Исследование осуществлялось в три взаимосвязанных этапа.

Первый этап (2011-2013 гг.) был посвящен анализу философской, психологической, педагогической литературы по проблеме формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников; выявлению содержания и структуры базового понятия «компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников»; определению степени разработанности основных аспектов исследуемой проблемы в современной теории и практике педагогики; проектированию педагогической модели процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников; диагностической работе по выявлению сформированности

компонентов компетентности родителей на констатирующем этапе эксперимента.

Второй этап (2013-2015 гг.) осуществлялся как реализация разработанной модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в ходе формирующего эксперимента; обоснование педагогических условий эффективности данного процесса; диагностическая работа по выявлению уровня сформированности компонентов компетентности родителей на контрольном этапе эксперимента.

Третий этап (2015-2016 гг.) был посвящен анализу и обработке данных, полученных на констатирующем, формирующем и контрольном этапах экспериментальной работы; обобщение результатов и формулировке основных выводов исследования; оформлению диссертации.

Базой исследования стало муниципальное автономное общеобразовательное учреждение лицей № 49 имени В.В. Бусловского г. Калининграда. В опытно-экспериментальной работе по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников приняли участие 280 родителей учеников начальных классов и 150 учащихся младших классов.

Научная новизна диссертационного исследования состоит в следующем:

- выявлено содержание понятия «компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников» как интегративного качества личности, основанного на отношении к здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, включающего в себя сформированность умений, навыков и поведенческих особенностей, необходимых для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья ребенка, а так же готовность формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью;

- определены структурные компоненты компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников: информационный, деятельностный и личностно-мотивационный;

- сконструирована и внедрена в процесс работы образовательного учреждения модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников, обоснованы условия ее эффективной реализации;

- разработано содержание работы школы по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников;

- обоснован диагностический инструментарий и критериальные характеристики уровней сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Теоретическая значимость исследования состоит в: определении сущности, структуры и содержания компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников, позволивших охарактеризовать механизм и динамику ее формирования; проектировании модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников и обоснования условий ее эффективной реализации; обосновании диагностического инструментария и критериальных характеристик уровней сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. Результаты исследования расширяют научные представления о возможностях формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения в условиях образовательного учреждения.

Практическая значимость исследования заключается в экспериментальной апробации модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников; определении содержания работы образовательного учреждения по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения младших

школьников; экспериментальной проверке педагогических условий эффективности формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников; разработке и внедрении в практику работы образовательного учреждения программы для родителей «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников», методических материалов. Полученные в исследовании результаты могут быть использованы в системе повышения квалификации педагогов начальной школы; при создании вариативных программ обучения родителей; разработке учебных курсов подготовки студентов и магистров. Разработанный инструментарий для диагностики компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников может быть использован в исследовательских и прикладных целях практикующими педагогами и специалистами психолого-педагогической службы.

Диссертация соответствует **паспорту специальности 13.00.01** – общая педагогика, история педагогики и образования, поскольку область исследования включает концепции воспитания, обучения и социализации личности средствами образования (п.3), образовательные технологии (п.4), технологии создания и развития образовательной среды, образование взрослых (п.6).

Достоверность результатов исследования обеспечивается методологической обоснованностью, репрезентативностью информационной базы исследования, выбором адекватных условиям осуществляемого исследования методов, соответствующих объекту, целям и задачам работы; применением методов математической статистики для обработки экспериментальных данных, валидностью и надежностью диагностирования, внедрением разработанных теоретических позиций в практику работы образовательного учреждения.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников - интегративное качество личности, основанное на отношении к

здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, включающее в себя сформированность умений, навыков и поведенческих особенностей, необходимых для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья ребенка, а так же готовность формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью. В структуру компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников включены компоненты: информационный, деятельностный и личностно-мотивационный.

2. Модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников представляет собой научное структурирование деятельности образовательного учреждения по реализации взаимодействия семьи и образовательного учреждения с целью сохранения и укрепления здоровья детей, включающее основные задачи, методологические подходы (компетентностный, личностно-ориентированный, системно-деятельностный), принципы, компоненты (информационный, деятельностный, личностно-мотивационный), организацию образовательной среды, диагностические средства измерения и педагогические условия эффективности данного процесса.

3. Эффективность реализации педагогических условий формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников обеспечивается за счет организации педагогически целесообразной образовательной среды, отбора содержания, обеспечивающего формирование у родителей знаний, умений и навыков в области здоровьесбережения младших школьников, мотивацию ведения здорового образа жизни, ценности здоровья и необходимости его сохранения и укрепления, учета индивидуально-личностных особенностей родителей (субъектность) в процессе формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Апробация работы осуществлялись на всех этапах научно-исследовательской деятельности. Отдельные положения, полученные

результаты и работа в целом представлялись и обсуждались на постоянных научных семинарах кафедры психологии и социальной работы Балтийского государственного университета имени И.Канта (2012-2016), международной научно-практической конференции «Ценности и цели современного образования: проблемы и перспективы» (Калининград, 2014 г.), международной научно-практической конференции «Современный университет как центр трансфера новых технологий» (Калининград, 2015г.), Всероссийской интернет-конференции «Здоровьесберегающее образование в России» (г.Южно-Сахалинск, 2015 г.), а также получили отражение в серии научных статей по проблеме исследования. Материалы работы легли в основу разработки программы по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения для образовательных учреждений г. Калининграда.

Основные теоретические положения и выводы нашли отражение в публикациях автора (опубликованы 10 научных работах, из них 5 статей в журналах, рекомендованных ВАК РФ).

Структура и объем диссертации. Диссертационное исследование состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы (262 источника на русском и иностранных языках) и 8 приложений. Текст диссертации иллюстрирован 4 рисунками и 12 таблицами.

Во введении обоснованы актуальность диссертационного исследования, определены объект, предмет исследования, обозначена цель, сформулированы гипотеза и задачи работы, представлены теоретические и методологические основания исследования.

В первой главе «Научно-теоретические основы формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников» охарактеризована проблема здоровьесбережения младших школьников в теории и практике педагогической науки, даны содержательные характеристики понятия «компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников», представлены формы

и методы формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения в образовательном пространстве школы.

Во второй главе «Опытно-экспериментальная работа по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников» дано научное обоснование модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников, изложены основные результаты экспериментального исследования, представлен анализ результатов экспериментальной работы по внедрению модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

В заключении излагаются основные выводы теоретической и экспериментальной работы.

ГЛАВА 1. НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНТНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ.

1.1. Здоровьесбережение младших школьников в теории и практике педагогической науки.

За последние десятилетия общество претерпело ряд трансформаций в экономической, политической, технологической, культурной среде, что привело к качественным переменам в различных сферах жизни. Специфика социально-экономического развития России на современном этапе сопровождается ускорением ритма жизни, ухудшением экологии, увеличением объема передачи, трансляции и усвоения информации, развитием информационных технологий, экономическими кризисами, снижением уровня жизни, возрастанием различного рода рисков. Все это оказывает отрицательное влияние на такой базовый аспект жизнедеятельности как физическое, психологическое и социальное здоровье личности.

Опираясь на социологические исследования последних лет, проведенные Институтом социологии РАН, можно сказать, что проблема «здоровьесбережения» для россиян входит в число базовых элементов «русской мечты» как образа желаемого будущего для общества в целом и для себя лично [157, с.188-214], что указывает на явный недостаток «здоровья» в системе ценностей россиян. Однако недостаточно простой констатации факта, что здоровье населения является на сегодняшний день хуже (по сравнению с показателями европейских стран). В исследовании проблемы здоровьесбережения стоит делать особый акцент на его формирование и поддержание как основной общечеловеческой ценности, в условиях гармоничного воспитания и образования [82, с. 123]. Особенно этот вопрос

касается подрастающего поколения, поскольку данная категория граждан является будущим страны.

Динамика статистических данных заболеваемости, начиная с 90-х гг. 20 века, говорит о том, что возникновение серьезных хронических заболеваний свойственно не только взрослой и пожилой категориям населения, но и детям дошкольного и младшего школьного возраста. Так хронические заболевания уже на дошкольном этапе характерны для 20% детей, около 50% имеют нарушения опорно-двигательной системы, 25% имеют заболевания носоглотки, нарушения работы сердечно-сосудистой системы, 10-20% аллергические реакции и около 40% детей страдают невротическими расстройствами. К моменту поступления в школу данные показатели только увеличиваются, начиная с показателей общей заболеваемости (1784-1790 случаев на 10000 детей) и заканчивая специфическими расстройствами отдельных органов и систем [53, с.13-17].

Анализ заболеваемости младших школьников за последние три года, проведенный Департаментом прогноза и инновационного развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава, позволяет сказать, что в пятерку наиболее распространенных заболеваний в детском возрасте входят болезни органов дыхания, пищеварения, зрения и кожи, травмы и отравления [152, с.5-10]. При этом стоит заметить, что структура заболеваемости не одинакова в разных возрастных группах населения. Значимость ряда классов болезней в нарушении состояния здоровья населения снижается с возрастом, к ним относятся болезни кожи и подкожной клетчатки, органов пищеварения, нервной системы.

К числу факторов, обуславливающих подобную тенденцию в детском возрасте можно отнести следующие: экологическую обстановку, качество питания, влияние семейной системы, образовательных учреждений. Однако для того, чтобы говорить о предпосылках роста заболеваемости в детском

возрасте, необходимо обратиться к возрастным физиологическим особенностям младшего школьного возраста.

Младший школьный возраст (7-12лет) большинством ученых (Л. С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин, Э. Эриксон) отнесен к числу кризисных периодов ввиду того, что на данном этапе взросления происходит ряд анатомо-физиологических, психологических изменений, обуславливающих социальное поведение. На физическом уровне организм ребенка младшего школьного возраста по некоторым параметрам достигает уровня развития взрослого (заканчивается формирование челюсти, «молочные» зубы меняются на «коренные»; абсолютные размеры черепа практически не отличаются от черепа взрослых людей, достигают определенной стабильности обменные процессы), однако в целом, организм находится в процессе развития и формирования целенаправленного поведения на фоне продолжающихся морфофункциональных его перестроек [24, с. 367-382].

Здесь стоит заметить, что анатомо-физиологические особенности организма происходят на фоне смены социальной обстановки и кардинальной смены деятельности. Из дошкольного учреждения ребенок попадает в совершенно другую среду, имеющую иной распорядок дня, качественно новые требования. Например, игровая деятельность меняется на учебную, что провоцирует продолжительное пребывание в одной позе (сидя за партой). В таких условиях объем нагрузки резко возрастает, что требует принятия специальных мер со стороны родителей, учителей и врачей для профилактики сколиозов и других нарушений опорно-двигательного аппарата.

Обменные процессы в данном возрасте достаточно стабильны лишь при соблюдении режима правильного питания и потреблении качественных продуктов. Во многом, причина увеличения заболеваний пищеварительной системы в младшем школьном возрасте как раз связана с неправильным или несвоевременным питанием. Если данные статистики в 90-х годах (Т.Ф.

Абрамова, Л.А. Жданова, Е.В. Борзов, М.Н. Салова, И.Е. Бобошко и др.) свидетельствуют о дефиците массы тела у 33 % школьников, то на сегодняшний день существует обратная проблема. В три раза увеличилось количество детей начальной школы с избыточной массой тела [2, с.49-52].

Качественная реализация моторной программы при выполнении движений (особенно на начальных этапах формирования навыков) требует напряженного зрительного контроля, поскольку именно зрительный контроль выступает в качестве ведущего механизма обратной связи и в процессе онтогенетического развития, и в процессе формирования произвольных движений. Увеличивается нагрузка на зрительную систему еще и количеством новой информации, темпом ее преподнесения. Поэтому в начальной школе нагрузка на глаза ребенка имеет как внешнюю, так и внутреннюю обусловленность, а значит, профилактика заболеваемости данных органов должна включать комплексную заботу со стороны родителей, учителей и врачей.

Психологические особенности данного возраста тесно связаны с изменением социальной ситуации, функциональным созреванием мозга и организацией когнитивной деятельности, а так же готовностью ко всем этим изменениям. Так, начало систематического обучения в школе, переход к новым социальным условиям и значительное увеличение умственной нагрузки требуют особенно пристального внимания к оценке зрелости мозга, его структурно-функциональной организации на начальных этапах школьного обучения.

Физиологические особенности функционирования мозга, во многом определяют интеллектуальную готовность (запас знаний; развитие мыслительных процессов, развитие разных типов памяти (образной, слуховой, механической и др.); развитие произвольного внимания). С физиологической позиции, характеристики основного ритма ЭЭГ отражают формирование нейронных сетей, необходимых для осуществления интегративной деятельности мозга и, прежде всего, информационных

процессов, поэтому индивидуальная характеристика альфа-ритма является надежным показателем готовности ребенка к обучению в школе. Однако они лишь определяют именно физиологическую способность головного мозга справляться с возникающими в школьный период задачами, в то время как психологическая готовность выступает сложным образованием, сочетающим не только развитие интеллектуальной сферы, но и личностной мотивации [37, с. 234-254].

Увеличение нагрузки на головной мозг, смена ритмов сна и отдыха, снижение двигательной активности, увеличение нагрузки на органы зрения, происходящие при переходе из дошкольного учреждения в начальную школу во многом объясняют статистические данные снижения уровня здоровья младших школьников.

Кроме того, здоровье – это не только отсутствие болезни, поэтому, рассуждая о нем, не стоит опираться только на физиологические предпосылки, несмотря на то, что физические показатели здоровья являются основными для детей младшего школьного возраста. В связи с чем, прежде чем перейти к рассмотрению вопроса здоровьесбережения младших школьников, стоит дать четкое определение понятия «здоровья».

Начиная с античных времен, проблемы здоровья и болезни рассматривались в разнообразных ракурсах. Самостоятельные научные исследования вопросов здоровья (его аспекты, роль в жизни индивида и общества) начались в XX вв. П. Бурдьё, М. Вебер, Э. Дюркгейм, Г. Зиммель, М.Фуко рассматривали здоровье через призму вопросов социального контроля, а точнее, как маркер нормы и патологии личности [47, с. 106-122]. Здесь понятия «здоровье» и «болезнь» стали не просто определениями состояния человека, но и выступили основой для качественной смены парадигмы и ориентации общества на медиализацию в институциональном обществе [9, с. 123-167].

Позже Г. Гарфинкель, Ю. Хабермас перевели рассмотрение проблемы здоровья на микросоциальный уровень, где в центр ставился индивид и его здоровье [78, с. 36-54].

В педагогической науке Я.А. Коменский одним из первых включил в систему воспитания и обучения физическую подготовку. Дж. Локк ставил приоритетом образования формирование здоровой личности [125, с.407-614]. Ж-Ж. Руссо сформировал идею учебно-воспитательного процесса, в основе которого лежит принцип формирования личности, основанный на природных данностях и стремлению к свободе [188]. Таким образом, сформировался достаточно объемный информационный пласт понимания феномена «здоровье».

Современное определение понятия «здоровья», данное ВОЗ, подразумевает, что «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [173]. В соответствии с данным определением «здоровье» рассматривается не просто как медицинское понятие, отражающее телесное, биологическое благополучие, но и как явление, вписанное в социальный и культурный контекст. Подобная многогранность подхода к данному конструкту дает ряду социально-гуманитарных дисциплин возможность с разных сторон рассматривать данный феномен (социологический взгляд на здоровье через призму общественных процессов и отношений; психологический взгляд через стороны психологической и психической жизни индивида и др.).

Само определение предполагает наличие трех аспектов в структуре здоровья: физического, психологического (от др.-греч. ψυχή — «душа») и социального.

В общем виде физический компонент здоровья представляет собой нормальное функционирование систем, органов, тканей, клеток, которое обеспечивает гармоничное физическое развитие, физическую и

функциональную подготовленность, уровень мобильности и адаптивности организма к взаимодействию с внешней средой.

Что же касается понимания «душевного аспекта», то в современной науке существуют различные подходы к характеристике данного явления. Так, В.Ф. Базарный дифференцирует его на психическое и нравственное здоровье [17, с.23-46]. То есть здесь в противовес здоровью психическому (характеризующему работу отдельных систем и механизмов психики), нравственное здоровье ориентировано на личность и ее функционирование в социуме. Отсюда следует, что в основе психологического здоровья лежит субъективность, развитие которой для ребенка возможно в естественном окружении, и в первую очередь, во взаимодействии с взрослыми [238, с. 87–101].

В общей шестикомпонентной модели здоровья, наиболее часто используемой в мировой практике, «душевный» аспект здоровья дифференцирован на психоэмоциональный, интеллектуальный, личностный и духовный компоненты. Однако все эти составляющие, в той или иной степени отражают психологическую сферу личности. Так, В.Э Пахальян отмечал, что психологическое здоровье есть динамическое состояние внутреннего благополучия, позволяющее человеку использовать свои индивидуальные интеллектуальные, психологические, эмоциональные возможности на любом возрастном этапе [162, с. 25-74]. В соответствии с данной логикой, важным критерием психологического здоровья является благополучие эмоциональной сферы, отсутствие личностной тревожности, адекватная самооценка и гармоничные отношения с окружающими.

Что же касается социального здоровья личности, то его сложно подчинить однозначному определению и особенно четко отделить от психологического здоровья. Так, у Г.С. Никифорова социальное здоровье есть «гармония личностных смыслов человека с ожиданием социума» [178,с.143-150]. Согласно мнению А.Н. Леонтьева, «социальное» связано с объективными общественными отношениями, в то время как

«психологическое» позволяет индивиду выступать в качестве субъективной деятельности [122, с.19]. Но для социального здоровья мало одной деятельности, важно, чтобы она была согласована с окружающим социумом, не противоречила ему. В таком случае социальное здоровье будет возможно при обоюдном принятии индивидами норм, ценностей, требований социума, и социум будет включать в себя деятельность индивида. Б.Н.Покровский так формулирует определение социального здоровья: «готовность субъекта к социальной деятельности...Готовность – это способность и потребность в деятельности. Способность определяется знаниями, умениями и навыками субъекта деятельности. А потребность – ценностно-смысловыми ориентациями, стилем жизни» [167, с. 52-54].

Дифференциация здоровья на различные аспекты условна, организм представляет собой единую систему, которая направлена на поддержание собственной целостности и стабильности.

Понятие «здоровьесбережение» рассматривается в науке разноаспектно. В состав данного феномена включена основа профилактики заболеваний, отражение успешной деятельности по поддержанию «здорового образа жизни», активность индивида, направленная на улучшение и сохранение здоровья, согласованность и единство всех уровней жизнедеятельности человека и многое другое [212, с. 124]. Но общим во всех определениях является тот факт, что здоровьесбережение имеет две составные части «здоровье» и «сбережение», а соответственно, является определенным процессом сохранения и укрепления здоровья, направленным на повышение ценностного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих.

В вопросах здоровьесбережения детей младшего школьного возраста отправной точкой являются анатомо-физиологические, психологические и социальные изменения, происходящие с ребенком на данном возрастном этапе. В общем виде процесс сохранения здоровья должен учитывать во-

первых, факторы ухудшающие здоровье, во-вторых, факторы способствующие укреплению здоровья.

Исследование здоровьесбережения младших школьников, предполагает учет основных факторов, которые способствуют ухудшению здоровья. В общем виде, негативную динамику показателей здоровья провоцируют ведущие тенденции деятельности системы здравоохранения, трансформация института семьи и, как следствие, изменение ее социализирующей функции, а так же функционирование системы образования.

Если исключить различные внешние причины и факторы, касающиеся социальной, экономической и экологической ситуации в стране, как например, падение социального благополучия населения (С.А. Алексеев, А.А. Баранов, В.Р. Кучма), обострение проблемы обеспечения населения доброкачественной водой (Г.Г. Онищенко), недостатки в системе здравоохранения (В.Б. Новичков), стратегия развития социальной политики, построенная на коммерциализации образовательных услуг (Н.Б. Мирская), то значительную роль в здоровьесбережении детей выполняют два наиболее значимых института социализации – семья и школа [155, с. 34-56], [206, с. 42-46], [221, с. 59–64.].

Организация здоровьесбережения младших школьников в условиях образовательного учреждения вопрос более освещенный, в то время как эта тема в рамках семейной системы достаточно тяжело поддается качественному описанию и анализу.

Опыт содействия здоровью в отечественной педагогической науке насчитывает около двух столетий. Так, пионером в этом направлении являлся И. Венцель, опубликовавший в 1802г. первое учебное пособие, в котором были представлены практические рекомендации по сохранению здоровья ребенка в школе. Дальнейшие работы прогрессивных педагогов, общественных деятелей и врачей данного столетия были так же нацелены на формирование у детей «привычек заботится о здоровье» (И.Г. Мюллер, М.И.

Покровская). В революционной и постреволюционной России начали уделять пристальное внимание формированию гигиенических навыков у детей и долгое время вся здоровьесберегающая деятельность развивалась именно в рамках санитарного просвещения (А.В. Мольков, И.И. Мильман) [75, с.134-167].

Разумеется, такой однобокий подход к пониманию здоровья детей, исключая психологический, педагогический и физиологический аспекты, беспокоило педагогическое сообщество. Попытки интегрированного, комплексного подхода к процессу здоровьесбережения в школе начались еще в 20-е годы прошлого столетия в рамках педологии (Л.С. Выготский), затем после неудавшейся попытки реализовать весь комплекс задач данного направления в 90-е данную «эстафету» приняла валеология (Л.Г. Татарникова, Н.К. Смирнов, В.В. Колбанов, Л.А. Попова, Н.А. Литвинова и др.) [202, с. 3-67], [213, с. 45-78]. Однако, ни та, ни другая отрасли знаний не смогли в полной мере обеспечить научно-методологическую базу для создания комплексного подхода к здоровьесбережению детей в условиях образовательного учреждения.

Обращение современной педагогики к здоровьесбережению детей во многом обусловлено и зарубежным опытом, поскольку закрытая советская система в эпоху «перестройки» получила возможность анализировать, сравнивать и зачастую просто копировать «чужой» опыт. Зарубежный опыт представлен разнообразием отдельных оздоровительных или здоровьесберегающих программ. Зарубежным программам здоровьесбережения приоритетны различные виды гигиенического воспитания и профилактической работы (США, Германия, Франция). В данные программы включены разделы, посвященные питанию, безопасности, самопомощи, личному здоровью и здоровью семьи и пр. Разумеется, качественно составленная, проводимая на протяжении длительного времени программа, нацеленная, например, на обучение ребенка рациональному питанию, обязательно должна принести свои результаты. Так, опыт

Германии, Италии, Англии, США был достаточно эффективен в узких направлениях «формирование правильного отношения к еде», «борьба с избыточным весом», «питание для сердца» и т.д.[199, с.21-41].

Разобщённость медицинской службы и образовательного учреждения, а так же ограниченность отдельных программ, направленных на частные аспекты здоровьесбережения, привели к возникновению в США школьных центров здоровья (Д.В. Каплан). Подобные центры, конечно, позволили вести коррекционную, профилактическую, оздоровительную работу со школьниками, касаясь вопросов медицинской, психологической помощи, профилактики алкоголизма, курения и суицидов, однако в основе своей опираются на медицинские подходы, исключая проблемы учебного процесса, не учитывая педагогический потенциал образовательного учреждения [167], [106, с. 384-387].

Возможно, именно этот опыт привел к возникновению в России центров психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям и подросткам, появлению ряда государственных и региональных программ («Дети России», «Дети Чернобыля», «Здоровье детей», «Образование и здоровье») (А.Г. Сухарев, Е.Е. Чепурных) [232, с. 35-65]. Кроме того, сложившаяся в период перестройки социально-экономическая ситуация помимо полезного опыта спровоцировала появление различных псевдонаучных направлений поддержания и сохранения здоровья, дискредитировав, таким образом, любые педагогические наработки в области здоровьесбережения, накопленные в рамках валеологического направления, а так же само понятие «здоровьесбережение».

Зарубежный и отечественный опыт сохранения здоровья способствовал укоренению точки зрения, что здоровьесбережение должно осуществляться комплексно и системно, однако остается вопрос: каким образом это делать? В данном случае речь идет не только о конкретном, технологическом наполнении деятельности по здоровьесбережению, но и выборе оптимальной оздоровительной стратегии. Дж. Надио и Дж. Вилс

приводят пять стратегических направлений здоровьесбережения: медицинский (снижение заболеваемости), поведенческий (формирование «здоровых образцов поведения»), обучающий (направлен на информирование), полномочный (предполагает перенесение ответственности в выборе здорового поведения на самого человека) и социальный (руководствуется лозунгом «Сделать здоровый выбор самым легким выбором») [216, с. 73- 76].

На наш взгляд, ни одна из перечисленных стратегий не будет в полной мере эффективной в начальной школе. Так, медицинская стратегия, хотя и будет учитывать возрастные анатомо-физиологические особенности детей, не будет в должной мере формировать самостоятельное «здоровое поведение», необходимое за пределами школы. Поведенческая и обучающая стратегии, напротив, смогут реализовывать эту функцию, учитывая возрастные особенности младших школьников и тот факт, что результат здоровьесбережения может проявить себя через годы, делая эти стратегии достаточными. Социальная стратегия же, наоборот, не склонна формировать личную ответственность за здоровье, и ее реализация в большей мере возможна не педагогическими решениями, а законодательным аппаратом.

Э. Чарлтон выделил ряд моделей обучения здоровому образу жизни (медицинская, образовательная, радикально-политическая).

Первая модель обучения (медицинская), основана на профилактике, включает в себя информационно-просветительскую деятельность, формирование знаний об образцах поведения. Примером реализации подобной программы являются программы борьбы с курением, в которых задействована только информационная составляющая (просветительские лекции, семинары, индивидуальные беседы, стенгазеты). Но такая модель, на наш взгляд, не способна в полной мере следить за физической стороной здоровья, результаты ее внедрения имеют вероятностный характер и зависят от характеристик аудитории, в частности, сознательности, мотивации, а при работе с детьми и подростками, может иметь и вовсе обратный результат.

Образовательная модель включает в себя когнитивный компонент, но так же дополнена обучением практическим навыкам, необходимым для принятия решения, то есть знания о здоровом поведении, отношение к нему, которое формировалось в процессе наблюдения за различными образцами в практике. В таком случае несогласованность информационного компонента с поведенческим компонентом, скорее всего, приведет к саморазрушительному поведению (пример с курением, когда дети знают, что это вредно, однако, не имея негативных, с их точки зрения, образцов, принимают решение, опираясь на иные факторы).

Радикально-политическая модель включает в себя содействие становлению здорового образа жизни со стороны институтов здравоохранения, права, образования и пр. [231, с. 4-14]. Даная модель, в большей мере, ориентирована на социальные трансформации, в основе которых будут лежать законодательные инициативы.

Описанные стратегии и модели, помимо принципиального вопроса «что именно лежит в основе здоровьесбережения?», «на какие его стороны стоит делать больший акцент?», позволяют рассмотреть еще и вопрос «откуда должна исходить инициатива в здоровьесберегающей деятельности?». Понятно, что без законодательного аппарата, любые частные инициативы не смогут быть в полной мере реализованы по ряду причин (недостаток финансирования, административные и управленческие проблемы, несогласованность с деятельностью иных институтов и уровней образования), однако стратегические решения, не имеющие в основе своей практического опыта реализации, не рациональны и затруднительны в осуществлении.

В настоящее время Приказом № 273ФЗ от 29.12.2012 «Об Образовании в Российской Федерации» ст. 41 охарактеризована сущность понятия «охрана здоровья обучающихся» таким образом, что образовательная организация и органы исполнительной власти в области здравоохранения являются ответственными за охрану здоровья

обучающихся. Данное положение дает право определять, контролировать организацию образовательного процесса (объем, содержание) в целях охраны здоровья обучающихся. Однако, помимо формализованных образцов, работа педагога строится с учетом индивидуальной инициативы, его уникального взгляда на ведение образовательной деятельности. В данном контексте забота о здоровье превращается в инструмент образовательной работы, который с одной стороны, увеличивает продуктивность образовательного процесса, а с другой, отвечает принципам воспитания, разработанным в современной теории педагогики [175].

На уровне образовательного учреждения сочетаются нормы и правила, исходящие из законодательного уровня власти, с учетом региональных, а так же частных потребностей и особенностей учреждений. В Приказе «О Федеральных требованиях к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников» (разработан сотрудниками Института возрастной физиологии РАО; утвержден Приказом Министерства образования и науки РФ от 28 декабря 2010 г. N 2106) раскрывается система условий, нацеленных на формирование здоровьесберегающих технологий для сохранения и укрепления здоровья обучающихся (физического, психологического) [174].

Документ анализирует ряд факторов, влияющих на здоровье детей:

1) Внешние факторы (социально-экономические, экологические), свойственные образовательной организации;

2) Внутренние факторы (приобретаемые в процессе обучения, привычки, знания, умения, навыки о собственном здоровье, его поддержании).

Документ охватывает такие сферы, как: просветительская деятельность (поддержание ценности здоровья у детей); бытовая (соответствие инфраструктуры); санитарно-гигиеническая (требования к условиям здоровьесбережения); организационная (грамотное распределение учебной нагрузки, не вредящее здоровью); физкультурно-оздоровительная;

информационная (просвещение о правилах, нормах стратегиях безопасности жизнедеятельности, а так же о вреде психоактивных веществ); диагностирующая (мониторинг уровня физического и психологического здоровья обучающихся).

Реализация таких требований связана с педагогическим процессом, программами образовательной организации, инфраструктурой. Целевые группы при реализации требований: не только обучающиеся/воспитанники, но и педагогические сотрудники, психологическая служба, медицинские работники.

На уровне частного педагогического воздействия, здоровьесбережение включает в себя конкретные педагогические технологии по формированию здоровья.

В научной литературе понятие «педагогическая технология» включает в себя ряд значений (Ю.К. Бабанский, Д. Брунер, П.Я. Гальперин, Г. Гейс, Дж. Кэррол) и определяется:

1) как конкретная технология, техника (набор приемов, правил) воспитательной работы, включающая приемы воздействия, методы, формы [30, с. 45-56];

2) как «комплексный интегративный процесс, включающий людей, идеи, средства и способы организации деятельности для анализа проблем и управления решением проблем, охватывающих все аспекты усвоения знаний» (Ассоциация педагогических и коммуникаций и технологий США в 1979 г). [53, с.40-44].

Таким образом, педагогические технологии опосредуются как теоретическими предпосылками (В.П. Беспалько, П.Я. Гальперин, В.В. Давыдов, Л.В. Занков), так и практическим опытом (Е.Н. Ильин, С.Н.Лысенкова, В.Ф. Шаталов).

Учитывая тот факт, что здоровьесбережение не является единственной целью образовательного процесса, а выступает условием, критерием эффективности и способом реализации поставленной цели,

понятие «здоровьесберегающая технология» является качественной характеристикой педагогической технологии, отражающей уровень заинтересованности в сохранении здоровья.

Иными словами, на уровне частных педагогических практик может комбинироваться и осуществляться множество программ, в основе которых будут лежать технологии здоровьесбережения. На наш взгляд, отсутствие четкой стратегической направленности рождает путаницу и приводит к формализации здоровьесберегающих программ, либо к односторонней их реализации (акцент на физическое здоровье, критерием которого выступает успеваемость и посещаемость).

Таким образом, на сегодняшний день существует определенная законодательная база, регулирующая деятельность образовательной системы в области здоровьесбережения, а так же учитывающая индивидуальную инициативу в разработке программ по сохранению и укреплению здоровья. Тем не менее, не совсем понятным остается вопрос, «кто именно и в какой степени должен осуществлять здоровьесберегающую деятельность?»

Разумеется, комплексные программы предусматривают деятельность психологической, медицинской служб, технического персонала, обеспечивающего санитарно-гигиенические условия, административных работников и руководства, обеспечивающих необходимую материально-техническую базу и осуществляющих контроль реализации здоровьесберегающей деятельности. Например, приведенные Р.А. Васильевой, В.Р. Кучмой, Н.Г. Минько, Е.Б. Селивановой, Е.Н. Сотниковой, Л.М., Сухаревой, Л.М. Храмцовым исследования использования оздоровительных технологий в образовательном процессе направлены на повышение двигательной активности учащихся как ведущего фактора сохранения и укрепления их здоровья [206, с. 42-46.]. Кроме того, огромная роль в формировании здоровьесбережения учащихся отводится учителю. Однако, как показывают исследования В.А. Вишневого, учитель не может в полной мере справляться со всеми здоровьесберегающими функциями на

уроке [53, с.111]. При соблюдении норм домашних заданий, оптимального соотношения между физическим и информационным объемами нагрузки, своевременном окончании урока, обеспечении последовательности и системности работы и оптимальных взаимоотношений с учениками, выполнении гигиенических требований к посадке учеников, сохранению функции зрения, обеспечению первичной и вторичной априорной и апостериорной настройки учеников возможно полноценное выполнение учителем здоровьесберегающих функций.

Личность учителя как определенного транслятора здорового образа жизни не всегда может быть эффективной в реализации функций здоровьесбережения, поскольку специфика его профессиональной деятельности позволяет относить данную профессию к группе риска (С.Г. Ахмерова, С.А. Бабанов, А.В. Белоконь, Н.И.Глушкова, Н.В. Гончарова, И.Ю. Кокаева и др.). Основными причинами нарушения здоровья педагогов становится повышенный стресс, психологическое напряжение, завышенные требования к вниманию, памяти, высокая нагрузка на речевой аппарат, учебная перегрузка, пренебрежение правилами здорового стиля жизни, низкий контроль собственного самочувствия, пренебрежение необходимым лечением (С.А. Анисимов, С. Г. Ахмерова). В основе данных проблем лежат не только индивидуальные особенности педагога или некомпетентность профессиональной деятельности, но и недостатки организации системы управления образованием. Зачастую на педагога, особенно начальных классов, возлагается огромный функционал, основными направлениями которого является: «обучение и воспитание обучающихся с учетом их психолого-физиологических особенностей и специфики преподаваемого предмета; содействие социализации обучающихся, формирование у них общей культуры, осознанного выбора ими и последующего освоения профессиональных образовательных программ; обеспечение режима соблюдения норм и правил техники безопасности в учебном процессе» (Должностная инструкция учителя начальных классов в условиях перехода

на ФГОС НОО). В таких условиях одного образца учителя не достаточно для осуществления здоровьесберегающей деятельности.

Одной из педагогических функций является воспитание человека (Г.М. Афонина, И.П. Подласый) как сознательно и целенаправленно осуществляемый процесс, который, кроме образовательного учреждения, осуществляется семейной системой (Антонов А.И., Медков В.М), тем более что степень влияния внутрисемейных факторов на здоровье ребенка составляет 15-20% (В.А. Вишневский) [11, с.150-304]. В рамках данного исследования выделен ряд внутрисемейных факторов, оказывающих влияние на здоровье ребенка: обсуждение в семье проблем здоровья и здорового образа жизни, позитивные взаимоотношения между членами семьи, уровень образованности родителей, взаимоотношение семьи и школы и др.

По мнению И.В. Журавлевой, в число факторов, определяющих роль семьи в формировании здоровья ребенка входят уровень и структура заболеваемости, условия жизни семьи, психологическая атмосфера семьи и др.[82]. В исследованиях Т.М. Максимовой отражена корреляция уровня заболеваемости родителя с частотой возникновения проблем со здоровьем у детей. Наличие различных патологий, частой заболеваемости, хронических заболеваний у одного из родителей влияет с большей вероятностью на проблемы со здоровьем у ребенка [134, с.121-145]. Таким образом, сама семейная среда выступает условием, образцом и фактором формирования здоровьесбережения ребенка. Любая здоровьесберегающая деятельность включает в себя воспитательную работу (формирование культуры здоровья, установок на здоровый образ жизни); профилактическую деятельность (предостережение болезней, зависимостей, ненормативного поведения) и коррекционную деятельность. Однако, реализация здоровьесберегающей функции семьи имеет некоторые затруднения.

И.И. Брехман в своих работах уделял семье особое место в воспитании и формировании индивидуального способа здорового образа

жизни. По его мнению, влияние семьи есть единственно важный фактор, определяющий и формирующий его образ жизни [37, с.55-115].

Анализируя особенности младшего школьного возраста и учитывая тот факт, что основной характеристикой младшего школьного возраста является переход с одной ступени образования на другую, имеющую качественные отличия, необходимо отметить два процесса:

-адаптационный, как своеобразный показатель психологического здоровья ребенка, уже имеющегося на данный момент;

-процесс личностного развития как своеобразный потенциал развития, при смене ведущей деятельности.

В таком случае родительское воспитание в области здоровья школьника должно развиваться в двух плоскостях:

- создание условий для гармоничного физического, психологического, интеллектуального, социального развития;

- ориентация на формирование ценности здоровья у ребенка как общей направленности личности.

Часто в семье родители пренебрегают воспитательной работой и профилактической деятельностью в области здоровьесбережения. Так, 45% родителей считают необязательным профилактические осмотры (Л.В.Абольян). В 42% семей курит один из родителей, в 30% возникают проблемы с употреблением спиртных напитков. Несмотря на то, что важность рационального питания, активного занятия физической культурой, закаливания признает большинство родителей (около 89% матерей и 72% отцов в вопросах воспитания здорового ребенка оценивают себя как достаточно хорошо информированные), на практике это не находит реализации. Лишь 29% родителей регулярно транслируют образцы поведения, связанные со здоровым образом жизни (физические упражнения, закаливающие процедуры, внимание к питанию и гигиене), а 46% считают, что они воспитывают соответствующую потребность у своего ребенка [35, с. 97-99].

Проблемой реализация здоровьесберегающей функции семьи также становится делегирование ответственности между семьей и школой, которое на практике выражается в окончательном ее перенесении на образовательное учреждение, в то время как, на наш взгляд, основная ответственность за вопросы здоровьесбережения должна возлагаться на родителей. Конечно, педагогический коллектив образовательного учреждения обладает большими знаниями, большей компетентностью в вопросах воспитания и здоровьесбережения детей, однако семья как первичная группа оказывает большее влияние на ребенка. Школа склонна обучать, в то время как семья – показывать и закреплять, и наконец, в школе контроль осуществляется в коллективной форме, в то время как в семье – индивидуально. В данном случае возникает необходимость в объединении усилий образовательного учреждения и семьи с целью осуществления здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

Под категорией «здоровье» (несмотря на разность трактовок, зависящих от теоретических взглядов на природу человека, норму и патологию его поведения и развития) принято понимать «состояние физического, душевного и социального благополучия» (ВОЗ). Здоровье определяется не отсутствием дефектов, патологий, болезней, а гармоничным единством различных процессов в организме, создающем оптимальные условия для жизнедеятельности и развития личности.

Здоровьесбережение является процессом поддержания состояния благополучия физической, психологической и социальной сфер личности, повышения ценностного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих.

Процесс здоровьесбережения детей младшего школьного возраста базируется на анатомо-физиологических, психологических и социальных изменениях, происходящих с ребенком на данном возрастном этапе и должен

снижать влияние негативных факторов, влияющих на здоровье, способствуя его укреплению.

Здоровьесбережение в системе начального образования ребенка является качественной характеристикой, отражающей уровень заинтересованности педагогического коллектива и родителей в сохранении и укреплении здоровья ребенка. Данная технология направлена на сохранение и укрепление всех компонентов здоровья: состояние благополучия функционирования биологических систем и подсистем организма (физическое здоровье); благополучие индивида в отношении с собой, во взаимоотношении с другими (психологическое здоровье); благополучие индивида во взаимодействии с субъектами и объектами в процессе деятельности в социальной среде (социальное здоровье).

Школа и семья являются наиболее значимыми институтами в вопросах воспитания здорового ребенка. Для начальной школы характерно применение здоровьесбережения как способа организации обучения школьников без ущерба для их здоровья, которое рассматривается в двух аспектах. С одной стороны, сохранение здоровья является приоритетной задачей школы, с другой стороны, оно выступает определенным инструментом, ресурсом, обеспечивающим выполнение учебных планов, освоение учебного материала. В таких условиях работа по внедрению методик здоровьесбережения младших школьников имеет характер индивидуальной инициативы с акцентом на физическое здоровье (снижение объема учебной нагрузки, сочетание двигательной, физкультурно-оздоровительной деятельности). Однако данные мероприятия зачастую лишены логики развития, поскольку служат лишь инструментом для успешной педагогической работы и достижения требуемых учебных результатов.

Семейная среда обладает собственным, уникальным «инструментарием» в вопросах здоровьесбережения. Она в большей мере ориентирована на индивидуальность, уникальность ребенка и способна

учесть не только физиологические особенности возраста, но и индивидуально-психологические особенности личности младшего школьника. Образовательное учреждение склонно обучать ребенка здоровому образу жизни, в то время как семья – показывать и закреплять необходимые умения и навыки здоровьесберегающей деятельности. Поэтому возникает необходимость в объединении усилий образовательного учреждения и семьи с целью реализации здоровьесберегающей функции.

1.2. Компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников как психолого-педагогический феномен

Проблема здоровьесбережения младших школьников, являясь актуальной задачей социальных институтов, не может рассматриваться только в рамках системы образования, поскольку предметом воспитательного воздействия становится ребенок, с самого рождения включенный в различные социальные группы и системы [63, с. 125-147].

Глобализация мировой экономики, интеграционные процессы в системе отечественного образования, изменение подходов к оценке результативности образовательной деятельности привели к смене понятий «образованность», «воспитанность» на «компетентность» и «компетенция» (как универсалии, существующие в мировой практике). В связи с этим, в систему школьного образования на смену знаний, умений и навыков пришли компетентность/компетенции: «общеобразовательная школа должна формировать новую систему универсальных знаний, умений, навыков, а так же опыт самостоятельной деятельности и личной ответственности обучающихся, то есть современные ключевые компетенции» [209]. Данный процесс спровоцировал пересмотр качества и содержания подготовки и оценки лиц, осуществляющих воспитательный и образовательный процесс. Так, в профессиональной подготовке педагогов в качестве критериев стали

выделять компетенции, а сам процесс образования направлен на приобретение педагогом профессиональной компетентности.

В соответствии со статьей 18 «Закона об Образовании», «... родители являются первыми педагогами. Они обязаны заложить основы физического, нравственного и интеллектуального развития личности ребенка в раннем возрасте...» [175]. Следовательно, родители в вопросе воспитательных полномочий не уступают педагогам-профессионалам, а, следовательно, результат их образовательной и воспитательной деятельности должен соответствовать общим стандартам. В таком случае, разумно говорить о «компетентности родителей».

Рассмотрение понятия «компетентность родителей» возможно в двух аспектах. В первую очередь, оно обосновано пониманием самого термина «компетентность родителей» и его структуры, а значит, и пониманием того, на кого ложится ответственность в формировании компетентности родителей в области здоровьесбережения и что будет результатом ее формирования. Анализ понятия «компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников» возможен, с одной стороны, через призму образовательной системы, касаясь, прежде всего, понятия «компетентность», с другой стороны, посредством анализа психологического феномена «родительства». Рассмотрим каждый феномен более подробно, поскольку это определяет сущность и структуру понятия «компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников».

«Родительство», являясь сложным педагогическим феноменом, не ограничивается набором знаний, умений и навыков о воспитании ребенка, затрагивая личностную сферу мужчины и женщины. Так Р.В. Овчарова определяет родительство как «сложное комплексное субъективно-личностное образование и надындивидуальное целое» [153, с.41].

Понятие «родительство» тесно связано с характеристиками семьи. А.Г. Харчев определяет семью как исторически конкретную систему взаимоотношений между супругами, между родителями и детьми. В

понимании А.Г. Харчева семья - это малая группа, члены которой связаны брачными и родственными отношениями, общностью быта и взаимной моральной ответственностью. «Семья» не сводится к простой сумме всех ее членов, а включает в себя еще некое системное качество, раскрывающееся через взаимоотношения элементов семейной системы друг с другом и с системой в целом (Р. Шерман, Н. Фредман) [236, с.115-126]. В данном понимании родители являют собой определенную подсистему, а семейное воспитание предполагает необходимость комплексной психолого-педагогической работы, включенность в воспитательный процесс семейной системы в целом (Е.М. Мастюкова). Родительская компетентность в данном случае рассматривается как составной элемент широкого понятия детско-родительских отношений (О. А. Карабанова) [103, С. 55-60]. Г.И. Репринцева предлагает такие критерии развития родительской компетентности:

- адекватное оценивание индивидуальных возможностей ребенка с учетом его возрастных особенностей;
- ориентация на развитие семейного потенциала (воспитательного, социокультурного) как ресурса формирования ценностей ребенка;
- заинтересованность родителей в сотрудничестве с различными группами и институтами для более успешного развития ребенка;
- наличие у родителей знаний, умений, навыков грамотного педагогического взаимодействия с ребенком на различных этапах жизненного цикла семьи [183, с. 23-29].

В соответствии с данной логикой формирование родительской компетентности включает: усвоение комплекса знаний и умений, позволяющих осуществлять многообразные семейные функции на разных этапах жизнедеятельности семьи; интеграцию социально-педагогической, нормативно-правовой, социально-психологической, психолого-педагогической, культурологической составляющих данного процесса и его психологическое сопровождение.

Учитывая тот факт, что объектом нашего рассмотрения является «компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников» как психолого-педагогический феномен, будет неверным опираться исключительно на психологический подход, предполагающий психологическую коррекцию воспитательного потенциала семьи, базирующегося на родительской любви и обусловленного родительскими позициями. В то время как для нас является наиболее важным раскрыть процесс формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения с педагогической позиции.

В общем виде, понятие «компетентность» (лат. *competens* — подходящий, соответствующий, надлежащий, способный, знающий) означает качество или свойство человека, обладающего знаниями, умениями и навыками успешно осуществлять определенную деятельность.

В психолого-педагогической литературе понятие «компетентность» получило широкое распространение лишь в конце 1960-х годов благодаря работам Д. Хаймса, хотя упоминание самого термина отмечено гораздо раньше. Так И.А. Зимняя полагает, что понятие «компетентность» связано с пониманием Аристотелем возможности человека доводить определенное действие до совершенства [91, с.20-35]. В начале 20-века данный термин активно использовался в литературе и лингвистике.

В научном аппарате педагогики понятие «компетентность» возникло как своеобразный показатель, гарантирующий эффективность какой-либо деятельности, результаты которой не являются материальными (при обучении языку, управленческой деятельности, деятельности, связанной с общением). Отличительной особенностью данного понятия является, во-первых, «субъект-субъектное» взаимодействие, целью которого является получение определенного нематериального результата (овладение иностранной речью, эффективная организация персонала, получение клиентом знаний и пр.) и, во-вторых, сложность в измерении эффективности такого взаимодействия. Однако понятие компетентность значительно шире,

чем просто сумма знаний умений и навыков. К числу факторов, гарантирующих успешность деятельности, могут входить как знания, умения, навыки, так и способы поведения, личностные особенности.

Следующим «витком» в конкретизации понятия «компетентность» принято считать выход работы Дж. Равена «Компетентность в современном обществе». Дж.Равен трактует компетентность как «специфическую способность, необходимую для эффективного выполнения конкретного действия в конкретной предметной области, и включающую узкоспециальные знания, особого рода предметные навыки, способы мышления, а также понимание ответственности за свои действия» [179, с.22-75].

В то же время, в отечественной науке понятие «компетентность» стало предметом исследования Н.В. Кузьминой, которая рассматривала компетентность через такую категорию как «профессионализм». Согласно ее мнению, компетентность представлена как «свойство личности», включающее различные стороны трудового процесса (направление деятельности, специфику обучения деятельности, коммуникацию, необходимую при выполнении деятельности, мотивы и способности и компетентность в области достоинств и недостатков собственной деятельности и личности) [116, с.22-45]. Данное направление теоретического исследования с позиции психологии труда в дальнейшем способствовало становлению именно «профессиональной компетентности» как отдельной категории в работах А.К. Марковой, Л.М. Митиной, Л.А. Петровской и других ученых. Данный подход применительно к педагогической науке способствовал тому, что появилось отдельное понятие «педагогическая компетентность», «психолого-педагогическая компетентность» и др.

В целом, подходы к определению категории «компетентность» можно разделить на несколько групп:

К первой группе можно отнести позиции, раскрывающие сущность искомого понятия через внешние проявления и гарантирующие результат (В.А. Болотов, В.В. Батышев, А.Л. Бусыгина, В.Р. Веснин, Н.В. Кузьмина, Дж. Равен, С.М. Спенсер, А.И. Суббето, С.А. Учурова и др.), определяющие компетентность как сложное синтетическое образование, включающее в себя ряд определенных данных, заданных изначально, а также приобретенных в процессе организованной деятельности свойств. В таком понимании компетентность затрагивает личностную сферу и предполагает развитие мыслительных способностей, самостоятельности в принятии решений, рефлексии и т.д.

Вторая группа подходов к пониманию компетентности раскрывает сущность данного понятия через схожее понятие «компетенция» (О.М. Атласова, В.И. Байденко, А.К. Маркова и др.). В таком случае компетентность рассматривается как некое обладание компетенциями, отражающие способность личности к выполнению определенной деятельности. Как отмечает А.В. Хуторской «Компетенция - включает совокупность взаимосвязанных качеств личности (знаний, умений, навыков, способов деятельности), задаваемых по отношению к определенному кругу предметов и процессов, и необходимых для качественной продуктивной деятельности в этой сфере. Компетентность же характеризует опытное овладение человеком соответствующей компетенцией, включающей его личностное отношение к ней и предмету деятельности» [228, с.58-64].

Третья группа подходов к пониманию компетентности рассматривает «компетентность» с позиции психологического подхода, с точки зрения включенности в структуру личности (Е.В. Бондарева, Н.А. Гришанова, В.А. Исаев, Ю.Г. Татур и др.).

Таким образом, представленный обзор подходов к понятию «компетентность» отражает плюрализм взглядов ученых на рассматриваемый феномен, что существенно усложняет определение

авторского понятия компетентности родителей в области здоровьесбережения.

С одной стороны, мы говорим о родителях, поэтому ссылаться на исследования профессиональной компетентности педагогов было бы некорректно, однако с другой стороны, работы С.С. Пиюковой, В.В. Селиной, Н.А. Хрустальковой и других специалистов демонстрируют успешность перенесения понятия «педагогическая компетентность» на систему семейного воспитания. Так, С.С. Пиюкова полагает, что педагогическая компетентность родителей представляет собой системное образование, совокупность определенных характеристик личности родителя и его педагогической деятельности, обуславливающих возможность эффективно осуществлять процесс воспитания ребенка в семье [165]. В.В. Селина трактует компетентность родителей как совокупность эмоционально-волевых, мотивационно-ценностных, когнитивных, коммуникативных и деятельностных характеристик их личности, которые проявляются в готовности и способности принимать ребенка как ценность, овладевать базовыми психолого-педагогическими знаниями и использовать разнообразные способы сотрудничества с ребенком [190].

Мы полагаем, что подход к компетентности родителей через призму профессиональной деятельности педагога в целом оправдан, поскольку ряд ученых рассматривают профессиональную компетентность педагога как интегральное качество личности (В.В. Введенский, В.Н. Лобанова, Н.Н. Майер, А.А. Данилова), уделяя большое внимание психологической составляющей в профессиональной компетентности (М.Б. Калашникова, М.И. Лукьянова, С.Б. Серякова и др.). Однако профессиональная подготовка педагогов осуществляется посредством целенаправленного обучения в системе средних специальных и высших учебных заведений, поэтому говорить о целенаправленном комплексном обучении родителей не совсем корректно.

С другой стороны, в принятой в 2001 году Стратегии модернизации образования имеется дифференциация компетентности по сферам (семейная, когнитивная, личностная, познавательная и пр.), одной из общих компетентностей выделена «компетентность в бытовой сфере (включая аспекты собственного здоровья, семейного бытия и проч.)» [209]. Таким образом, общее образование направлено на формирование компетентностей, необходимых для успешной деятельности в различных социальных сферах.

Поскольку предметом нашего внимания является компетентность родителей в области здоровьесбережения детей, то рассматривать данный феномен логичнее через призму компетентностного подхода. В данном случае семья как социальная группа становится объектом воспитания, поэтому необходимо рассмотреть подробнее понятие «воспитание родителей». Как отмечали Дж. Лем и У. Лем в понятие «воспитание родителей» входит усвоение знаний и навыков по уходу за ребенком и его воспитанию; приобретение знаний о нормальном развитии ребенка; усвоение навыков общения; ориентация на самосовершенствование и собственную эффективность, в то время как психотерапия для родителей и консультации по вопросам семьи и брака не отнесены к воспитательной функции [164, с.65].

Рассматривая компетентность как результат воспитания родителей, стоит сослаться на предложенный А.В. Хуторским, Л.Н. Хуторской подход к пониманию компетентности как определенного результата, как «состоявшегося личностного качества (совокупности качеств) и минимального опыта по отношению к деятельности в определенной сфере», в то время как «компетенция выступает как «некоторое отчужденное, наперед заданное требование (норма) к образовательной подготовке». То есть компетентность включает в себя совокупность компетенций и реализуется через деятельность, опыт и личностное отношение [229, с.124].

В таком случае понимание компетентности родителей в области здоровьесбережения возможно двумя способами:

- по аналогии с профессиональной компетентностью, выделяя ряд значимых знаний, умений и навыков, опыта и пр.(компетенций);
- по аналогии с социальной компетентностью представленной С.А.Хазовой, не используя термин «компетенция» [224, с. 67].

Нам кажется наиболее оправданным второй вариант, поскольку формирование компетентности родителей не является основной функцией образовательного учреждения, осуществляющего подготовку и обучение младших школьников, однако входит в состав государственной политики, выступает как дополнительное направление деятельности педагогического, психологического и административного аппарата. Так, например, в российском законодательстве родители «имеют преимущественное право на образование и воспитание детей перед всеми другими лицами и обязаны заложить основы физического, нравственного и интеллектуального развития личности ребенка». В данном понимании воспитание родителей может рассматриваться как часть социальной политики по отношению к семье с целью предотвращения ряда социальных проблем. Кроме того, здоровьесбережение школьников вынесено в ряд государственных приоритетных задач, решаемых на различном уровне, что так же позволяет рассматривать проблему формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения как элемента социальной компетентности.

В соответствии с данной логикой, а так же опираясь на генезис понятия «компетентность», необходимо выделить некоторые общие для любой «компетентности» черты и обозначить специфику определения «компетентность родителей в области здоровьесбережения».

Так, любая компетентность (профессиональная, социальная, педагогическая, психолого-педагогическая) включает в себя совокупность знаний, умений и навыков, а так же реализацию их в деятельности, что в итоге формирует новое качество личности. Разнообразие мнений

относительно содержания понятия «компетентность» ведет к множественности в понимании ее структуры. Так, например, В.В. Селиной выделены эмоционально-ценностный, когнитивный и коммуникативно-деятельностный компоненты [190, с.124-156]; С.С. Пиюкова включает в структуру компетентности личностный, гностический, конструктивный, организаторский, коммуникативный и рефлексивный компоненты [165, с.75-95]; В.А. Сластенин включает: педагогические умения, навыки и теоретические знания, направленные на решение педагогических задач; А.К. Маркова выделяет: гностический компонент, ценностно-смысловой, деятельностный и личностный компоненты; В.Н. Введенский включает эмоциональную устойчивость, способность конструировать прямую и обратную связь, умение слушать, информационную компетентность, регулятивную, интеллектуально-педагогическую компетентность, операциональную компетентность; А.В. Хуторской выделяет ценностно-целевой, информационный, опытный и деятельностный компоненты [49, с.51-55], [229, с.66-105]. Таким образом, можно проследить некоторую общность в каждой из классификаций и выделить две группы компонентов: психологические и специальные.

С.А.Хазова представляет психологические компоненты компетентности как совокупность когнитивно-интеллектуальных и деятельностно-поведенческих составляющих, определяющих личностные трансформации [224, С.45-51]. Сюда будут включены знания, умения, навыки, опыт поведения, деятельность, общение. К специальным компонентам компетентности можно отнести те, которые отражают ее специфику, сферы ее реализации (например, определенные виды деятельности, области социального взаимодействия).

Мы полагаем, что наиболее оптимальным в рассмотрении структуры компетентности родителей будет опираться на подход А.В. Хуторского, рассматривающего компетентность через призму личностно-ориентированного подхода, поскольку она не только отражает совокупность

основных «психологических» составляющих, а так же предполагает рассматривать их в рамках педагогического процесса.

Выделяя теоретико-информационный компонент, А.В. Хуторской включает систему знаний, относящихся к определенной области действительности «компетентностные знания». Знания в узком смысле представляют собой обладание определенной информацией, запечатленной в языковой форме памятью как результата познавательной деятельности человека [228, с. 58-64]. Мы согласны с позицией автора и считаем, что одним из компонентов компетентности родителей должен быть именно информационный как система знаний о роли родителя в здоровьесбережении ребенка, об особенностях формирования здоровьесбережения, поскольку знание выступает ядром содержания воспитания и обучения. Знания как образ реальности выступают элементом и предпосылкой практической деятельности человека [5,с.78].

В отечественной психологии личность представлена через призму социального опыта индивида, субъекта общественных отношений, деятельности и общения. Личностная трансформация невозможна вне деятельности, психические свойства личности одновременно проявляются и формируются в действиях и поступках человека. Формирование таких личностных качеств родителя, которые бы отражали его компетентность в здоровьесбережении, возможно только через деятельность, поэтому целесообразно выделение деятельностного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения [8, с.279], который включает сформированные умения и навыки, операции, реализуемые в деятельности и проявляющиеся в поведении родителей. Кроме того, А.В. Хуторской выделяет отдельный компонент компетентности – компетентностный опыт как «целенаправленный процесс успешного выполнения какого-либо вида деятельности при решении ситуативной задачи, предметом которой является преобразование объекта, а результатом деятельности является не только применение уже известных обучающемуся умений и навыков и

соответствующих знаний (репродуктивная деятельность), но и освоение нового набора (системы) умений и знаний (творческая деятельность)»[228, с.4].

Интересна дифференциация А.В. Хуторского на репродуктивную и творческую деятельность как способ манипуляций набором знаний, умений, навыков в решении ситуативных задач, при котором происходит сравнение достигнутого результата практической деятельности с желаемой. Отсюда следует два положения: процесс формирования компетентности родителя основан на мотивации; в формировании компетентности родителей имеют значение не только новые знания, умения и навыки в области здоровьесбережения, но и имеющийся опыт самих родителей. Зачастую такой опыт формируется как целенаправленно (в процессе социализации посредством институтов образования, здравоохранения, СМИ и пр.), а так же стихийно, через паттерны взаимодействия, привычки, нормы, культуру поведения в собственной семье [11,с.34-54].

Вместе с тем, действует еще одна формула: «компетенция» - «деятельность» - «компетентность». Компетенция как объективная характеристика реальности должна пройти через деятельность, чтобы стать компетентностью как качеством личности. В таком случае компетентностью являются знания, задействованные в деятельности. Здесь компетентностный подход не противостоит деятельностному.

Таким образом, стоит выделить именно деятельностный компонент, который будет включать в себя систему навыков и умений, как способов (действий, операций) применения на практике усваиваемых знаний, а так же опыт [52, с. 48]. Однако наличие опыта и его продолжительность еще не гарантируют формирования нужного уровня компетентности, если необходимость приобретения опыта не осознается, не происходит прогрессивное изменение собственных знаний либо способов деятельности (умений и навыков), которыми личность овладела до опыта. В таком случае мы говорим о необходимости мотивации на приобретение опыта. Мотивация

как совокупность структурированных мотивов, выражающих направленность личности (В.К. Вилюнас, Е.П. Ильин, В.И. Ковалев, Б.Ф. Ломов, К.К. Платонов), определяет личностное становление, поскольку реализуется в деятельности через отношения индивида и среды. Будучи сформированными и закрепленными в учебной, профессиональной деятельности, а так же социальном взаимодействии, они ограничивают значимое, существенное для личности от несущественного [121, с.29-37].

Мотивация касается личностной сферы, выступает как некое «стержневое» образование. Как отмечает Р.Д. Санжаева «вне мотива и смысла невозможны ни одна деятельность, не реализуемы никакие, даже самые усвоенные знания и предельно сформированные умения» [189, с. 12-19]. Мотивация компетентного родителя в области здоровьесбережения будет ориентирована на получение необходимых знаний, умений, навыков эффективного здоровьесбережения и их реализацию в практической детальности, обогащая, таким образом, опыт в данной области. В таком случае можно говорить о необходимости выделения мотивационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников, включающего иерархию мотивов родителей, необходимых для эффективного достижения целей здоровьесбережения.

Таким образом, подведем итоги по вопросу содержания и структуры компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. Опираясь на понимание компетентности как совокупности взаимосвязанных качеств личности (знаний, умений, навыков, способов выполнения деятельности, опыта практического использования знаний и умений, характеристик мышления, обеспечивающих способность принимать эффективные решения, действовать рационально и т.д.), задаваемых по отношению к определенному кругу предметов и процессов, и необходимых, чтобы качественно и продуктивно действовать по отношению к ним (А.М. Атласова, В.Н. Введенский, Н.А. Гришанова, В.А. Исаев, Ю.Г. Татур, Е.П. Тонгоногая, С.А. Хазова А.В. Хуторской и др.), мы определяем

«компетентность родителей» как качество личности родителя как члена определенной социальной группы, позволяющее эффективно осуществлять деятельность в определенной области, в частности, в области здоровьесбережения младших школьников. Проведенный анализ позволил выделить нам три структурных компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения: информационный, деятельностный, личностно-мотивационный.

Таким образом, компетентность родителей в области здоровьесбережения рассматривается нами как качество личности родителя, включающее в себя информационный, деятельностный и личностно-мотивационный компоненты, выступающие условием и фактором эффективного здоровьесбережения ребенка. Выделенные компоненты не являются изолированными и их дифференциация условна, поскольку компетентность рассматривается нами как качество личности. Учитывая данную трехкомпонентную структуру родительской компетентности, а также дифференциацию здоровья на психологическое, физическое и социальное, можно построить матрицу компетентности родителей в области здоровьесбережения (Табл.1).

Матричная система компетентности родителей в области здоровьесбережения позволяет наглядно представить структурно-содержательные компоненты, в зависимости от физического, психологического, социального аспектов здоровьесбережения. Структура матрицы содержит дифференциацию в зависимости от физического, психологического и социального здоровья, а также объекта компетентности, которыми является сам младший школьник или окружающие его условия.

Важно учитывать, что процесс формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения не может являться конечным процессом, имеющим четкую нулевую отметку и заканчиваться на определенном уровне. Формирование каждого из компонентов - не разорванные параллельные ступени, их развитие имеет четкую взаимосвязь.

Выделение уровней описывает существенные параметры компетентности родителей в области здоровьесбережения в соответствии с полнотой, целостностью и сложностью целей. Группа компонентов составляет уровневые характеристики, которые отражают знания, умения и мотивацию в области здоровьесбережения. При этом, учитывая тот факт, что формирование компетентности родителя - процесс динамичный, результаты должны оцениваться только с исходными данными, а не абстрактной моделью «идеального компетентного родителя».

Таблица 1

Матрица компетентности родителей в области здоровьесбережения

	Компоненты компетентности родителей в области здоровьесбережения			
	Характеристики	Информационный	Деятельностный	Личностно-мотивационный
Здоровье физическое	Особенности физиологии ребенка	1) Знания об особенностях работоспособности, 2) Знания о влиянии продуктов питания на организм ребенка, 3) Знания о санитарно-гигиенических нормах жизнедеятельности младшего школьника 4) Знания о причинах возникновения, особенностях протекания и о лечении и профилактике заболеваний, типичных для младшего школьного возраста	1) Умение планировать и организовывать режим дня младшего школьника в условиях учебной деятельности и каникулярных периодов 2) Умение выбрать оптимальный набор продуктов питания (полезных для здоровья); 3) Организация выполнения ребенком санитарно-гигиенических операций (мытьё рук и пр.) 4) Умение организации профилактических мероприятий в периоды эпидемий и в повседневной жизни 5) Умение различать болезненные состояния младшего школьника; 6) Умение организовать процесс оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных детских заболеваний	Мотивация родителя на сохранение физического здоровья младшего школьника: 1) Мотив обеспечения эффективного режима деятельности и отдыха младшего школьника 2) Мотив организации здорового питания младшего школьника; 3) Потребность в знаниях и умениях оказания организации медицинской помощи при лечении наиболее распространенных детских заболеваний 4) Мотив формирования здоровой, эргономичной и безопасной среды

	Санитарно-гигиенические особенности среды жизнедеятельности младшего школьника	Знания о санитарно-гигиенических, эргономических требованиях к характеристикам безопасной среды жизнедеятельности младшего школьника	Умение организации безопасной среды жизнедеятельности младшего школьника	жизнедеятельности младшего школьника
Здоровье психологическое	Возрастные и индивидуальные психологические особенности ребенка	1) Знание об индивидуальных и возрастных особенностях развития и функционирования: познавательной, эмоционально-мотивационной, коммуникативной, поведенческой сфер младшего школьника; 2) Знание индивидуально-личностных особенностей (темперамент, характер, способности) младшего школьника	Умение эффективно использовать индивидуальные особенности младшего школьника в целях здоровьесбережения.	Мотивация к учету индивидуальных и личностных характеристик младшего школьника для формирования и сохранения здоровья
	Закономерности взаимоотношений с референтной группой (значимыми взрослыми: учитель, родитель и др.)	1) Знание о психологических целях и задачах, ролях и функциях значимых взрослых 2) Знание особенностей коммуникации с младшего школьника 3) Знание закономерностей взаимодействия младшего школьника со значимыми взрослыми	Умение организовать эффективное общение (коммуникацию) родителя и младшего школьника для реализации технологий здоровьесбережения с учетом индивидуально-психологических особенностей младшего школьника	
Здоровье социальное	Возрастные и индивидуальные характеристики учебной деятельности	Знания об индивидуальных и возрастных особенностях младшего школьника при осуществлении учебной деятельности	Обеспечение условий эффективного осуществления учебной деятельности с учетом индивидуальных и возрастных особенностей младшего школьника	Мотивация к реализации воспитательной и образовательной деятельности.
	Закономерности взаимодействий субъектов учебной деятельности	Знания о закономерностях взаимодействия субъектов учебной деятельности.	Умение организовать эффективное общение «педагог-родитель-ребенок» для реализации технологий здоровьесбережения с учетом индивидуально-психологических особенностей младшего школьника	

Структура матрицы позволяет представить уровни компетентности родителей в вопросах сохранения и укрепления здоровья у младших школьников: высокий, средний, низкий.

1) Высокий уровень сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения характеризуется высокими показателями по каждому из компонентов родительской компетентности в области здоровьесбережения (информационному, деятельностному и личностно-мотивационному).

На уровне физического здоровья ребенка у родителя будут сформированы знания об особенностях организации различных сфер жизнедеятельности младшего школьника (режима дня, питания, санитарно-гигиенических нормах, о причинах возникновения, особенностях протекания и профилактике заболеваний, типичных для младшего школьного возраста), о требованиях к характеристикам организации безопасной среды жизнедеятельности младшего школьника (эргономических, санитарно-гигиенических). Будут сформированы умения планирования и организации режима дня и питания младшего школьника, контроль выполнения ребенком санитарно-гигиенических операций. У родителя, обладающего знаниями о причинах возникновения, особенностях протекания и профилактике заболеваний, должны быть сформированы умения на практике различать болезненные состояния младшего школьника, организовать процесс оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных детских заболеваний и проводить профилактические мероприятия в периоды эпидемий и в повседневной жизни.

На уровне психологического здоровья будут сформированы знания возрастных особенностях развития и функционирования ребенка младшего школьного возраста (познавательной, эмоционально-мотивационной, коммуникативной, поведенческой сферах). Будут сформированы знания об индивидуально-личностных особенностях (темперамент, характер,

способности) младшего школьника и умений эффективно использовать индивидуальные особенности ребенка в целях сохранения, поддержания и укрепления его здоровья. Кроме того, родитель должен быть информирован о роли и функциях значимых взрослых, а так же закономерностях взаимодействия младшего школьника со значимыми взрослыми и применения этих знаний на практике в процессе организации коммуникации с ребенком членов семьи (супруга, прародителей, сиблингов и пр.), учитывая индивидуально-психологические особенности ребенка. Характерной чертой высокого уровня сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения будет являться сформированность мотивации использовать индивидуальные особенности ребенка в целях сохранения, поддержания и укрепления его здоровья.

На уровне социального здоровья будут сформированы знания об индивидуальных и возрастных особенностях младшего школьника при осуществлении учебной деятельности и умения организовать эффективное общение «педагог-родитель-ребенок» для реализации технологий здоровьесбережения с учетом индивидуально-психологических особенностей младшего школьника.

2) Средний уровень сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников характеризуется средними показателями по каждому из компонентов компетентности родителей или отдельными высокими показателями по одному компоненту на фоне низких или средних значений по остальным компонентам.

Родители не в полной мере осознают ответственность за физическое, психологическое, социальное здоровье ребенка. Ценность здоровья ребенка и мотивация по формированию, сохранению и укреплению здоровья ребенка будет слабо выражена. На уровне физического, психологического и социального здоровья ребенка у родителя будут сформированы фрагментарные знания, умения, касающиеся организации процесса здоровьесбережения ребенка в различных сферах жизнедеятельности.

3) Низкий уровень сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения характеризуется низкими показателями по каждому из компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения. Родитель в полной мере не осознает ответственности за здоровье ребенка, имеет низкую мотивацию к формированию здорового ребенка и отсутствием ценности здоровья в реализации воспитательной деятельности. На уровне физического, психологического и социального здоровья ребенка у родителя не будут сформированы знания и умения, касающиеся организации процесса здоровьесбережения ребенка в различных сферах жизнедеятельности, будут отсутствовать знания, умения планирования и организации режима дня и питания младшего школьника. Не будут учитываться индивидуальные и возрастные особенности развития и функционирования ребенка младшего школьного возраста в процессе его жизнедеятельности, не будут сформированы знания и умения, обеспечивающие эффективность учебной деятельности младшего школьника и его пребывание в школьном коллективе.

Таким образом, сформулируем выводы:

Под компетентностью понимается совокупность взаимосвязанных качеств личности (знаний, умений, навыков, способов выполнения деятельности), необходимых для осуществления эффективной, продуктивной деятельности в определенной предметной области.

Понятие компетентность родителей, появившееся относительно недавно, позволяет по-новому взглянуть на вопросы воспитания в семье, в образовательном учреждении, а также сотрудничества семьи и образовательного учреждения по вопросам воспитания ребенка. Успешно осуществлять воспитательную функцию в семье, основываясь только на стихийно полученном опыте либо от предыдущих поколений, либо в процессе жизнедеятельности недостаточно. Это ставит подготовку родителей по воспитанию детей на качественно иной уровень, близкий к профессиональному.

Компетентность родителей возможна только в области семейного воспитания и осуществляется родителями, представляя собой совокупность знаний, навыков и умений, позволяющих осуществлять многообразные функции в семье на разных этапах ее жизнедеятельности; интеграцию социально-педагогической, нормативно-правовой, социально-психологической, психолого-педагогической, культурологической, составляющих этого процесса.

Компетентность родителя в области здоровьесбережения младших школьников рассматривается нами как интегративное качество его личности, основанное на отношении к здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, включающее в себя сформированность умений, навыков и поведенческих особенностей, необходимых для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья ребенка, а так же готовность формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью.

1.3. Формы и методы формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения в образовательном пространстве школы.

В число основных направлений деятельности институтов образования и семьи входят воспитательная функция и формирование социализированной личности, поэтому взаимодействие семьи и школы имеет ряд общих точек соприкосновения, служащих основой плодотворного сотрудничества.

Процесс взаимодействия педагога и родителя предполагает совместную деятельность по регулированию, согласованию, корректированию форм, методов, целей воспитания в семье и образовательном учреждении [193, с. 45].

Современное образование строится на гуманистических принципах и ориентировано на индивидуально-личностное развитие ребенка, предполагая сочетание таких процессов как социализация и индивидуализация, что

опосредует участие в образовании не только профессиональных педагогов, но и психологов, медиков, специалистов социальной сферы, родителей и самих детей, что указывает на «субъект-субъектные» отношения в системах «педагог-ребенок», «педагог-родитель», «родитель-ребенок» [192, с. 18]. Осуществление взаимодействия между образовательным учреждением и семьей ребенка в процессе формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения, а так же выбор оптимальных форм и методов реализации данного процесса определяется качеством и характеристикой данных отношений.

Приоритет семейного воспитания как базового института по формированию и развитию личностного потенциала ребенка провоцирует профессиональную заинтересованность в конструктивном взаимодействии с родителями и детьми в режиме сотрудничества и диалога. Данный принцип находит свое отражение в теории педагогической поддержки (О.С. Газман, Н.Н. Михайлова, С.М. Юсфин и др.) [59, с. 46-78], [146, с. 206].

В педагогической литературе выделяется ряд феноменов, описывающих характер отношений между семьей и школой: «педагогическая поддержка» (О.С. Газман, Н.Б. Крылова, Н.Н. Михайлова, С.М. Юсфин), «педагогическое просвещение» (И.А. Игнатова), «психолого-педагогическое взаимодействие» (Ш.А. Амонашвили, А.С. Белкина, И.В. Гребенников, Г.В. Гатальский, Е.В. Коротаяева, А.С. Копова, П.И. Пидкасистый, В.Д. Семенов, А.С. Федотова), «партнерство» и «сотрудничество» (Т.А. Костюкова, Т.П. Грибоедова) и др. Каждый из данных феноменов имеет свою уникальную специфику, поэтому стоит рассмотреть каждый из них более подробно, поскольку от существующей формы взаимоотношений школы и семьи с учетом психологических, педагогических и социальных потребностей родителей зависит, в конечном итоге, результат этого взаимодействия, отражающийся на воспитании детей.

Термин «педагогическая поддержка», введенный О.С. Газман, предполагает оказание целенаправленной помощи родителям и ребенку в

рамках образовательного пространства и подразумевает профессиональную деятельность по гармонизации жизнедеятельности. В педагогической литературе так же встречается понятие «педагогическая помощь», которое близко по значению понятию «педагогическая поддержка». Эти два определения обозначают определенный род отношений, которые возникают между семьей и образовательным учреждением. Однако «поддержка» предполагает более активные «субъект-субъектные» отношения, где обе стороны заинтересованы в сотрудничестве, в то время как «помощь» - это целенаправленное одностороннее воздействие на семью, которая выступает проблемной сферой, требующей вмешательства [59, с.46-78]. По определению М.П. Гурьяновой, педагогическая поддержка - это совокупность различных форм социально-педагогической деятельности, направленная на различные стороны жизнедеятельности. Такими сферами выступают: социально-экономическая, психологическая, культурная, нравственно-эстетическая, образовательная и другие. В соответствии с этим М.П. Гурьянова выделила такие виды педагогической поддержки, как социальная, моральная, социально-воспитательная и социально-образовательная помощь [69, с.36-44].

Традиционно в педагогической литературе под педагогической поддержкой понимают оказание семье квалифицированной помощи в решении ряда трудностей и проблем, под влиянием негативных факторов, препятствующих гармоничному воспитанию и развитию ребенка, посредством укрепления воспитательного потенциала родителей [50, с.35-56]. Оказание такой помощи семье возможно лишь в комплексном взаимодействии различных субъектов, задействованных в процессе развития, воспитания, образования ребенка, а так же его формирования как человека и гражданина. В число таких субъектов, оказывающих педагогическую поддержку, входят не только педагоги (учителя, воспитатели), но и так же социальные работники, психологи, юристы, медицинские работники, а так же и сами родители.

Для отечественного образования, а так же в рамках планирования социальной политики школы, особый акцент в оказании педагогической поддержки ставится на формирование педагогической компетентности родителей. Она является своего рода показателем результативности, эффективности взаимодействия семьи и школы, поскольку компетентный родитель не только будет осуществлять более грамотное воспитание, но и так же будет активно участвовать в отношениях с педагогами, другими родителями в рамках образовательного пространства школы [50, с. 45].

Педагогическая поддержка как определенная характеристика отношений семьи и школы включает в себя разнообразный комплекс мер, ориентированный на различные сферы и включает в себя множество используемых методов, в зависимости от типизации проблем. В то время как педагогическое просвещение как определенная характеристика взаимоотношений представляет собой способ общения педагога и родителя, построенного на условиях добровольного, активного, одностороннего получения информации [55, с. 101–106]. В таком случае педагогическая задача заключается в подборе, анализе, изложении материала, а задача родителя, в свою очередь, этот материал воспринять. Стоит отметить, что одним из важнейших особенностей педагогического просвещения, наряду с простым информированием, является двусторонность процесса, наличие обратной связи. Информирование включено в просвещение и выступает как обязательный элемент. В рамках просвещения формирование компетентности родителей включает не только когнитивный компонент, но и так же затрагивает формирование умений и навыков, с учетом двойственной специфики этих отношений. С одной стороны, родитель и педагог выступают как два самостоятельных активных субъекта, с другой, родитель является заведомо менее компетентным в ряде вопросов воспитания, образования ребенка, однако взаимоотношения между двумя сторонами не строятся по простой модели «учитель-ученик», где одна явно доминирует, как, например, при консультировании, поддержке [113, с. 95-120]. Таким образом,

педагогическая поддержка выступает как форма социального взаимодействия, возможная в рамках образовательного пространства.

Учитывая тот факт, что формирование компетентности родителей не может являться обучением, а вписано в воспитательную функцию школы, «педагогическая поддержка» могла бы выступать этой формой организации отношений, если бы не данные обстоятельства:

Во-первых, педагогическая поддержка заключается в оказании профессиональной консультативной, просветительской, практической помощи в различных сферах воспитательного процесса, однако в современных школах она зачастую исключает личностный аспект.

Во-вторых, семья выступает активной системой, обладающей уникальным, свойственным только ей набором средств, способов и инструментария по формированию личности ребенка, то есть обладает индивидуальным воспитательным потенциалом (И.В. Гребенников). Поэтому работа в осуществлении педагогической поддержки должна учитывать данный факт и осуществляться на основе ряда стратегических целей [66, с. 709-710]. В данной работе мы говорим о «формировании» как процессе целенаправленного и организованного овладения родителями как активными субъектами знаниями, умениями и навыками, в то время как педагогическая поддержка представлена «субъект-объектными» отношениями.

«Педагогическое просвещение» выступает коллективным процессом, где взаимоотношения строятся не по схеме «один на один», а подразумевают родительское сообщество и педагогическое сообщество, которое задает общую концепцию психолого-педагогического просвещения [160, с. 82]. В области здоровьесбережения педагогическое просвещение реализуется в проведении родительских собраний, информационно-просветительской работе, совместном участии в конкурсах и выставках и пр. Таким образом, работа в области здоровьесбережения между родителями и образовательным учреждением осуществляется без системности и преемственности действий.

Педагог осуществляет заботу о здоровье школьника настолько, насколько это предусматривает образовательная программа. Родитель осуществляет подобную деятельность, исходя из собственных ценностей, установок, в то время как их взаимодействие носит отрывочный предметный характер и зачастую педагог занимается лишь информированием.

Педагогическое просвещение родителей в рамках повышения их компетентности предполагает, таким образом, выявление характера и содержания проблем родительского воспитания в определенной сфере, структуризацию возникших проблем, и на основе полученных данных выбираются формы и методы просветительского воздействия, с учетом специфики проблем, а так же показателями результативности. Такая работа «фрагментарна», имеет относительный характер и, по-нашему мнению, не способна в должной мере способствовать формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения, поскольку не может в полной мере способствовать формированию каждого из компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения. В рамках данной формы может успешно формироваться информационный компонент, однако усвоение умений и навыков, переоценка опыта и использование его в здоровьесберегающей деятельности не предполагается.

Помимо педагогической поддержки и педагогического просвещения, взаимодействие в образовательном пространстве педагогов и родителей может так же осуществляться на основе сотрудничества, партнерства. Необходимо отметить, что само по себе понятие «взаимодействие» подразумевает двусторонние отношения. Проблема педагогического и психолого-педагогического взаимодействия была рассмотрена рядом исследователей (Ш.А. Амонашвили, А.С. Белкина, Г.В. Гатальский, И.В. Гребенников, Е.В. Коротаева, А.С. Копова, П.И. Пидкасистый, В.Д. Семенов, А.С. Федотова и др.).

Взаимодействие представляет собой связь субъектов и объектов образовательного процесса, конструирующегося на информационном,

организационно-деятельностном, эмоциональном единстве и приводящего к качественными или количественным изменениям (Е.В. Коротаева) [111, с. 95].

Во многом характеристика взаимоотношений между родителями и педагогами в образовательном пространстве школы строится в соответствии с пониманием ролевых позиций и ожиданий участников взаимодействия. В ходе исторического развития эти позиции менялись. В 20-30-х годах XX века практически исключался авторитет семьи в вопросах образовательно-воспитательного процесса, напротив, ей жестко навязывались нормы и ценности образовательного учреждения. С 40-х и до 80-х годов семейная система получила право на участие в образовательном процессе. Особо это касалось социально уязвимых типов семей, имеющих проблемы в финансовой, хозяйственной, медицинской, социальной сферах (семьи с ребенком инвалидом, сельские семьи, неполные семьи и прочее). Семья являлась в данной ситуации не полноправным партнером, а объектом педагогического воздействия, за ней закрепилось право на активность в оказании ей педагогической помощи.

В 90-х годах позиция родителей коренным образом меняется, в первую очередь в финансовом отношении. Становится все более популярно так называемое родительское спонсорство, что позволило родителям принимать решения не только на частном уровне в вопросах воспитания собственного ребенка, но и в вопросах планирования педагогического процесса. В таких условиях семья и школа пришла к модели не сотрудничества и равноправия, а скорее «терпимости», иногда некомпетентному вмешательству родителей.

На рубеже XX-XXI вв. к участию в образовательном процессе стали привлекаться и иные институты общественной жизни, действующие в интересах развития ребенка. Начиная с этого времени все более актуальным становится вопрос конструирования отношений между семьей и школой, предусматривающих партнерство, сотрудничество. Для современного

образования характерен уход от формального взаимодействия со стороны педагогов и спонсорства (со стороны родителей) в сторону кооперативных отношений, то есть включения в совместную деятельность [55, с. 35-56]. Партнерство, как особая форма отношений определяется такими параметрами как:

1) Заинтересованность родителей жизнью, здоровьем и развитием ребенка, что находит отражение в воспитании. Родитель осознает, что от его собственных усилий, стиля общения, ценностей, приоритетов, правил и норм зависит будущее ребенка. Следовательно, такой родитель будет заинтересован в квалифицированной помощи при решении ряда педагогических проблем, а так же коррекционного внешнего воздействия, направленного как на развитие ребенка, так и на самого взрослого. Так, по данным исследования Т.П. Грибоедовой, Т.А. Костюковой, проведенного с родителями школьников в лицеях, гимназиях и школах Новокузнецка, основная часть родителей считает, что семья выступает основным воспитателем ребенка и несет за это ответственность, в то время как образовательное учреждение выполняет запрос семьи [113, с. 33-39].

2) Готовность родителей к взаимодействию со школой с пониманием того, что деятельность семьи и школы по воспитанию и образованию ребенка имеет качественные отличия, однако выступает взаимодополняющей друг друга. При сформированности высокой готовности родителей к сотрудничеству со школой возникают такие формы сотрудничества, как родительское самоуправление, родительские клубы, объединяющие заинтересованных родителей для решения проблем развития и образования детей.

3) Наличие у родителей психологических и педагогических установок на развитие и формирование ряда желательных качеств личности, способов социализации, а так же способов конструктивного взаимодействия с ребенком. Подобные характеристики относятся к уникальному

образовательному потенциалу семьи, который учитывается образовательным учреждением [111, с.132].

Близкое к понятию «партнерство» является понятие «сотрудничество» как наивысшей уровень развития «субъект-субъектных» отношений в деятельности. Сотрудничество предполагает не просто общение «на равных» ролевых и функциональных позициях, а некий процесс, в рамках которого обе стороны вовлечены в такое взаимодействие, которое предполагает «творческий» рост, развитие потенциала. В таком случае педагог, психолог, социальный работник обладают не абсолютным конечным знанием о формах, способах и методах воспитания, а родитель не выступает как беспомощный, некомпетентный, чей педагогический потенциал основан лишь на межпоколенном опыте [184, с.43].

Как отмечает А.М. Митяева, взаимодействие с родителями будет эффективно в случае объединения проблем в группы и общности. При таком подходе лекции, собрания имеют своей целью информирование, мотивирование для дальнейшей работы [141, с.77-80].

Групповая работа позволяет преподнести материал большому числу родителей одновременно, а так же формирует в сознании родителей общность проблемы, ее остроту и необходимость решения, создает из группы родителей определенное объединение, что будет дополнительным инструментом образовательной деятельности. Индивидуальная работа с родителями позволяет установить более тесный контакт. Примерами индивидуальных форм работы могут быть практические занятия, консультации, носящие коррекционную направленность.

Индивидуальная форма работы с родителями наиболее характерна для психологов, логопедов, социальных работников, медицинских работников, а так же и педагогов-предметников. В ходе индивидуальной беседы родитель может получить информацию, максимально приближенную к его ситуации. Индивидуальная работа будет более эффективна в разработке индивидуальной стратегии воспитания в семье с учетом максимального

количества факторов воспитания. Особенно это касается начальной школы, поскольку педагогическая деятельность осуществляется одним педагогом широкого профиля, что позволяет сконструировать, распространить и проконтролировать использование здоровьесберегающих технологий в процессе учебной и внеучебной работы.

На ступени среднего образования речь идет об отдельных личных инициативах и педагогическом новаторстве, не носящих системного для образовательного учреждения характера и зачастую распространяющихся только на одну дисциплину (например, внедрение здоровьесберегающих технологий на уроках географии, биологии, русского языка и т.д.). В такой ситуации деятельность педагогов обычно направлена не только на создание наиболее благоприятных условий для усвоения учебного материала, но и на трансляцию учащимся информации о здоровье и самосохранительном поведении (к примеру, о безопасности жизнедеятельности, механизмах функционирования человеческого организма, нормах и патологиях развития, схем-представлений об общепринятых нормах поведения по отношению к здоровью и др.).

Гораздо чаще в практике образования делается акцент на физическую нагрузку учащихся. В рамках стимулирования работы в этом направлении в образовательных учреждениях организуются образовательные программы, семинары, курсы повышения квалификации для педагогов, ориентирующие их на получение знаний и навыков проектирования программ собственной педагогической деятельности с применением техник здоровьесбережения [132, с.77-91]. Однако, бессистемность, оторванность от образовательной среды педагогического взаимодействия с родителями не даст необходимого эффекта. Как мы уже говорили ранее, в области здоровьесбережения школьников акцент сделан на профилактическую и просветительскую деятельность, обеспечение «щадящего» режима учебного процесса, развитие физической культуры и спорта, что указывает на формальный подход к развитию у родителей компетентности в этой области [216, с. 73-76].

Мы полагаем, что формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения должно осуществляться именно в рамках «субъект-субъектных отношений», предполагающих равную заинтересованность в процессе и в результате данной работы. В идеале таким результатом сотрудничества семьи и школы должно стать не только качественное и количественное обогащение знаниями, но личностное изменение обеих сторон процесса. Со стороны родителя эти личностные трансформации включают изменения в индивидуальном сознании, переоценку своей ролевой позиции, формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения как качества личности, выступающего условием и фактором успешной здоровьесберегающей деятельности.

Осуществление таких личностных изменений возможно посредством как традиционных, так и инновационных технологий в зависимости не только от форм, но и от методов сотрудничества семьи и образовательного учреждения.

В зарубежной практике опыт работы с родителями в рамках сотрудничества осуществлялся на базе различных ассоциаций, учреждений досуга, здравоохранительных, религиозных организаций, а значит, имел отрывочный характер. К примеру, в США базой работы с родителями являются детские учреждения (государственного и частного характера). В Швеции получила распространение Национальная программа «Контактная модель работы с семьей». В Великобритании работа с семьей в основном возложена на социальных работников, осуществляется в рамках работы государственных образовательных учреждений. Соответственно, работа с родителями осуществляется в основном не только педагогической, но и психологической, социальной службой, давая различные рекомендации, в зависимости от возникающих проблем [21,с.57].

В сложившихся условиях отечественной системы образования, переходе на компетентностную модель образования, воспитательная работа школы в отношении родителей еще не имеет определенной структуры, но

должно отвечать основным принципам компетентного подхода и осуществляться посредством когнитивно-ориентированных, деятельностно-ориентированных и личностно-ориентированных технологий.

Ориентация на данные технологии воспитательной работы с родителями по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения позволит актуализировать личный социальный опыт, мотивировать интерес к самостоятельному приобретению знаний. Подобная форма взаимоотношений между родителями и педагогами в пространстве школы строится в соответствии с пониманием ролевых позиций и ожиданий участников взаимодействия, опосредуется социальными, культурными характеристиками, а поэтому подвержена изменениям в процессе исторического развития. Результатом сотрудничества семьи и школы является качественное и количественное обогащение знаниями, личностное изменение обеих сторон процесса.

Реализация подобной формы работы с родителями, по-нашему мнению, возможна лишь при соблюдении ряда педагогически условий, включающих в себя организационно-педагогические (создающие необходимое педагогическое пространство), психолого-педагогические (обеспечивающие успешность «субъект-субъектного» взаимодействия) и дидактические (определяющие содержательные характеристики процесса, а так же средства воздействия).

Поскольку на современном этапе взаимодействие с родителями по вопросам здоровьесбережения не имеет воспитательного характера, а более представлено просветительскими и консультационными формами («субъект-объектными» отношениями), то возникает необходимость построения качественно новой модели сотрудничества по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения, основанной на субъект-субъектных отношениях (сотрудничество, партнерство) и принципах компетентного подхода,

Таким образом, можно констатировать, что приоритет семейного воспитания как базового института по формированию и развитию личностного потенциала ребенка провоцирует профессиональную заинтересованность конструктивного взаимодействия с родителями и образовательным учреждением в режиме сотрудничества и диалога. Подобная форма взаимоотношений между родителями и педагогами в образовательном пространстве школы строится в соответствии с пониманием ролевых позиций и ожиданий участников взаимодействия, опосредуются социальными и культурными характеристиками, а поэтому подвержена изменениям в процессе развития. Результатом сотрудничества семьи и школы является качественное и количественное обогащение знаниями, личностное изменение обеих сторон процесса. Со стороны родителя это формирование компетентности родителей, выступающее условием и фактором успешного здоровьесбережения ребенка. Для педагога личностные изменения позволяют планировать и конструировать свою педагогическую деятельность более эффективно.

К числу основных форм и методов формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения относят педагогическое просвещение, педагогическую поддержку, партнерство и сотрудничество. Наиболее эффективным в процессе формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения является «субъект-субъектное» взаимодействие семьи и образовательного учреждения, включающее воспитательный характер технологий здоровьесбережения в контексте компетентного подхода (когнитивно-ориентированные, деятельностно-ориентированные и личностно-ориентированные технологии), позволяющих актуализировать личный социальный опыт родителей, мотивировать их интерес к самостоятельному приобретению знаний.

В настоящее время возникает необходимость построения качественно новой модели сотрудничества по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения, основанной на субъект-субъектных

отношениях (сотрудничество, партнерство) и принципах компетентностного подхода.

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ.

Теоретический анализ психолого-педагогической литературы по проблеме формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников позволил нам сформулировать следующие выводы:

«Здоровьесбережение» в психолого-педагогической литературе рассматривается многоаспектно. В состав данного феномена включена основа профилактики заболеваний, отражение успешной деятельности по поддержанию «здорового образа жизни», активность индивида, направленная на улучшение и сохранение здоровья, согласованность и единство всех уровней жизнедеятельности человека и др. Общим во всех определениях является тот факт, что здоровьесбережение имеет две составные части «здоровье» и «сбережение», а соответственно, является определенным процессом поддержания состояния благополучия физической, психологической и социальной сфер личности, направленным на повышение ценностного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих.

Процесс здоровьесбережения детей младшего школьного возраста базируется на анатомо-физиологических, психологических и социальных изменениях, происходящих с ребенком на данном возрастном этапе и должен снижать влияние негативных факторов, влияющих на здоровье, способствуя его сохранению и укреплению.

Наиболее значимыми институтами, формирующими основы здоровьесбережения ребенка, являются семья и образовательное учреждение. Для начальной школы характерна здоровьесберегающая деятельность как способ организации обучения школьников без ущерба для их здоровья, которое рассматривается в двух аспектах. С одной стороны, сохранение

здоровья является приоритетной задачей школы, с другой стороны, оно выступает определенным инструментом, ресурсом, обеспечивающим выполнение учебных планов, освоение учебного материала. В таких условиях работа по внедрению методик здоровьесбережения младших школьников имеет характер индивидуальной инициативы с акцентом на физическое здоровье (снижение объема учебной нагрузки, сочетание двигательной, физкультурно-оздоровительной деятельности). Однако данные мероприятия зачастую лишены логики развития, поскольку служат лишь инструментом для успешной педагогической работы и достижения требуемых учебных результатов.

Семейная среда обладает собственным, уникальным «инструментарием» в вопросах здоровьесбережения. Она в большей мере ориентирована на индивидуальность, уникальность ребенка и способна учесть не только физиологические особенности возраста, но и индивидуально-психологические особенности личности младшего школьника. Образовательное учреждение склонно обучать ребенка здоровому образу жизни, в то время как семья – показывать и закреплять необходимые умения и навыки здоровьесберегающей деятельности. Поэтому возникает необходимость в объединении усилий образовательного учреждения и семьи с целью реализации здоровьесберегающей функции. Результатом сотрудничества семьи и школы является качественное и количественное обогащение знаниями, личностное изменение обеих сторон процесса. Со стороны родителя это формирование компетентности родителей, выступающее условием и фактором успешного здоровьесбережения ребенка. Для педагога личностные изменения позволят планировать и конструировать свою педагогическую деятельность более эффективно.

Компетентность родителей возможна только в области семейного воспитания и представляет совокупность знаний, навыков и умений, позволяющих осуществлять многообразные функции в семье на разных

этапах ее жизнедеятельности, интеграцию социально-педагогической, нормативно-правовой, социально-психологической, психолого-педагогической, культурологической составляющих этого процесса.

Компетентность родителя в области здоровьесбережения младших школьников рассматривается нами как интегративное качество его личности, основанное на отношении к здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, включающее в себя сформированность умений, навыков и поведенческих особенностей, необходимых для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья ребенка, а так же готовность формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью.

В структуру компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников включены такие компоненты, как информационный, деятельностный и личностно-мотивационный. Информационный компонент включает совокупность знаний, умений и навыков ведения здорового образа жизни, использования средств профилактики заболеваний, форм и методов сохранения и укрепления здоровья. Деятельностный компонент представляет собой совокупность умений и навыков, необходимых для понимания и оценивания своего здоровья и здоровья ребенка, воспитания у ребенка основ здоровьесбережения, бережного отношения к себе и своему здоровью. Личностно-мотивационный компонент включает усвоение ценностей и понятий, способствующих формированию отношения ребенка к здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, сохранения и укрепления здоровья ребенка.

Здоровьесбережение в системе начального образования ребенка является качественной характеристикой педагогической работы, отражающей уровень заинтересованности педагогического коллектива и родителей в сохранении и укреплении здоровья ребенка. Данная деятельность направлена на сохранение и укрепление всех компонентов здоровья: состояние благополучия функционирования биологических систем

и подсистем организма (физическое здоровье); благополучие индивида в отношении с собой, во взаимоотношении с другими (психологическое здоровье); благополучие индивида во взаимодействии с субъектами и объектами в процессе деятельности в социальной среде (социальное здоровье).

К числу основных форм и методов формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения относят педагогическое просвещение, педагогическую поддержку, партнерство и сотрудничество. Наиболее эффективным в процессе формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения является «субъект-субъектное» взаимодействие семьи и образовательного учреждения, включающее воспитательный характер здоровьесберегающей деятельности в контексте компетентного подхода (когнитивно-ориентированные, деятельностно-ориентированные и личностно-ориентированные технологии), позволяющих актуализировать личный социальный опыт родителей, мотивировать их интерес к самостоятельному приобретению знаний.

В настоящее время возникает необходимость построения качественно новой модели взаимодействия семьи и образовательного учреждения по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения, основанной на субъект-субъектных отношениях (сотрудничество, партнерство) и принципах компетентного подхода.

ГЛАВА II. ОПЫТНО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ КОМПЕТЕНТНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

2.1. Разработка и научное обоснование модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

На современном этапе в задачи образовательной системы на законодательном уровне внесена забота о здоровье подрастающего поколения (Статья 41 Закон 273-ФЗ «Об образовании в РФ» 2014). Данная задача опосредует работу образовательного учреждения в области здоровьесбережения, а так же появление множества технологий, направленных на поддержание и укрепление здоровья школьников на различных этапах образовательного процесса. Однако при всем многообразии используемых технологий, образовательная система достаточно обособлена от института семьи. В настоящее время современная семья сталкивается с рядом проблем в системе осуществления здоровьесбережения своего ребенка:

- неспособность демонстрировать пример компетентной здоровьесберегающей деятельности ввиду низкого уровня здоровья и самосохранительного поведения;
- недостаточные, бессистемные знания, умения и навыки в организации здоровьесберегающей деятельности;
- неспособность родителей обеспечить сохранение здоровья ребенка в связи с рядом кардинальных трансформаций уклада современной жизни.

Обозначенные проблемы опосредуют необходимость формирования компетентности родителей в здоровьесберегающей области как цель и задачу образовательного учреждения. В связи с этим возникает необходимость

создания абстрактной модели, отражающей процесс формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения в рамках образовательного учреждения.

Для решения задач исследования нами использован метод моделирования как процесс построения модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников на основе педагогического сотрудничества между образовательным учреждением и семьей.

В отношении проблемы формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения разработка модели позволит наглядно отобразить цели, задачи, структурные и содержательные компоненты, принципы формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников [39].

В общем виде, любая модель представляет собой схематичное отражение структуры и содержания исследуемого объекта [44, с. 58-61].

Целью реализации модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников является повышение уровня компетентности родителей в вопросах здоровьесбережения и их готовности формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью.

Конструирование модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников на основе педагогического сотрудничества между образовательным учреждением и семьей логичнее начать с выявления ряда педагогических условий ее эффективной реализации. Условия можно дифференцировать на внутренние (отвечающие целям взаимодействия субъектов образовательного процесса) и внешние (отражающие процессуальную сторону) (Н.В. Ипполитова, М.В. Зверева и др.) [96, с. 78-110].

1) Внешние условия представляют собой совокупность объективных возможностей обучения, в которые входят организационные формы и

материальные возможности, обстоятельства взаимодействия субъектов процесса, обеспечивающие достижение результата педагогической деятельности (С.Н. Павлов) [158, с.14].

Основной функцией внешних условий является конструирование способов, которые обеспечат целенаправленное и эффективное развитие педагогического процесса. В нашем случае процесс формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников представляет совокупность различных способов педагогического взаимодействия между образовательным учреждением и семьей. Вывод теоретического анализа проблемы исследования говорят о том, что среди многочисленных видов сотрудничества ни один в полной мере не удовлетворяет целям формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения, поскольку отсутствуют комплексные программы взаимодействия педагогов и родителей в данном вопросе. Поэтому можно говорить о том, что в настоящее время отсутствует системность в преподнесении информации, частота взаимодействия носит субъективный характер и отличается непостоянством.

Модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников включает такие внешние условия как организация педагогической среды, определенного воспитательного пространства, в рамках которого может быть реализован процесс формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

В данном случае под воспитательным пространством понимается динамическая сеть взаимосвязанных педагогических событий, которая создается усилиями социальных субъектов различного уровня (коллективных и индивидуальных) и выступает интегрированным условием личностного развития человека (Д.В. Григорьев) [164, с. 134]. В нашей работе мы предполагаем создание определенного пространства – «Школы компетентного родителя» как отдельной подструктуры, которая бы

обеспечивала взаимодействие социальных субъектов различного уровня и способствовала личностному развитию родителей. Для создания такого пространства необходимо обеспечить такие организационно-педагогические условия, как:

- материально-техническая база, включающую совокупность санитарно-гигиенических и социально-бытовых условий (наличие помещений для работы, мест личной гигиены и т.д.);

- включение педагогического воздействия в систему временной организации труда педагога, как условие определяющее частоту и длительность проводимой программы, учитывающее специфику субъектов педагогического процесса, его цели и задачи.

Помимо организации педагогической среды как условия формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников, стоит выделить еще и «внутренние» условия. Внутренние условия отвечают целям взаимодействия субъектов образовательного процесса.

В настоящее время в ФГОСТ НОО (Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования) в перечень психолого-педагогических условий реализации программы начального образования внесены следующие пункты:

- формирование и развитие психолого-педагогической компетентности педагогических и административных работников, родителей (законных представителей) обучающихся,

- вариативность направлений психолого-педагогического сопровождения обучающихся (сохранение и укрепление психологического здоровья обучающихся, формирование ценности здоровья и безопасного образа жизни, дифференциация и индивидуализация обучения).

Наличие подобных положений дает основания полагать, что формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в образовательном учреждении является само по себе

условием грамотной реализации программы начального образования, то есть предусматривается организационно-педагогическими условиями. К внутренним условиям можно отнести содержательные характеристики процесса, обеспечивающие его эффективность:

- отбор содержания, обеспечивающего процесс формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения младших школьников, включающие определенные формы, методы, средства;

- учет индивидуально-личностных особенностей родителей (субъектность) в процессе формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения.

Модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников включает в себя следующие блоки: целевой, теоретико-методологический, содержательный, организационно-процессуальный и оценочно-результативный.

В целевом блоке модели представлены цели и задачи процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в условиях начальной школы.

Целью процесса в данном случае является не просто информирование или передача знаний, умений и навыков, а развитие интегративного качества родителя, которое позволит ему компетентно подходить к процессу воспитания в области здоровьесбережения ребенка. Таким образом, целью педагогического воздействия в процессе формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников является сформированная компетентность родителей в области здоровьесбережения как интегративное качество его личности, основанное на отношении к здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, включающее в себя сформированность умений, навыков и поведенческих особенностей, необходимых для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья ребенка, а так же готовность формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью. Целевой блок включает

также перечень задач, решение которых подразумевает, что у родителей будут сформированы: теоретические представления и знания об эффективных способах здоровьесберегающей деятельности; комплекс умений и навыков, связанных с компетентным воздействием в области здоровьесбережения; развита мотивация к процессу воспитания ребенка в соответствии с требованиями здоровьесбережения. К задачам формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников можно отнести:

- достижение родителями младших школьников высокого уровня мотивации к сохранению и укреплению здоровья младших школьников;
- формирование, умений и навыков эффективного поведения, направленного на здоровье;
- приобретение родителями знаний о формах и методах эффективного здоровьесбережения младших школьников. Формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения должно входить в систему задач образовательного учреждения. Каждой задаче, решаемой в ходе достижения цели, соответствуют конкретные средства организации и управления учебной деятельностью, средства объективного контроля за уровнем их достижения.

Теоретико-методологический блок модели связан с обоснованием теоретических и методологических принципов организации образовательного процессе формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

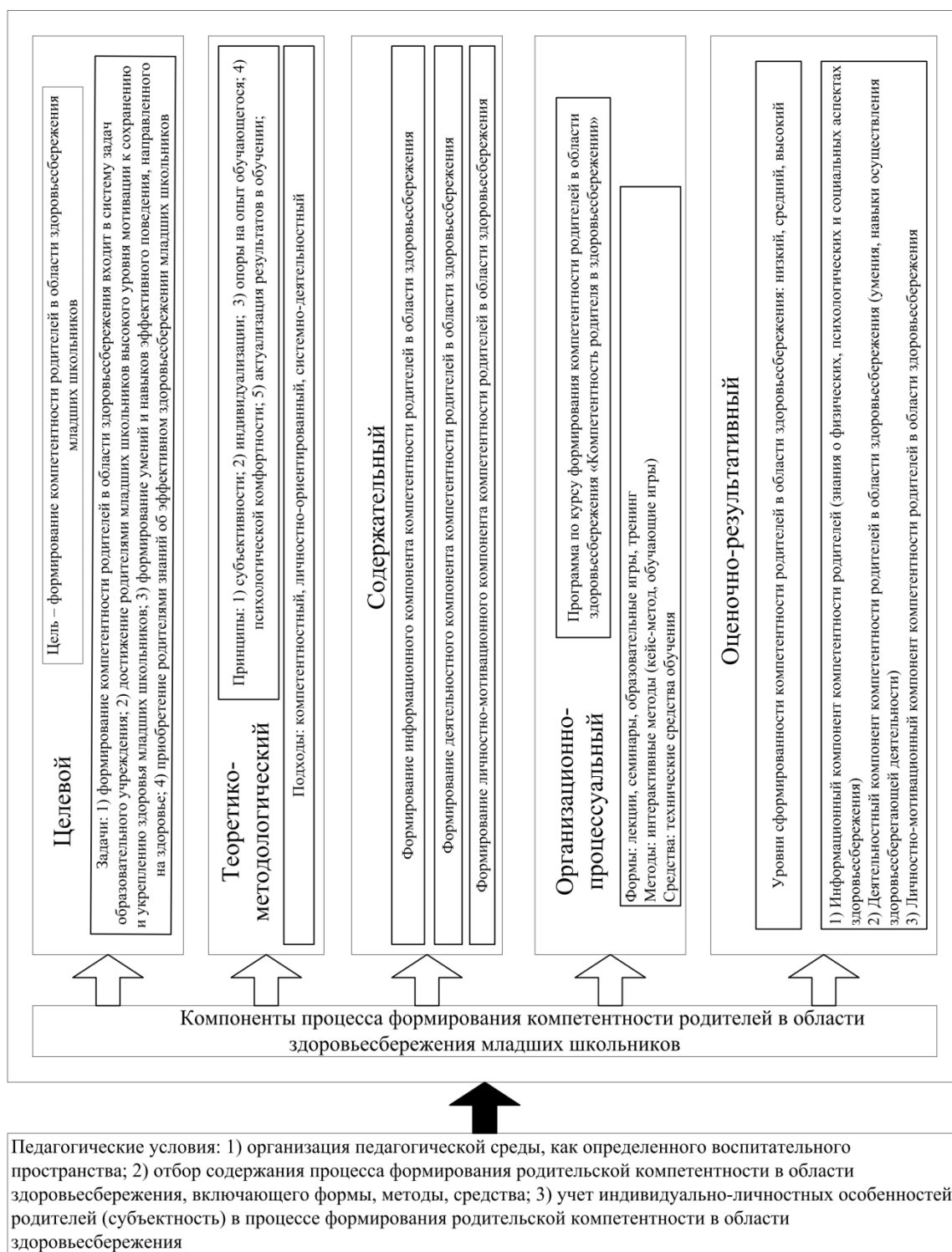


Рис. 1. Модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников

Продуктивную основу моделирования процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников составляют положения компетентностного, личностно-ориентированного, системно-деятельностного подходов. Важной особенностью представленных подходов является их дополнение по отношению друг к другу, поэтому они наиболее эффективны в интеграции.

Применение принципов компетентностного подхода (И.А. Зимняя, Э.Зеер, Н.В. Кузьмина, А.К. Маркова, Дж. Равен, Э. Сыманюк, А.В.Хуторской, М.А. Холодная) в организации процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников опосредованно тем, что компетентность родителей, представлена как интегративное качество личности и включает личностно-мотивационный компонент. В соответствии с этим, недостаточно простого информирования или передачи формальных знаний, а необходим образовательный подход, ориентированный на развитие способности самостоятельно решать проблемы в различных сферах и видах деятельности. В таком случае компетентностный подход предполагает идеи общего и личностного развития [91, с.17-35].

Согласно данному подходу, компетентность имеет действенный, практико-ориентированный характер, поэтому процесс обучения должен строиться на основе применения и организации знания; ориентирование деятельности на разнообразные жизненные ситуации.

Личностно-ориентированный подход (К.А. Абульханова, Э.Ф. Зеер, В.Е. Зинченко, Я.Л. Коломинский, А.В. Мудрик, В.В. Сериков, И.С. Якиманская и др.) позволяет рассматривать организацию образовательного процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в соответствии с потребностями общества, интересами родителей и педагогов. Ввиду того, что формирование компетентности родителей в конечном итоге должно быть личностным качеством, то необходимо ориентироваться не только на знания, умения и

навыки, но и, главным образом, на личность и жизнедеятельность обучающегося, то есть на его мировоззрение, ценности, отношение к другим людям и т.д. [194, с.56-148].

Формирование таких личностных качеств родителя, которые бы отражали его компетентность в здоровьесбережении младшего школьника возможно только через деятельность, поэтому логично использовать аспекты системно-деятельностного подхода (М.Я. Басов, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев и др.). Опора на системно-деятельностный подход предполагает реализацию взаимосвязанных функций компонентов родительской компетентности в области здоровьесбережения, входящих в модель: информационного, деятельностного, личностно-мотивационного.

Совокупность перечисленных подходов позволяет выделить принципы реализации процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников, к которым можно отнести: принцип субъективности; принцип индивидуализации; принцип опоры на опыт обучающегося; принцип психологической комфортности; принцип актуализации результатов обучения.

1) Принцип субъективности, реализация которого в процессе формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников предполагает: опору на активность и инициативность взрослых обучающихся; доминирование общения обучающихся; педагог должен служить определенным примером желаемого поведения, сам должен быть компетентным в вопросах здоровьесбережения младших школьников; стимулирование саморазвития и самовоспитания обучающихся.

2) Принцип индивидуализации, предполагающий определение индивидуальной «траектории» формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников с учетом индивидуальных особенностей, способствуя, таким образом, самореализации и самораскрытию обучающихся.

3) Принцип опоры на опыт обучающегося, предполагающий использование различного жизненного опыта как условие и фактор обучения. В процессе формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников необходимо учитывать, что родители уже имеют определенные знания, умения и навыки, которые могут быть использованы как в собственном обучении, так и в качестве источника обучения для других обучающихся.

4) Принцип психологической комфортности, предполагающий, что обучение не может быть эффективным в том случае, если в системе отношений педагог-обучающиеся или среди самих обучающихся нет отношений, построенных на доверии, открытости и комфорте. Зачастую, родители начальной школы знакомы друг с другом, имеют различного рода взаимоотношения, реализующиеся за стенами образовательного учреждения. В таком случае «личные» отношения, приязни/неприязни могут выступать как дополнительный фактор, затрудняющий или способствующий обучению. Реализация данного принципа возможна в том случае, когда аудитория и педагог настроены на сотрудничество.

5) Принцип актуализации результатов обучения, реализация которого предполагает создание такой программы обучения, результаты которой могли бы быть применены в процессе формирования и сохранения здоровья ребенка.

Содержательный блок модели представлен основными направлениями работы по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. К таким направлениям относятся:

- Формирование информационного компонента, как совокупности знаний личности об особенностях: физического здоровья ребенка (особенности физиологии ребенка; санитарно-гигиенических особенностях среды жизнедеятельности); психологического здоровья ребенка (возрастных и индивидуальных психологических особенностях ребенка, закономерностях

взаимоотношений с референтной группой); социального здоровья ребенка (возрастные и индивидуальные характеристики учебной деятельности; закономерностях взаимодействий субъектов учебной деятельности).

- Формирование деятельностного компонента предполагает формирование и закрепление умений и навыков обеспечения, поддержания: физического здоровья (оптимального в планировании режима дня, обеспечения оптимальным питанием, выполнение санитарно-гигиенических требований, организацию профилактических и медицинских мероприятий); психологического здоровья (научения навыкам грамотного, компетентного общения, эмоционального реагирования); социального здоровья (умение организовать эффективное общение «педагог-родитель-ребенок» для реализации технологий здоровьесбережения).

- Формирование личностно-мотивационного компонента предполагает развитие у родителей ценности индивидуальных и личностных характеристик ребенка; ценности родительства; ценности для родителя здоровья ребенка и мотивация к его формированию и сохранению.

Организационно-процессуальный блок представлен основными формами, методами и средствами формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

К основным формам обучения мы отнесли лекции, практические занятия, тренинг. Основными методами выступали интерактивные методы (кейс-метод, сюжетно-ролевые игры, интерактивные лекции). Средства: технические средства обучения.

Лекция, как форма обучения, представляет собой систематическую и последовательную передачу информации по различным темам, вопросам. Формирование информационного компонента возможно посредством данной формы обучения, поскольку позволяет передать необходимый объем информации. Лекционные занятия, направленные на взрослую аудиторию, должны быть максимально нацелены на получение необходимой

информации в сжатые сроки. Одним из способов овладения теоретическим материалом за ограниченное время можно считать интерактивную лекцию.

Интерактивные лекции подразумевают активность участников процесса (лектора и слушателей), наличие двусторонней связи, однако при этом она остается регулируемой лектором, который координирует обсуждаемую тему. Одной из главных особенностей интерактивных лекций является использование медиатехнологий. В этом случае подготовленная и организованная лекция позволяет участникам получать информацию не только «на слух», но другими способами (просмотр видео, работа с текстом, изучение презентаций). Использование таких технологий увеличивают степень усвоения материала, направляет внимание обучающихся на разъяснения и комментарии преподавателя [40, с. 20]. По ходу лекции педагог стимулирует активность слушателей, приводит отдельные примеры, задает вопросы к аудитории, но в целом его роль должна трансформироваться в менеджера процесса, поскольку обучающимся так или иначе придется прибегнуть к самостоятельному изучению тем, затронутых в лекциях.

Если лекция закладывает основы теоретических знаний в обобщенной форме, то практические занятия направлены на расширение и детализацию этих знаний, на закрепление полученного материала, его переосмысление. Проведение практических занятий логично после самостоятельной работы родителей, в этом случае практическое занятие позволит овладеть навыками и умениями использования полученных на лекциях знаний.

Формирование личностно-мотивационного и деятельностного компонентов компетентности родителей осуществляется в процессе тренинговой работы. Социально-психологический тренинг направлен не только на приобретение знаний, но развитие некоторых умений и навыков, изменение установок, мотивации. В процессе тренинговой работы используются следующие методы: кейс-метод и сюжетно-ролевые игры.

Сюжетно-ролевые игры как вид обучающих игр направлены на воссоздание и усвоение социального опыта во всех его проявлениях: знаниях, навыках, умениях, эмоционально-оценочной деятельности [40, с. 34]. К важнейшим свойствам игры относят тот факт, что в игре взрослые действуют так, как действовали бы в самых экстремальных ситуациях, максимально используя свой потенциал. Высокая активность, эмоциональная окрашенность игры порождает и высокую степень открытости участников, что делает процесс усвоения знаний и опыта более эффективным.

Основными особенностями игрового обучения является активность, наглядность, направленность на формирование и укрепление мотивации к обучению. Кроме того, игра очень вариативна и может включать в себя использование актуальных видео- и аудио- источников, дидактических игр, образовательных программ на девайсах.

Кейс-метод как вариант ситуационных задач ориентирован на получение практических знаний и навыков, реализующихся в повседневной деятельности, поэтому данный метод, как нельзя лучше, подходит к формированию и укреплению умений и навыков, касающихся формированию деятельностного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Кейс-метод опирается на совокупность таких дидактических принципов, как индивидуальный подход; учет потребностей обучающегося. Кейс-метод представляет собой анализ примера, взятого из воспитательной практики в области здоровьесбережения. Слушателям предлагается смоделировать проблему, обсудить ее, проанализировать возможные пути решения, после чего коллективно принимается решение. Педагог в данном случае выступает как модератор, стимулирует активность участников, направляет их рассуждения, вносит комментарии в случае необходимости [187, с. 22-23].

Все перечисленные формы, методы и средства находят отражение в конкретной педагогической программе, которая разрабатывалась под

конкретный педагогический замысел и в нашем исследовании направлена на формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. Подробное содержание разработанной и реализованной нами программы для родителей «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников» представлено в Приложении 1. Основные разделы темы охарактеризованы нами в таблице 2, представленной ниже.

Таблица 2

Тематический план курса «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников»

Темы	Количество часов			
	Всего	Теор. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
Введение в курс. Здоровьесбережение как базовое понятие.	4	2	0	2
Физическое здоровье и гармония личности.	8	2	4	2
Психическое здоровье. Психологическое здоровье.	11	2	6	3
Социальное здоровье. Аспекты социального здоровья.	9	2	4	3
Образ жизни.	4	0	2	2
Всего	36	8	16	12

В содержание образовательной программы для родителей «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников» включены конкретный тематический план, отражающий перечень тем, задач их изучения, количество отводимых на темы часов, определение типов занятий, межпредметные связи, методическое обеспечение. Таким образом, тематический план отражает смысловую часть формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Оценочно-результативный блок выстроен в соответствии со структурой формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников и включает в себя критерии сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников:

Во-первых, высокий уровень сформированности каждого из компонентов родительской компетентности в области здоровьесбережения младших школьников и как следствие этого личностное изменение родителя, а именно: информационного компонента родительской компетентности (знания физических, психологических и социальных аспектах здоровьесбережения); деятельностного компонента родительской компетентности в области здоровьесбережения (умения, навыки осуществления здоровьесберегающей деятельности); личностно-мотивационного компонента родительской компетентности в области здоровьесбережения (мотивация к формированию и сохранению здоровья ребенка).

Модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников удовлетворяет основным методологическим требованиям, опирается на понимание компетентности родителей в области здоровьесбережения как интегративного качества его личности, основанного на отношении к здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, включающего в себя сформированность умений, навыков и поведенческих особенностей, необходимых для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья ребенка, а так же готовность формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью.

Таким образом, модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников представляет собой научное структурирование деятельности образовательного учреждения по реализации взаимодействия семьи и образовательного учреждения с целью

сохранения и укрепления здоровья детей, включающее основные задачи, методологические подходы (компетентностный, личностно-ориентированный, системно-деятельностный), принципы, компоненты (информационный, деятельностный, личностно-мотивационный), организацию образовательной среды, диагностические средства измерения и педагогические условия эффективности данного процесса.

Эффективность модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников обеспечивается за счет организации педагогически целесообразной образовательной среды, отбора содержания, обеспечивающего формирование у родителей знаний, умений и навыков в области здоровьесбережения младших школьников, мотивацию ведения здорового образа жизни, ценности здоровья и необходимости его сохранения и укрепления, учета индивидуально-личностных особенностей родителей (субъектность) в процессе формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

2.2. Алгоритм реализации модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

В соответствии с целями нашего исследования и с учетом выводов, полученных в результате теоретического анализа научной литературы нами было построено экспериментальное исследование, целью которого стало внедрение спроектированной нами модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников и обоснование педагогических условий ее результативности.

На данном этапе исследования нами были поставлены следующие задачи:

- обоснование педагогических условий формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников;

- изучение уровня сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников;
- реализация модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Экспериментальное исследование осуществлялось в следующей логике:

1) Первый этап исследования (2011-2013 гг.) был посвящен анализу философской, психологической, педагогической литературы по проблеме формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников; выявлению содержания и структуры базового понятия «компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников»; определению степени разработанности основных аспектов исследуемой проблемы в современной теории и практике педагогики; проектированию педагогической модели процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников; диагностической работе по выявлению сформированности компонентов компетентности родителей на констатирующем этапе эксперимента.

2) Второй этап исследования (2013-2015 гг.) осуществлялся как реализация разработанной модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в ходе формирующего эксперимента; обоснование педагогических условий эффективности данного процесса; диагностическая работа по выявлению уровня сформированности компонентов компетентности родителей на контрольном этапе эксперимента.

3) Третий этап исследования (2015-2016 гг.) был посвящен анализу и обработке данных, полученных на констатирующем, формирующем и контрольном этапах экспериментальной работы; обобщение результатов и формулировке основных выводов исследования; оформлению диссертации.

С учетом требований к проведению педагогического эксперимента нами была определена последовательность его этапов:

1. Констатирующий этап эксперимента, задачей которого стала диагностика показателей сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников и разработка педагогической модели процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

2. Формирующий этап заключался в апробации разработанной педагогической модели процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

3. Контрольный этап исследования предполагал анализ полученных результатов, определение динамики уровня сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. Кроме того, на данном этапе нами был проведен анализ, обработка и оформление результатов педагогического эксперимента.

Исследование проводилось на базе МАОУ СОШ №49 Калининграда. В исследовании приняли участие 150 детей и 280 родителей (82 мужчины и 198 женщин).

Анализ условий формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в образовательном учреждении осуществлялся нами по направлениям:

- анализ системы сотрудничества педагогов и родителей;
- выявление уровня удовлетворенности сотрудничеством педагогов и родителей.

С целью анализа системы сотрудничества педагогов общеобразовательного учреждения и родителей нами использовался метод качественного и количественного анализа документов.

Качественный анализ (неформализованный) применялся для нормативной документации федерального уровня. В данном случае были отобраны ключевые нормативно-правовые документы, регулирующие деятельность российской системы образования на данном этапе: Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации»;

Федеральный государственный образовательный стандарт начального образования (ФГОС НОО); Концепция духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России. Результаты качественного анализа этой группы документов приводятся нами в параграфе 2.3 настоящей работы.

Количественный (формализованный анализ, а именно контент-анализ) использовался при обработке управленческой документации на муниципальном уровне. Здесь же были определены критерии отбора документов и материалов для анализа. В данном случае был проведен мониторинг официальных сайтов школ города Калининграда. В число критериев отбора документации вошли:

1) **Общедоступность и представленность в сети Интернет.** Интернет-пространство является универсальной информационной площадкой, в том числе и для учебных заведений. Основная часть учреждений дошкольного, начального, среднего и высшего образования представлена в данном пространстве, что обеспечивает открытость, общедоступность и прозрачность работы учреждений. С другой стороны, работа с родителями, проводимая в начальной школе, отражена в различных нормативных и рабочих документах учебного заведения и отражает структуру, содержание, последовательность и логику работы педагогического коллектива, психологической службы с родителями.

Таким образом, в обработку попали актуальные на настоящее время документы, доступные рядовому пользователю, любому родителю. Мы считаем сформировавшуюся в итоге выборку документов достаточно показательной и репрезентирующей реальное положение дел в организации работы образовательного учреждения и его взаимодействия с семьей. В соответствии целью исследования мы изучали документацию средних общеобразовательных школ, и в частности, начального звена. Для повышения надежности результатов предполагалась охватить, как можно больше школ города Калининграда. Полный список школ и сайтов приводится в приложении 2 (см. Приложение 2).

2) Анализ материалов по работе с семьёй, которые используются в работе образовательными учреждениями. Собранные материалы представляют собой: учебно-методические комплексы, дидактические материалы, учебные программы, нормативные документы учебного заведения и т.д. После отбора документации проводился качественный анализ форм сотрудничества педагогов и родителей (направления работы с родителями, техническое, материальное обеспечение, частота, систематичность). Результаты данного анализа приводятся в параграфе 2.3.

Уровень удовлетворенности сотрудничеством педагогов и родителей исследовался методом анкетирования. Нами была составлена анкета для родителей, в которой предлагалось ответить на вопросы о формах, частоте взаимодействия педагогов и родителей, удовлетворенности данным взаимодействием (см. Приложение 3)

Диагностическая работа по выявлению уровня сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников осуществлялась с учетом теоретических положений о трехкомпонентной структуре компетентности родителей (информационный, деятельностный и личностно-мотивационный компоненты).

Для диагностической работы использовались методы анкетирования, тестирования. В частности, основными методиками диагностики сформированности информационного, деятельностного и личностно-мотивационного компонентов стали разработанные и апробированные специалистами методические разработки, представленные в научной литературе [73; 102; 135; 202; 237].

Исследование информационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения осуществлялось методом анкетирования с помощью анкеты «Диагностика информационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников». Анкета представляет собой набор суждений, которые оценивали по ряду биполярных градуированных пятибалльных оценочных

шкал (от 0 до 5 баллов) совокупность знаний и представлений родителей о физических, психологических и социальных аспектах здоровьесбережения младшего школьника. Данный способ диагностики использовался нами с целью сбора максимально полной информации о знаниях родителей в области здоровьесбережения детей. Суждения составлялись в соответствии с характеристиками, составляющими информационный компонент компетентности родителей, выделенными в матрице родительской компетентности в области здоровьесбережения (см. Приложение 6).

В соответствии с выделенными в матрице компетентности родителей знаниями о физическом, психологическом и социальном здоровье младшего школьника мы включили в анкету вопросы, характеризующие знания родителей:

- в планировании и организации режима дня школьника;
- в планировании и организации питания школьника;
- об организации выполнении ребенком санитарно-гигиенических операций школьника;
- об организации профилактических мероприятий;
- о болезненных состояниях ребенка;
- о механизме организации процесса оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных детских заболеваний;
- об организации безопасной среды жизнедеятельности школьника;
- об индивидуальных особенностях ребенка (эмоциональной, коммуникативной, поведенческой сферах);
- об условиях эффективного осуществления учебной деятельности.

Данный инструментарий позволяет количественно выразить уровень сформированности информационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. При обработке общих результатов по обеспечению как физического, так психологического и социального здоровья определялся путем суммирования результатов по всем частям блоков и делением на количество вопросов. В

таком случае диапазон возможных уровней знаний об аспектах здоровья в различных ситуациях колеблется от 0, до 5, где 0 означает полное отсутствие знаний, а 5 является высоким показателем овладения знаниями.

Исследование деятельностного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников осуществлялось с помощью анкеты «Диагностика деятельностного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников», которая представляет собой ряд суждений в области здоровьесбережения, характеризующими деятельностный компонент (Приложение 4). Диагностика позволяет охарактеризовать умения и навыки родителей в области:

- планирования и организации режима дня;
- планирования и организации питания;
- организации выполнения ребенком санитарно-гигиенических операций;
- организации профилактических мероприятий;
- различения болезненных состояний ребенка;
- организации процесса оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных детских заболеваний;
- организации безопасной среды жизнедеятельности;
- эффективного использования индивидуальных особенностей ребенка в целях здоровьесбережения;
- обеспечения условий эффективного осуществления учебной деятельности;
- организации эффективного общения «педагог-родитель-ребенок», с учетом психологических особенностей младшего школьника.

Данный инструментарий позволяет количественно выразить уровень сформированности деятельностного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Исследование личностно-мотивационного компонента родительской компетентности в области здоровьесбережения младших школьников осуществлялось с помощью следующего диагностического инструментария:

- тест выявления уровня субъективного контроля (Тест УСК) Дж. Роттера (в адаптации Е.Ф.Бажина, С.А.Голынкиной, А.М.Эткинда);

- анкета «Диагностика личностно-мотивационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников». Анкета состояла из 30 вопросов, содержащих две части (личные мотивы и социально обусловленные мотивы). Мотивы разделены на психологические основания мотивации компетентности родителей в области здоровьесбережения (связаны с внутренним «Образом-Я» родителя) и социально-психологические основания мотивации компетентности родителей в области здоровьесбережения (связаны с социально-одобряемыми нормами).

К психологическим основаниям мотивации отнесены: удовлетворение потребностей в жизненно необходимых благах (воспитание, воспроизводство опыта в ребенке), жизненного самоопределения (самовыражение, самореализация, забота). В группу социально-психологических оснований мотивации отнесены: мотивы социального взаимодействия (общение, подражание, сопричастность, солидарность, поддержка), статусного самоутверждения (самоуверенность, самоутверждение в роли родителя), преодоление статусного и психологического дискомфорта (см. Приложение 5).

На формирующем этапе экспериментальной работы осуществлялась практическая реализация разработанной модели формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения младших школьников.

Целью модели являлось формирование родительской компетентности в области здоровьесбережения как интегративного качества личности, основанного на отношении к здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, включающего в себя сформированность умений, навыков и поведенческих особенностей, необходимых для сохранения и

укрепления собственного здоровья и здоровья ребенка, а так же готовности формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью.

Реализация модели формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения младших школьников должна осуществляться в рамках образовательного процесса, неотрывно от него, поскольку создание искусственных условий, изолирование участников экспериментального исследования может дать искаженные результаты. Кроме того, образовательная программа обязательно предполагает сотрудничество коммуникатора (педагога) с реципиентом (обучающимся), поскольку она включает не только инструментальные и методологические, но личностные средства достижения цели.

Таким образом, экспериментальное исследование проводилось в естественных условиях, то есть педагогом начального образования в рамках внеучебной деятельности с родителями. А именно, в учебно-воспитательном процессе начальной школы, в период 2011-2016 гг. на базе муниципального автономного общеобразовательного учреждения лицей № 49 имени В.В. Бусловского г. Калининграда.

На данном этапе экспериментального исследования было задействовано 150 детей и 280 родителей (82 мужчин и 198 женщин), разделенных на две группы (экспериментальную и контрольную). В экспериментальную группу вошли 113 родителей (87 женщин 26 мужчин), которые изъявили желание добровольно участвовать в программе.

Центральной проблемой при проведении экспериментального исследования являлось выделение независимой переменной и ее изоляция от других переменных. В качестве независимой переменной в нашем исследовании выступала модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. В качестве зависимой переменной выступили уровни сформированности информационного, деятельностного и личностно-мотивационного компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Выявив независимую и зависимую переменную, для соблюдения чистоты эксперимента, а так же достоверности и надежности полученных результатов, нами была осуществлена такая форма контроля переменных как балансировка. То есть, введена дополнительная группа испытуемых – контрольная, включающая 167 родителей (56 мужчин и 111 женщин). Отличие в том, что экспериментальное воздействие осуществляется только на испытуемых, включенных в экспериментальную группу. Таким образом, изменение зависимой переменной в контрольной группе обусловлено лишь внешними переменными.

Образовательная программа «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников» разрабатывалась нами на основе содержания базовых составляющих компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников и осуществлялась в рамках внеучебной деятельности образовательного учреждения. Образовательная программа «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников» была направлена на формирование информационного, деятельностного и личностно-мотивационного компонентов компетентности родителей в области физического, психологического и социального здоровья с помощью различных форм и методов обучения.

Показателем эффективности формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников станет повышение уровня сформированности каждого из компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Кроме того нами был проведен самоотчет детей о проявлении компетентности родителей в области здоровьесбережения детей. Самоотчет школьников осуществляется посредством составленной анкеты, включающей 25 вопросов (см. Приложение 7) и позволял получить оценку детьми уровня компетентности их родителей в области здоровьесбережения как одного из

показателей эффективности модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

2.3. Анализ результатов экспериментальной работы по внедрению модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Анализ и обсуждение результатов экспериментальной работы по внедрению модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников необходимо начать с констатирующей части экспериментальной работы.

Так, на констатирующем этапе нами был проведён анализ системы сотрудничества педагогов и родителей в образовательном учреждении, который был построен исходя из законодательства и ряда государственных нормативных и правовых актов. Основным и базовым документом, регулирующим права обязанности, вовлеченность в образовательный процесс педагогов и родителей является Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации».

Так в данном документе (от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 31.12.2014) «Об образовании в Российской Федерации») родители как обучающиеся и педагоги выступают в качестве участников образовательных отношений (статья 2, п.31), а так же включены в структуру системы образования (статья 10, п.1). При этом в соответствии с принципами государственной политики в области образования эти отношения имеют демократический и равноправный характер (статья 3., п.10). А это значит, что родители и педагоги имеют права, обязанности и ответственность в рамках системы образования.

Данные права реализуются в «преимущественном праве на обучение и воспитание детей». Родители выступают как основные лица, ответственные

за ребенка и, соответственно, имеют право владеть информацией об учебном заведении, программах, техниках, формах педагогического воздействия; принимать участие в управлении организации, осуществляющей образовательную деятельность; выражать свое мнение о различных аспектах деятельности образовательного учреждения, а так же содержания педагогического процесса. К числу родительских обязанностей относится решающая роль в воспитании и образовании ребенка, его «физического, нравственного и интеллектуального развития» (статья 44). Таким образом, именно на родителя возложена основная ответственность в регулировании образования и воспитания ребенка, в то время как образовательное учреждение организует и предоставляет образовательные услуги.

В то же время, в компетенцию педагогов входит содействие деятельности родителей (статья 26, п. 3.19). Так, психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь заключается в оказании консультаций родителям (статья 42., п. 1) в решении организационных, материально-технических, финансовых вопросов в функционировании образовательного учреждения. Данная работа осуществляется через деятельность родительских советов.

Таким образом, сотрудничество, между родителями и образовательным учреждением представлено достаточно разносторонне. Что касается сферы здоровьесбережения, то Федеральный Закон вносит в основные принципы государственной политики приоритет жизни и здоровья человека (статья 3). В область компетенций образовательной организации входит «создание необходимых условий для охраны и укрепления здоровья, организации питания обучающихся и работников образовательной организации». Здесь же указано, что образовательная организация «вправе вести консультационную, просветительскую деятельность, деятельность в области охраны здоровья граждан» (статья 28).

Таким образом, родители имеют право на получение помощи от органов государственной власти и органов местного самоуправления,

образовательных организаций в воспитании детей, охране и укреплении их физического и психического здоровья, развитии индивидуальных способностей и необходимой коррекции нарушений детского развития (статья 44 «Права, обязанности и ответственность в области образования родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся»).

Концепция духовно-нравственного развития и воспитания личности гражданина России является идеологической основой стандартов основного образования и ориентирована на осознание ценности других людей, ценности человеческой жизни, нетерпимости к действиям и влияниям, представляющим угрозу жизни, физическому и нравственному здоровью, духовной безопасности личности.

Таким образом, на федеральном уровне определена возможность взаимодействия родителей с педагогом, администрацией образовательного учреждения с целью образования и воспитания молодого поколения. Данные стороны должны действовать в интересах детей, и осуществлять сотрудничество посредством диалога.

На уровне функционирования образовательных учреждений (муниципальный уровень) на начальном этапе образования, предусматриваются поправки и уточнения, приоритеты тех или иных сфер сотрудничества.

Анализ документации, представленной на официальных сайтах калининградских школ, опирался на Постановление Правительства России от 10 июля 2013 г. № 582 «Об утверждении правил размещения на официальном сайте образовательной организации в информационно-телекоммуникационной сети «интернет» и обновления информации об образовательной организации».

В соответствии с данным постановлением, школа обеспечивает открытость информации: о результатах самоотчета, о порядке оказания платных и бесплатных услуг, о дате образования, структуре, реализуемых основных и дополнительных программах, о составе педагогов, материально-

технической базе, электронных образовательных ресурсах и прочее. Таким образом, посещение электронных страниц (сайтов) калининградских школ дает представление о видах, типах ее деятельности, способах, формах реализации данной деятельности.

При обзоре и анализе сайтов школ города Калининграда, мы задавались целью выявить: факт сотрудничества педагогических работников начальной школы с родителями; цель и задачи данного сотрудничества; формы и методы данного сотрудничества; критерии эффективности сотрудничества.

Нами было просмотрено и подвергнуто анализу 50 интернет-сайтов школ города Калининграда. Точные фактические и электронные адреса данных школ указаны нами в Приложении 2.

Факт сотрудничества педагогических и психологических работников, администрации школ и родителей зафиксирован в 94 % в тех или иных материалах, представленных на публичное обозрение. К таким документам относились нормативные акты, устав школы, отчеты о проведении торжественных мероприятий, программы и планы развития на учебный год, данные мониторинга развития, публичные доклады и прочее.

На всех электронных сайтах школ представлены нормативные документы федерального и муниципального образца, регулирующие факт взаимоотношений образовательного учреждения и родителей в форме организации школьного родительского совета.

Взаимодействие администрации школы, педагогических работников и родительского совета, опирается на обязанности работников школы (Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации»): «сотрудничать с семьями по вопросам обучения и воспитания»; «содействовать удовлетворению спроса у родителей на образовательные услуги».

В свою очередь компетентность общешкольного родительского комитета отражена в уставе школ: «организация родителей (законных

представителей) на принятие участия в единой для всей школы линии воспитательной работы с обучающимися»; «рекомендации администрации школы по созданию оптимальных условий для обучения и воспитания, обучающихся в школе, в том числе в укреплении их здоровья и организации питания в пределах своей компетенции».

Таким образом, школьный родительский комитет является управленческой структурой образовательного учреждения, согласовывающей нужды родителей с административными и педагогическими структурами начальной школы.

Школьный родительский комитет участвует в управленческой деятельности образовательного учреждения (участие в разработке и организации учебно-воспитательного процесса, оборудования помещений, приобретение литературы пр.), устройстве и проведении культурно-массовых мероприятий, субботников, организации просветительской работы среди родителей по различной тематике. Таким образом, предполагается осуществление деятельности в рамках организации учебного процесса, выяснение материальных и административных вопросов, организации культурно-массовых мероприятий, просветительская деятельность.

Как правило, в целях и задачах сотрудничества предусматриваются различные аспекты жизни ученика: академическая успеваемость, адаптация, положение ребенка в классе, а так же запросы родителей исправить индивидуальную проблемную ситуацию. На сайтах отмечено (в 8% случаев), что подобной проблематикой занимается психологическая служба школы, которая дает практические рекомендации родителям.

Лишь в 4% случаев на сайтах указаны отчеты о проведенной деятельности, где помимо общих рекомендаций, ведется систематическая просветительская деятельность (лекции, семинары), позволяющая получить информацию о психолого-педагогических особенностях детей на разных этапах развития, о конструктивных методах и типах семейного воспитания, о проблемах личностного развития детей.

Здоровьесбережение, как приоритетная цель выделена во всех школах, оно внесено в перечень необходимых задач и реализуется в оздоровительной работе (на уроках физической культуры, проведении тематических праздников, спартакиад и пр.), обучении основам безопасности жизнедеятельности, обеспечении правильным питанием, однако направлено исключительно на детей.

Представленная на интернет-сайтах информация относительно методов и форм сотрудничества, позволяет сказать, что наиболее распространены такие формы как: контроль обучения, поскольку на всех, посещённых сайтах представлена услуга «электронный дневник» (94%); социально-культурная деятельность (88%); социально-педагогическая деятельность (68%).

Стоит сказать, что большая часть мероприятий направлена на образование и самопрезентацию учеников, в то время как родители задействованы в качестве наблюдателей.

Критерии эффективности сотрудничества позволяют проследить динамику взаимоотношений между структурами образовательного учреждения и родителями, их удовлетворенность работой педагогов, администрации школы, возможные предложения и пути решения имеющихся проблем и вопросов.

В качестве показателей эффективности на сайтах были выделены: анкетирование, мониторинг (в 6 % случаев). В остальных 94% на сайтах не было зафиксировано выделение каких-либо критериев эффективности деятельности по сотрудничеству с родителями.

Таким образом, можно констатировать, что в проведенном обзоре калининградских сайтов прослеживается ряд тенденций:

- сотрудничество педагогов и родителей представлено бессистемно и отражает только одну или две сферы (успеваемость школьника, общественные мероприятия);

- просветительская информация о возрастных особенностях, проблемах развития, адаптации, вопросах воспитания является прерогативой исключительно психологической службы школы;

- родительское участие ограничивается наблюдательной, контролирующей позициями.

Проведённое нами на базе общеобразовательной школы анкетирование (см. Приложение 3) родителей относительно удовлетворенности сотрудничеством позволило более детально узнать о методах и формах, частоте взаимодействия педагогов и родителей и удовлетворенности им.

Таблица 3

Индексы удовлетворенности взаимодействием разными видами сотрудничества родителей и педагогов

Виды сотрудничества	Средний числовой показатель (индекс)
Индивидуальные беседы	1,59
Родительские собрания	0,85
Праздники, дни открытых дверей	1,47
Субботники	0,99
Походы (театр, музей, природу и пр.) с участием родителей и учеников	0,88
Конференции для родителей	1,48
Конференции, олимпиады	1,69
Психологические консультации/тренинги	0,01
Педагогические лекции, семинары	-0,24
Отчетная работа (написание отчетов по четвертям, годовых по ряду вопросов)	0,13

Опрошенные нами родители отмечали, что посещают: родительские собрания (72,4%) и массовые мероприятия (19,3%), при этом в 97,01% случаев по вопросам успеваемости ребенка, в 83,8% по материально-техническим вопросам. В приблизительно равной степени родители обсуждают вопросы поведения (48,7%), административные (35,6%) и организационные (42,1%) вопросы, и индивидуальные нужды (38,3%), а в

меньшей степени обращаются с психолого-педагогическими проблемами в семье (16,5%).

Если говорить о частоте взаимодействия, то родители-женщины взаимодействуют с педагогами гораздо чаще, чем родители-мужчины. Так, ответ «пришел впервые» характерен для 14,9% ответов мужчин, в то время как для женщин он равен 2,61%. В целом, для родителей характерно взаимодействие с педагогами не реже, чем раз в месяц (15,09%), а то и чаще от 2-3 раз в месяц (23,40%) до нескольких раз в неделю (18,62%).

При этом оценка удовлетворенности видами сотрудничества расходится. Так, при максимальном бале удовлетворенности (+2) и минимальном (-2), мы получили средние индексы удовлетворенности (см. Табл.3), в которых наиболее успешно осуществляемым является формат индивидуальных бесед и массовых мероприятий (походы, праздники, дни открытых дверей).

Отчетная работа и психологические консультации оцениваются родителями скорее положительно. Однако, педагогические лекции и семинары не вызывают удовлетворения.

Родители в первую очередь, отмечают, что более всего во взаимодействии с педагогом им нравится профессионализм (44%) и гарантированность помощи (32%), отношение к ребенку (16%) и индивидуально-личностные качества педагога (7%). В то время как, особенно неприятными моментами взаимодействия родители указывают «частоту материальных вопросов» (23%) и стратегия отношения к родителям в целом (как учреждения) (в 9,56%).

Представим данные диагностики показателей сформированности компетентности родителей по компонентам: информационному, деятельностному, личностно-мотивационному. Общее число выборки родителей составило 280 респондентов, из которых 82 мужчин и 198 женщин, данные респонденты являются родителями учащихся первых классов и находятся в одном возрастном диапазоне (от 27 до 38 лет).

Диагностика информационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников осуществлялась путем анкетирования. Полученные результаты позволили констатировать, что общий уровень знаний (информационный компонент компетентности родителей) о здоровьесбережении, его аспектах и сферах жизни ребенка, касающихся здоровья можно констатировать как средний (1,52 у мужчин и 2,06 у женщин), при этом отсутствуют различия в экспериментальной и контрольной группах относительно общей картины знаний о системе здоровьесбережения ребенка ($t_{эмп} = 0,96 (p \leq 0,05)$).

В то же время проведенный анализ полученных данных показывает, что в уровне знаний и представлений относительно здоровьесбережения младшего школьника отсутствует целостность и равномерность развития. Это наглядно представлено в том, что знания на ряд аспектов здоровьесбережения (питание, санитария и гигиена, безопасность жизнедеятельности) имеют разное количественное выражение, а это может говорить либо о недостатке знаний в одном из аспектов, либо в двоякости знаний относительно верного поведения. Так, например, мужчина может быть прекрасно осведомлен о способах и механизмах медикаментозного лечения, однако не считать, что предварительная вакцинация является частью поведения, способствующего здоровью. Таким образом, нет некой общей системы взглядов на здоровье, которая является предпосылкой к совершению действий.

Средние показатели у обеих подгрупп, мужской и женской, выражены в знаниях о санитарно-гигиенических нормах и особенностях их соблюдения, болезненных состояниях ребенка и организации безопасной среды. А вот знания о нормах профилактических мероприятий, индивидуальных особенностях ребенка (эмоциональной, коммуникативной, поведенческой сферах) и условиях эффективного осуществления учебной деятельности у мужчин явно не достаточно (показатель выраженности компонента находится в зоне низких значений).

Диагностика деятельностного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников осуществлялось с помощью анкетирования, нами были получены следующие результаты:

- мужчины гораздо в меньшей степени владеют навыками обеспечения физического, психологического и социального здоровья, за исключением сферы безопасности жизнедеятельности, где данные по мужской группе коррелируют с женской;

- для женщин характерен более высокий результат овладения навыками (организации активности и режима дня, питания, гигиены, медицинской помощи), касающимися физического здоровья ребенка, что логично, поскольку чаще всего именно матери выполняют данные функции. Тем не менее, даже у матерей навыки, относящиеся к психологическому здоровью (умения эффективно использовать индивидуальные особенности ребенка в целях здоровьесбережения) и социальному (умение организовать эффективное общение «педагог-родитель-ребенок») имеют результаты ниже среднего;

- отсутствуют значимые расхождения в средних показателях между контрольной и экспериментальной группами ($t_{эмп} = 0,89 (p \leq 0,05)$);

- в целом данные диагностики деятельностного компонента компетентности родителей демонстрируют крайне низкие показатели умений, навыков в области здоровьесбережения ребенка.

Диагностика личностно-мотивационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников осуществлялось с помощью теста на уровень субъективного контроля (Тест УСК) Дж. Роттера (в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А. М. Эткинда) и анкеты «Диагностики личностно-мотивационного компонента родительской компетентности в области здоровьесбережения младших школьников».

Результаты диагностики мотивации (анкета «Диагностики личностно-мотивационного компонента родительской компетентности в области

здоровьесбережения младших школьников») родителей на сохранение и укрепление здоровья младших школьников позволяют сказать, что в целом количественный показатель занимает диапазон средних значений. У родителей выражена мотивация к заботе, сохранению, укреплению здоровья ребенка на среднем уровне, при этом у женщин мотивация выражена выше, чем у мужчин.

У женщин, как и у мужчин, превалирует социально-психологическая группа мотивов в вопросе заботы о здоровье ребенка (социального взаимодействия; статусного самоутверждения; мотивов оптимизации жизненного цикла). В то время как мотивы личной заинтересованности (удовлетворение потребностей в жизненно необходимых благах; жизненного самоопределения) имеют результаты в диапазоне низких.

При этом выявлена достоверность различий в мужской и женской в социальной группе мотивов ($t_{эмп} = 1,86$ ($p \leq 0,05$)) и отчасти в личной группе мотивов ($t_{эмп} = 2,03$ ($p \leq 0,01$)). По общему уровню мотивации в экспериментальной и контрольной группах различий не выявлено. ($t_{эмп} = 7,4$ ($p \leq 0,01$)) Это значит, что, в общем, матери и отцы показывают средний уровень мотивации на сохранение и укрепление здоровья детей, однако мужчины в большей мере, чем женщины руководствуются социальными мотивами, чем личностными. Во многом подобные данные подтверждают и отчасти объясняют результаты уровня субъективного контроля.

Результаты диагностики по методике субъективного контроля родителей по данным теста Дж. Роттера (в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда) позволили сказать, что в основной совокупности выборки общий уровень экстернальности находится в диапазонах средних и высоких значений. Для родителей характерно возлагать ответственность в различных сферах жизнедеятельности на внешние факторы.

Особенно высокие показатели экстернальности выявлены в области межличностных отношений и отношению к здоровью и болезни. Для мужчин более характерно именно в данных сферах приписывать ответственность за

происходящее внешним факторам (коллегам, врачам, педагогам, супругам и пр.). Показатели экстернальности-интернальности в женской группе находятся в равных пропорциях, за исключением межличностной сферы и области достижений. Здесь женщины склонны возлагать ответственность за отношения на других, в то время как достижения причисляются на личный счет, а не на окружающих.

Таблица 4

Количественные показатели уровня субъективного контроля родителей по данным теста Дж. Роттера

Шкалы интернальности	Частоты показателей по шкалам (%)			
	Низкий		Высокий	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Общей интернальности	74,4	56,7	25,5	43,2
В области достижений	22,6	35,6	77,4	64,4
В области неудач	63,8	59,6	36,2	40,4
В семейных отношениях	63,2	46,9	36,8	53,1
В производственных отношениях	46,2	59,8	53,4	40,2
В области межличностных отношений	76,1	64,8	23,9	35,2
В отношении здоровья к болезни	86,3	55,2	13,7	44,8

Сфера «здоровье» имеет количественные отличия в мужской и женской группах. Процент высоких показателей экстернальности высок в обеих группах, однако количественно отличается ($t_{эмп} = 1,63$ ($p \leq 0,05$)). Мужчины более склонны в отношении к здоровью считать, что оно зависит исключительно от социальных, материальных, экологических и иных факторов. В таком случае, работа по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения, должна учитывать этот факт и уделять особое внимание формированию ответственности за собственное здоровье как базису грамотного воспитания младших школьников.

Подводя итоги по проведенной диагностической работе по выявлению компетентности родителей в области здоровьесбережения по показателям знаний, умений, стоит сказать, что на уровне знаний, умений, навыков

отсутствует целостность и равномерность, нет единого представления о верном и неверном поведении в сохранении и укреплении здоровья ребенка, навыки эффективной, компетентной коммуникации с ребенком практически отсутствуют. При этом родители в данных проблемах ориентированы на ответственность ряда внешних факторов, игнорируя собственное влияние на здоровье ребенка.

Формирующая часть экспериментальной работы осуществлялась на протяжении двух учебных периодов (2013-2015). На данном этапе осуществлялось внедрение модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников, включающей в себя цели, основные задачи, методологические подходы (компетентностный, личностно-ориентированный, системно-деятельностный), принципы, компоненты (информационный, деятельностный, личностно-мотивационный), организацию образовательной среды, диагностические средства измерения и педагогические условия эффективности данного процесса (подробно представлена в 2.1. диссертации).

Повторная диагностика на контрольном этапе исследования позволила выявить ряд трансформаций в компонентах компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в экспериментальной группе.

Рассмотрим динамику сформированности информационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Знания родителей о физиологии ребенка; санитарно-гигиенических особенностях среды жизнедеятельности, возрастных и индивидуальных психологических особенностях ребенка, закономерностях взаимоотношений с референтной группой, возрастных и индивидуальных характеристиках учебной деятельности; «до» и «после» экспериментального воздействия претерпели ряд трансформаций:

В целом уровень знаний у экспериментальной группы из «средних» показателей достиг уровня «высоких». От первой ко второй диагностике общий уровень сформированности информационного компонента родителей в экспериментальной группе составлял от 2,47 к 3,65 ($Z=-4.027$ (0.001)) по сравнению с контрольной (от 2,64 к 2,63) ($Z=-0.421$ (0,663)). В таком случае наличие статистически достоверных сдвигов в экспериментальной группе и отсутствие таковых в контрольной группе, указывает на эффективность экспериментальной работы по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

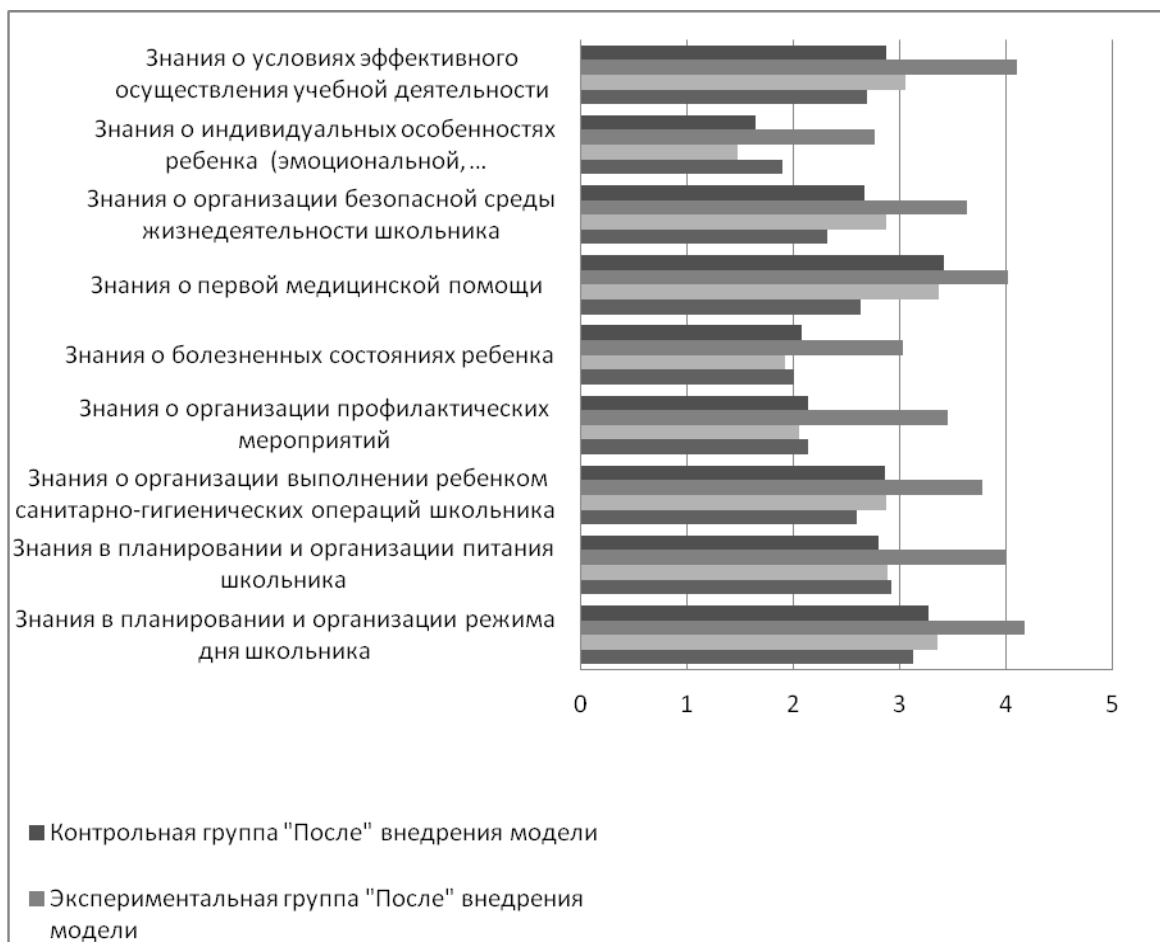


Рис. 2. Показатели уровня сформированности информационного компонента компетентности родителей «до» и «после» эксперимента

Результативность по отдельным сферам имеет такие же тенденции, что и общий уровень информированности о здоровьесбережении. Рассматривая результаты (см. Рис. 2) видно, что в экспериментальной группе,

по сравнению с контрольной, при вторичной диагностике существует большой разрыв по каждой из шкал. Результаты контрольной группы варьируют в тех же значениях, исключение составляют шкалы «Знания об организации профилактических мероприятий» ($Z=-1.301(0.051)$), «Знания о первой медицинской помощи» ($Z=-1.223(0.058)$) и «Знания об условиях эффективного осуществления учебной деятельности» ($Z=-1.354(0.059)$), где так же диагностирован сдвиг значений от первой диагностики ко второй в контрольной группе. Однако на данном уровне значимости достоверность различий равна 5%, что, конечно, дает нам право сказать о наличии сдвига, тем не менее, он может являться случайным.

Таблица 5

Статистические показатели сдвигов по уровню сформированности информационного компонента компетентности родителей «до» и «после» эксперимента (по критерию Вилкоксона)

Шкалы	Экспериментальная группа(N=113)		Контрольная группа (N=167)	
	Критерий Вилкоксона (z)	Уровень значимости	Критерий Вилкоксона (z)	Уровень значимости
1)Знания в планировании и организации режима дня школьника	-3.082	0,003	-0.311	0.755
2)Знания в планировании и организации питания школьника	-3.775	0.001	-0.321	0,623
3)Знания об организации выполнении ребенком санитарно-гигиенических операций школьника	-4.057	0.001	-1.697	0.069
4)Знания об организации профилактических мероприятий	-5,265	0.001	-1.301	0.051
5)Знания о болезненных состояниях ребенка	-6,311	0.001	-1.072	0.295
6)Знания о первой медицинской помощи	-5,321	0.001	-1.223	0.058
7)Знания об организации безопасной среды жизнедеятельности школьника	-3,254	0.003	-0.427	0.675
8)Знания об индивидуальных особенностях ребенка (эмоциональной, коммуникативной, поведенческой сферах)	-3,456	0.001	-1.056	0.081
9)Знания об условиях эффективного осуществления учебной деятельности	-4,054	0.001	-1.354	0.059
Общий уровень знаний	-4,612	0,001	-0,423	0,641

В целом статистическая обработка позволила нам сказать, что изменение уровня информированности родителей экспериментальной группы по ряду шкал имеет достоверные результаты от первого ко второму диагностическому срезу, в то время как сдвиги в контрольной группе единичные и не столь выражены (Табл. 5).

Уровень сформированности информационного компонента в экспериментальной группе родителей вырос практически в полтора раза, это касается как мужчин (3,6), так и женщин (3,75) по сравнению с контрольной группой, где остались гендерные различия и уровень знаний и представления об аспектах здоровьесбережения более выделен у женщин, чем у мужчин.

При вторичной диагностике наиболее высокий уровень сформированности информационного компонента в экспериментальной группе наблюдается в таких шкалах: «Знания в планировании и организации режима дня школьника», «Знания в планировании и организации питания школьника», «Знания о механизме организации процесса оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных детских заболеваний», «Знания об условиях эффективного осуществления учебной деятельности».

Показатели варьируют в районе 4 баллов, что можно считать высоким результатом. Для остальных шкал («Знания об организации выполнении ребенком санитарно-гигиенических операций школьника», «Знания об организации профилактических мероприятий», «Знания о болезненных состояниях ребенка», «Знания об организации безопасной среды жизнедеятельности школьника», «Знания об индивидуальных особенностях ребенка») показатели находятся в зоне «высоких» (варьируют в районе 3-3,5), однако затрагивают нижнюю границу данного диапазона.

Между первым и вторым диагностическим исследованием на связанных выборках было различным только то, что одна (экспериментальная) группа участвовала в реализации модели формирования

родительской компетентности в области здоровьесбережения, а другая (контрольная) - нет. Исходя из этого, можно предположить, что именно внедрение модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников оказало такое влияние на рост уровня информированности родителей о физических, психологических и социальных аспектах здоровьесбережения младшего школьника.

Рассмотрим динамику сформированности деятельностного компонента родительской компетентности в области здоровьесбережения младших школьников.

Показатели повторной диагностики не имеют столь высоких значений, однако так же выявлена тенденция к сдвигам в экспериментальной группе от первого ко второму диагностическому срезу.

Так из первоначального среднего значения (1,82) средний показатель умений в экспериментальной группе при повторной диагностике составил 2,74, что говорит о достоверном сдвиге ($Z=-6,835(0.001)$) в положительную сторону, в то время как показатели контрольной группы остались неизменны ($Z=-0.351(0.823)$).

Результативность по отдельным сферам имеет такие же тенденции, что и общий уровень умений, навыков здоровьесбережения (см. Рис. 3).

Рассматривая результаты повторной диагностики сформированности у родителей соответствующих умений и навыков видно, что в экспериментальной группе свойственен большой разрыв в средних показателях по каждой из шкал.

Результаты контрольной группы варьируют в тех же значениях, за исключением таких шкал как «Умение в планировании и организации режима дня», «Умение в планировании и организации питания», «Умение различать болезненные состояния ребенка». Однако подобные сдвиги так же можно отнести к случайным, что и в случае с результатами сформированности информационного компонента, поскольку, во-первых, имеют достаточно низкий уровень значимости, а во-вторых, нет четкого

направления сдвига. Встречаются изменения как в сторону роста, так и снижения (см. Табл. 6).

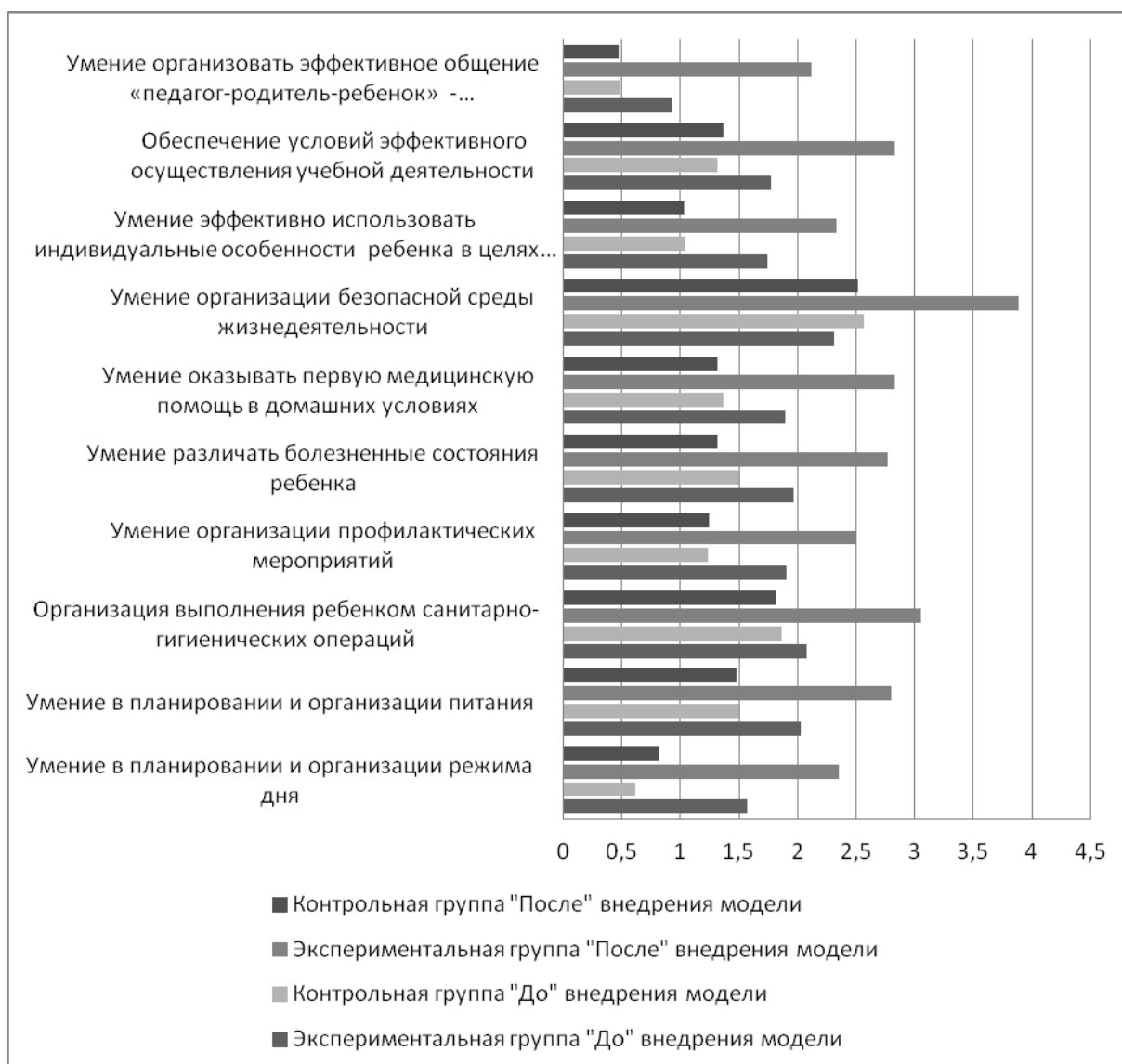


Рис.3. Показатели сформированности деятельностного компонента компетентности родителей «до» и «после» эксперимента

Наиболее сильно выделены в экспериментальной группе результаты по таким шкалам, как «Организация выполнения ребенком санитарно-гигиенических операций», «Умение организации безопасной среды жизнедеятельности», где значение варьирует в районе 3 баллов, что можно характеризовать как верхний порог средних показателей. Это может выступать свидетельством того, что в данных областях реализация модели

формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников была особенно эффективна.

Таблица 6

**Статистические показатели сдвигов по уровню сформированности
деятельностного компонента «до» и «после» эксперимента (по критерию
Вилкоксона)**

Шкалы	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Критерий Вилкоксона (z)	Asymp. Sig. (2-tailed)	Критерий Вилкоксона (z)	Asymp. Sig. (2-tailed)
1) Умение в планировании и организации режима дня	-6,930	0,0001	-0.797	0.052
2) Умение в планировании и организации питания	-8,193	0,0001	-0.301	0.051
3) Организация выполнения ребенком санитарно-гигиенических операций	-6,945	0,001	-1.069	0.285
4) Умение организации профилактических мероприятий	-6,604	0,0001	-1.123	0.153
5) Умение различать болезненные состояния ребенка	-7,018	0,0001	-0.447	0.055
6) Умение оказывать первую медицинскую помощь в домашних условиях	-7,608	0,0001	-1.156	0.281
7) Умение организации безопасной среды жизнедеятельности	-8,518	0,0001	-1.054	0.069
8) Умение эффективно использовать индивидуальные особенности ребенка в целях здоровьесбережения	-6,615	0,0001	-1.369	0.723
9) Обеспечение условий эффективного осуществления учебной деятельности	-8,219	0,0001	-1.523	0.254
10) Умение организовать эффективное общение «педагог-родитель-ребенок» - психологических особенностей младшего школьника	-7,106	0,0001	-1.0.64	0.266
Общий уровень умений	-7,235	0,0001	-0,897	0,064

Возможно, это произошло ввиду «прозрачности», очевидности влияния санитарно-гигиенических норм, безопасно организованной среды на здоровье ребенка, а так же большей возможности самостоятельно и регулярно уделять данным сферам внимание, по сравнению с иными аспектами здоровья, например, психологическим или социальным, где связь не столь очевидна и сложно отследить результативность.

Однако стоит отметить сам факт наличия достоверных сдвигов в экспериментальной группе и увеличение показателей в целом по деятельностному компоненту сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Рассмотрим динамику сформированности личностно-мотивационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

В результате экспериментальной работы претерпела изменения мотивационная сфера (см. Табл. 7). Так, увеличились средние показатели мотивации родителей младших школьников в экспериментальной группе у обоих полов ($Z=-9,871$ (при $p \leq 0,003$)), в то время как в контрольной группе не зафиксировано статистически значимых сдвигов по данному параметру ($Z=1,953$ (на уровне значимости $0,863$)).

Таким образом, проводимая нами работа в экспериментальной группе, направленная на повышение мотивации к компетентному формированию родителями здоровьесберегающей среды в воспитании ребенка, имела определенную эффективность. Показатели у мужчин не превысили среднего результата, однако наиболее очевидный и оптимистичный результат виден в группе женщин, где показатели мотивации из «средних» (20, 04), выросли до «высоких» (26, 82).

Таблица 7

Количественные показатели мотивации родителей в области здоровьесбережения в экспериментальной и контрольной группах

Общий уровень мотивации	«до»		«после»	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Экспериментальная группа	17,84	20,04	21,65	26,82
Контрольная группа	13,16	21,07	12,65	21,3

Таким образом, экспериментальное внедрение модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в экспериментальной группе (по сравнению с контрольной),

способствовало повышению общего уровня мотивации в обучении основам здоровьесбережения.

Трансформация мотивационной сферы, как совокупности структурированных мотивов, выражающих направленность личности, в сторону большего внимания к здоровью ребенка, увеличения необходимости заботы о его здоровье, опосредует дальнейшую воспитательную деятельность родителя.

В итоге, результаты уровней сформированности компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников можно представить в таблицах 8-12.

Таблица 8

Уровень сформированности информационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников

Информационный компонент								
Уровень	Экспериментальная группа				Контрольная группа			
	«ДО»		«ПОСЛЕ»		«ДО»		«ПОСЛЕ»	
	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%
низкий	3	2,65	1	0,8	3	1,79	4	2,39
средний	64	56,6	53	46,9	145	86,8	142	85,02
высокий	46	40,7	59	52,2	19	11,3	22	13,17

Таблица 9

Уровень сформированности деятельностного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников

Деятельностный компонент								
Уровень	Экспериментальная группа				Контрольная группа			
	«ДО»		«ПОСЛЕ»		«ДО»		«ПОСЛЕ»	
	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%
низкий	42	37,1	17	15,04	58	34,7	54	32,3
средний	58	51,3	76	67,2	105	62,8	110	65,8
высокий	9	7,9	20	17,6	4	2,39	3	1,79

Таблица 10

Уровень сформированности личностно-мотивационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников

Личностно-мотивационный компонент								
Уровень	Экспериментальная группа				Контрольная группа			
	«ДО»		«ПОСЛЕ»		«ДО»		«ПОСЛЕ»	
	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%
низкий	7	6,1	3	2,65	9	5,3	10	5,9
средний	96	84,9	84	74,3	153	7,4	150	89,8
высокий	10	8,8	26	23	5	2,9	7	4,1

Статистический анализ изменений в уровнях сформированности каждого из компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников для экспериментальной и контрольной групп до и после экспериментального воздействия осуществлялся с помощью критерия сдвигов Вилкоксона при помощи программы SPSS Statistic (Таблица 11).

Таблица 11

Статистические показатели сдвигов сформированности компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения до и после формирующего эксперимента (по критерию Вилкоксона)

Компонент родительской компетентности в области здоровьесбережения	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Критерий Вилкоксона (z)	Asymp. Sig. (2-tailed)	Критерий Вилкоксона (z)	Asymp. Sig. (2-tailed)
информационный	-4,612	0,001	-0,423	0,641
деятельностный	-7,235	0,0001	-0,897	0,064
личностно-мотивационного	-6,354	0,0001	-1,289	0,156

Обобщенные результаты исследования уровней сформированности компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения детей представлены нами в Таблице 12.

Таблица 12

Уровень сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников

Сформированность компетентности родителей								
Уровень	Экспериментальная группа				Контрольная группа			
	«ДО»		«ПОСЛЕ»		«ДО»		«ПОСЛЕ»	
	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%	кол-во исп.	в%
низкий	3	2,65	1	1,13	3	1,79	4	2,39
средний	103	91,1	92	81,4	160	95,8	160	95,8
высокий	7	6,1	20	17,9	4	2,39	3	1,79

Таким образом, в экспериментальной группе можно наблюдать увеличение числа респондентов с высоким уровнем компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников, в то время как данные контрольной группы в общих показателях компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников остались неизменны.

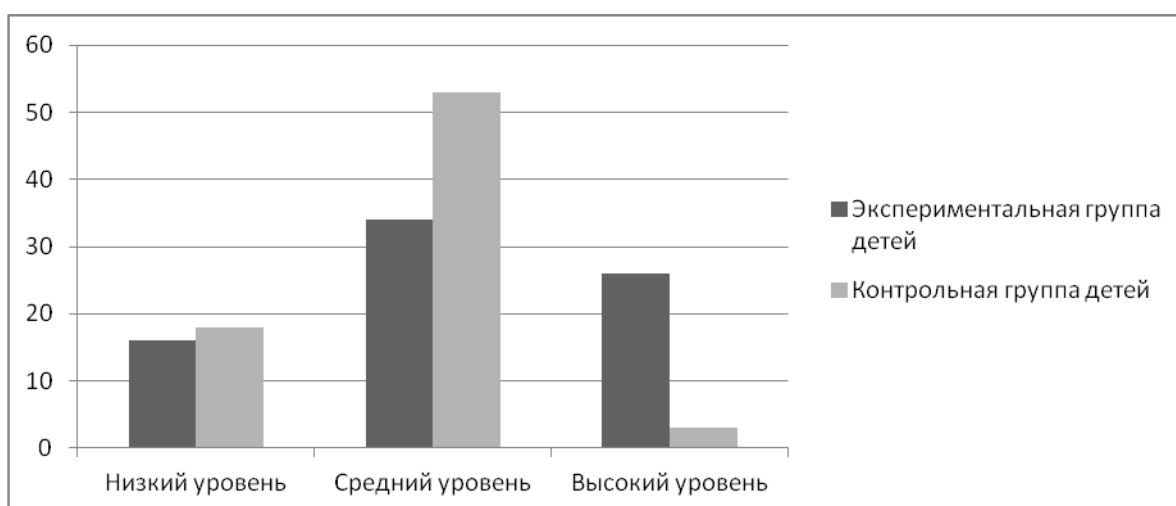


Рис.4. Результаты самоотчета младших школьников на контрольном этапе эксперимента

Помимо динамики сформированности структурных компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников можно выделить такой критерий эффективности внедрения модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников как результаты самоотчета детей (Рис.4) (см. Приложение 7), который проводился на контрольном этапе исследования.

Результаты самоотчета детей наглядно демонстрируют, что в экспериментальной группе показатели проявления компетентности родителей в области здоровьесбережения выше, чем в контрольной группе. В большей степени выражены показатели средних и высоких значений, в то время как в контрольной группе практически отсутствуют высокие значения, а результаты находятся в зоне средних показателей.

Таким образом, анализ экспериментальных данных позволяет сделать вывод о том, что результаты по всем показателям в экспериментальной группе значительно превышают результаты контрольной группы, что подтверждает эффективность реализованной нами модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. Однако стоит отметить, что повторная диагностика проводилась сразу после завершения основного экспериментального воздействия, что, с одной стороны, доказало эффективность проведенной нами работы, а с другой, не позволяет в полной мере оценить долговечность полученных результатов, а так же склонность родителей и в дальнейшем работать над повышением родительской компетентности.

ВЫВОДЫ ПО ВТОРОЙ ГЛАВЕ:

Программа экспериментального исследования была составлена в соответствии с основными этапами:

Первый этап (2011-2013 гг.) был посвящен анализу философской, психологической, педагогической литературы по проблеме формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников; выявлению содержания и структуры базового понятия «компетентность родителей в области здоровьесбережения младших школьников»; определению степени разработанности основных аспектов исследуемой проблемы в современной теории и практике педагогики; проектированию педагогической модели процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников; диагностической работе по выявлению сформированности компонентов компетентности родителей на констатирующем этапе эксперимента.

Второй этап (2013-2015 гг.) осуществлялся как реализация разработанной модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в ходе формирующего эксперимента; обоснование педагогических условий эффективности данного процесса; диагностическая работа по выявлению уровня сформированности компонентов компетентности родителей на контрольном этапе эксперимента.

Третий этап (2015-2016 гг.) был посвящен анализу и обработке данных, полученных на констатирующем, формирующем и контрольном этапах экспериментальной работы; обобщение результатов и формулировке основных выводов исследования; оформлению диссертации.

Экспериментальная часть работы была осуществлена как проектирование и внедрение модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников и эмпирической проверки педагогических условий ее эффективной реализации.

Модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников представляет собой научное структурирование деятельности образовательного учреждения по реализации взаимодействия семьи и образовательного учреждения с целью сохранения и укрепления здоровья детей, включающее основные задачи, методологические подходы (компетентностный, личностно-ориентированный, системно-деятельностный), принципы, компоненты (информационный, деятельностный, личностно-мотивационный), организацию образовательной среды, диагностические средства измерения и педагогические условия эффективности данного процесса.

Модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников удовлетворяет основным методологическим требованиям, опирается на понимание компетентности родителей в области здоровьесбережения как интегративного качества его личности, основанного на отношении к здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, включающего в себя сформированность умений, навыков и поведенческих особенностей, необходимых для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья ребенка, а так же готовность формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью.

Модель формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения в образовательном учреждении представлена следующими блоками: целевым, теоретико-методологическим, содержательным, организационно-процессуальным и оценочно-результативным. Целевой блок включает совокупность целей и задач формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. Теоретико-методологический блок связан с обоснованием методологических подходов (компетентностного, личностно-ориентированного, системно-деятельностного) и принципов (субъективности; индивидуализации; опоры на опыт обучающегося;

психологической комфортности; актуализации результатов обучения) к организации процесса формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. Содержательный блок направлен на формирование информационного, деятельностного и личностно-мотивационного компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников. Организационно-процессуальный блок модели представлен основными формами, методами и средствами формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников и реализуется в ходе обучения по программе «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников». Оценочно-результативный блок модели включает критерии эффективности реализации модели.

Статистический анализ изменений в уровнях сформированности компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в экспериментальной и контрольной группах до и после формирующего эксперимента, проведенный с помощью критерия сдвигов Вилкоксона при помощи программы SPSS Statistic, показал что в результате реализации модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников родители экспериментальной группы достигли более высокого уровня сформированности компетентности в области здоровьесбережения детей. Таким образом, анализ экспериментальных данных подтверждает эффективность реализованной нами модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Эффективность модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников обеспечивается за счет организации педагогически целесообразной образовательной среды, отбора содержания, обеспечивающего формирование у родителей знаний, умений и навыков в области здоровьесбережения младших школьников, мотивацию ведения здорового образа жизни, ценности здоровья и необходимости его

сохранения и укрепления, учета индивидуально-личностных особенностей родителей (субъектность) в процессе формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате теоретического анализа психолого-педагогической литературы по проблеме формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников и проведения экспериментальной работы мы пришли к следующим выводам.

«Здоровьесбережение» в психолого-педагогической литературе рассматривается многоаспектно. В состав данного феномена включена основа профилактики заболеваний, отражение успешной деятельности по поддержанию «здорового образа жизни», активность индивида, направленная на улучшение и сохранение здоровья, согласованность и единство всех уровней жизнедеятельности человека и др. Общим во всех определениях является тот факт, что здоровьесбережение имеет две составные части «здоровье» и «сбережение», а соответственно, является определенным процессом поддержания состояния благополучия физической, психологической и социальной сфер личности, направленным на повышение ценностного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих.

Наиболее значимыми институтами, формирующими основы здоровьесбережения ребенка, являются семья и образовательное учреждение. Для начальной школы характерно применение здоровьесберегающих технологий как способов организации обучения школьников без ущерба для их здоровья, которое рассматривается в двух аспектах. С одной стороны, сохранение здоровья является приоритетной задачей школы, с другой стороны, оно выступает определенным инструментом, ресурсом, обеспечивающим выполнение учебных планов, освоение учебного материала. В таких условиях работа по внедрению технологий и методик здоровьесбережения младших школьников имеет характер индивидуальной инициативы с акцентом на физическое здоровье (снижение объема учебной нагрузки, сочетание двигательной, физкультурно-оздоровительной деятельности). Однако данные мероприятия зачастую лишены логики

развития, поскольку служат лишь инструментом для успешной педагогической работы и достижения требуемых учебных результатов.

Семейная среда обладает собственным, уникальным «инструментарием» в вопросах здоровьесбережения. Она в большей мере ориентирована на индивидуальность, уникальность ребенка и способна учесть не только физиологические особенности возраста, но и индивидуально-психологические особенности личности младшего школьника. Образовательное учреждение склонно обучать ребенка здоровому образу жизни, в то время как семья – показывать и закреплять необходимые умения и навыки здоровьесберегающей деятельности. Поэтому возникает необходимость в объединении усилий образовательного учреждения и семьи с целью реализации здоровьесберегающей функции. Результатом сотрудничества семьи и школы является качественное и количественное обогащение знаниями, личностное изменение обеих сторон процесса. Со стороны родителя это формирование компетентности родителей, выступающее условием и фактором успешного здоровьесбережения ребенка. Для педагога личностные изменения позволят планировать и конструировать свою педагогическую деятельность более эффективно.

Компетентность родителя в области здоровьесбережения младших школьников рассматривается нами как интегративное качество его личности, основанное на отношении к здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, включающее в себя сформированность умений, навыков и поведенческих особенностей, необходимых для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья ребенка, а так же готовность формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью. В структуру компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников включены такие компоненты, как информационный, деятельностный и личностно-мотивационный.

Работа по здоровьесбережению в системе начального образования ребенка является качественной характеристикой педагогической деятельности, отражающей уровень заинтересованности педагогического коллектива и родителей в сохранении и укреплении здоровья ребенка. Данная работа направлена на сохранение и укрепление всех компонентов здоровья: состояние благополучия функционирования биологических систем и подсистем организма (физическое здоровье); благополучие индивида в отношении с собой, во взаимоотношении с другими (психологическое здоровье); благополучие индивида во взаимодействии с субъектами и объектами в процессе деятельности в социальной среде (социальное здоровье).

К числу основных форм и методов формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения относят педагогическое просвещение, педагогическую поддержку, партнерство и сотрудничество. Наиболее эффективным в процессе формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения является «субъект-субъектное» взаимодействие семьи и образовательного учреждения, включающее воспитательный характер здоровьесберегающей деятельности в контексте компетентного подхода (когнитивно-ориентированные, деятельностно-ориентированные и личностно-ориентированные технологии), позволяющее актуализировать личный социальный опыт родителей, мотивировать их интерес к самостоятельному приобретению знаний.

Модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников представляет собой научное структурирование деятельности образовательного учреждения по реализации взаимодействия семьи и образовательного учреждения с целью сохранения и укрепления здоровья детей, включающее основные задачи, методологические подходы (компетентностный, личностно-ориентированный, системно-деятельностный), принципы, компоненты (информационный, деятельностный, личностно-мотивационный), организацию образовательной

среды, диагностические средства измерения и педагогические условия эффективности данного процесса.

Модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников удовлетворяет основным методологическим требованиям, опирается на понимание компетентности родителей в области здоровьесбережения как интегративного качества его личности, основанного на отношении к здоровью как ценности, мотивации здорового образа жизни семьи, включающего в себя сформированность умений, навыков и поведенческих особенностей, необходимых для сохранения и укрепления собственного здоровья и здоровья ребенка, а так же готовность формировать бережное отношение младшего школьника к своему здоровью.

Статистический анализ изменений в уровнях сформированности компонентов компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников в экспериментальной и контрольной группах до и после формирующего эксперимента, проведенный с помощью критерия сдвигов Вилкоксона при помощи программы SPSS Statistic, показал что в результате реализации модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников родители экспериментальной группы достигли более высокого уровня сформированности компетентности в области здоровьесбережения детей. Таким образом, анализ экспериментальных данных подтверждает эффективность реализованной нами модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Эффективность модели формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников обеспечивается за счет организации педагогически целесообразной образовательной среды, отбора содержания, обеспечивающего формирование у родителей знаний, умений и навыков в области здоровьесбережения младших школьников, мотивацию ведения здорового образа жизни, ценности здоровья и необходимости его

сохранения и укрепления, учета индивидуально-личностных особенностей родителей (субъектность) в процессе формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

Таким образом, цель исследования достигнута, выполненная работа доказала правомерность выдвинутой гипотезы: формирование родительской компетентности в области здоровьесбережения младших школьников будет эффективным, если будут соблюдены следующие педагогические условия: формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников войдет в таксономию педагогических целей учреждения начального образования; в структуре компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников выделены информационный, деятельностный и личностно-мотивационный компоненты; в модель формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников включены основные задачи, методологические подходы (компетентностный, личностно-ориентированный, системно-деятельностный), принципы, компоненты (информационный, деятельностный, личностно-мотивационный), особенности организации образовательной среды, диагностические средства измерения; содержание работы школы по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников определяется на основе учета индивидуально-личностных особенностей родителей; сформированность компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников диагностируется в соответствии с монографическим описанием по трем уровням информационного, деятельностного, личностно-мотивационного компонентов.

Перспективным направлением дальнейшего изучения проблемы формирования компетентности родителей в области здоровьесбережения детей могут стать здоровьесберегающие образовательные технологии формирования здоровьесохранительного поведения и культуры здорового

образа жизни родителей и детей с применением совокупности педагогических средств воздействия и факторов социализации личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абаскалова, Н.П. Системный подход в формировании здорового образа жизни субъектов образовательного процесса: Автореф. дис. ... д-ра пед. наук /Надежда Павловна Абаскалова. – Барнаул, 2000. – 48 с.
2. Абрамова, Т.Ф. и др. Организация медико-социальной помощи детям с нарушением зрения /Т.Ф.Абрамова, Л.А.Жданова, Е.В.Борзов, М.Н.Салова, И.Е.Бобошко //Российский педиатрический журнал. - 2014. - №1. - С.49-52.
3. Айзман, Р.И. Методологические принципы мониторинга здоровья участников образовательного процесса /Р.И. Айзман //Проблемы адаптации и сохранения здоровья населения в условиях Сибири: материалы регион. науч.-практ. конф. – Кызыл: изд-во ТывГУ, 2008. - С.9-15.
4. Айзман, Р. И. Здоровье школьника и психолого-педагогические проблемы его коррекции [Электронный ресурс]: информ.-метод. и дидактический журнал ИМиДЖ №1 «Образование. Здоровье. Экологическое воспитание». 2001. – Режим доступа: <http://image.websib.ru/01/index.html>. (дата обращения: 17.09.2016г.)
5. Айсмонтас, Б.Б. Теории обучения. Схемы и тесты /Б.Б.Айсмонтас. - М., 2002.- 176с.
6. Алексеев, Н.А. Личностно-ориентированное обучение; вопросы теории и практики: Монография /Н.А.Алексеев. - Тюмень: Изд-во Тюменского государственного университета, 1996. - 216 с.
7. Аллакаева, Л.М. Педагогические основы формирования культуры здоровья школьников: Дис. ... канд. пед. наук /Людмила Михайловна Аллакаева. - М., 2003. - 234 с.
8. Ананьев, Б.Г. Психология чувственного познания /Б.Г.Ананьев. - М.: Наука (Серия «Памятники психологической мысли»), 2001. - С.279.

9. Ананьев, В.А. Психология здоровья: пути становления новой отрасли человекознания //Психология здоровья /Под ред. Г.С. Никифорова. - СПб.: СПбГУ, 2000. – 384с.
10. Антипова, Л.П. Использование здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе /Л.П. Антипова //Начальная школа. - 2011. - №8. - С.106-108. [электронный ресурс] <http://karpinsk-edu.ru/resources/mediateka/2032-zdorovesberegayuschie-tehnologii-v-shkole.html> (дата обращения: 17.09.2016г.)
11. Антонов, А.И., Медков, В.М. Социология семьи /А.И.Антонов, В.М.Медков. - М., Изд-во МГУ, Изд-во Международного университета бизнеса и управления, 2005. - 304 с.
12. Атласова, О.М. Развитие профессиональной компетентности руководителей школ в процессе повышения квалификации: Автореф. дис. ... канд. пед. наук /Ольга Михайловна Атласова. - СПб, 1995. – 21с.
13. Ахаев, А.В. Валеологический подход в системе школьного образования: теория, практика и перспективы развития: монография /А.В.Ахаев. - Алматы: Наука, 2005. - 242 с.
14. Ахмерова, С.Г. Здоровье педагогов: профессиональные факторы риска //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2001. - №4. - С.28-30.
15. Багнетова, Е.А., Шарифуллина, Е.Р. Профессиональные риски педагогической среды /Е.А.Багнетова, Е.Р.Шарифуллина //Фундаментальные исследования. - 2013. - № 1-1. - С. 27-31.
16. Баева, И.А. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении: Практическое руководство /И.А.Баева. – СПб.: Речь, 2010. - 288 с.
17. Базарный, В.Ф. Здоровье и развитие ребенка: экспресс-контроль в школе и дома: практ. пособие /В.Ф.Базарный. – М.: АРКТИ, 2005. – 248 с.

18. Байденко, В.И. Компетенции в профессиональном образовании (к освоению компетентностного подхода) //Высшее образование в России. - 2004. - № 11.
19. Баль, Л.В. Педагогу о здоровом образе жизни детей /Л.В.Баль, С.В.Барканов, С.А.Горбатенко. – М.: Просвещение, 2005. – 192с.
20. Басов, А.В. История и современное состояние изучения психологии здоровья человека: монография /А.В.Басов. - Ярославль, 2000. - 120 с.
21. Басова, Н.В. Педагогика и практическая психология /Н.В.Басова. - Ростов н/Д: «Феникс», 2000. – 416с.
22. Басте, А.К. Формирование деятельностного компонента культуры здоровья младших школьников в классе: Дис. ... канд. пед. наук /Асиет Кирмизовна Басте. - Майкоп, 2005. - 201 с.
23. Батышев, В.В. Энциклопедия профессионального образования /В.В.Батышев. - М., 1999. – 344с.
24. Безруких, М.М. Возрастная физиология: (физиология развития ребенка): учебное пособие для студентов высших учебных заведений /М.М.Безруких, В.Д.Сонькин, Д.А.Фарбер.-4-е изд., стер. - М.: Издательский центр «Академия», 2009. – 416 с.
25. Безруких, М.М. Здоровьесберегающая школа /М.М.Безруких. – М., 2004. – 240 с.
26. Белкин, А.С. Основы возрастной педагогики /А.С.Белкин. - М.: Академия, 2000.- 192с.
27. Белова, С.Н. Формирование ценностного отношения к здоровью у девочек-подростков: Дис. ...канд. пед. наук /Светлана Николаевна Белова. - Курск, 2002. – 215с.
28. Белонович, Е.И. Здоровьесбережение младших школьников /Е.И.Белонович, И.Д.Климина //Образовательная среда сегодня: стратегии развития : материалы IV Междунар. науч.–практ. конф. (Чебоксары, 11 дек. 2015 г.) /редкол.: О.Н.Широков и др. - Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2015. - № 3(4). - С.401-403.

29. Бердников, И.Г. Теоретические основы формирования валеологической культуры личности учителя: Дис. ... д-ра пед. наук /Иван Георгиевич Бердников. – М., 1998. - 378 с.
30. Беспалько, В.П. Слагаемые педагогической технологии /В.П.Беспалько. - М.: Педагогика, 1989. – С.192.
31. Бессонов, Б.Н. и др. Философские основы образования и воспитания /Б.Н.Бессонов, И.А.Бирич, Ю.А.Огородников. – М.: МГПУ, 2007.- 69 с.
32. Бирюкова, Ю.Н. Формирование здорового образа жизни у учащихся общеобразовательной школы на основе здоровьесберегающих технологий: Дис. ... канд. пед. наук /Юлия Николаевна Бирюкова. - Краснодар, 2004. - 155 с.
33. Богачева, Т.Ю. Формирование у школьников отношения к здоровью как ценности /Т.Ю.Богачева, Н.Ю.Синягина //Воспитание школьников. - №8. - 2009. - С.16-20.
34. Болотов, В.А. Теория и практика реформирования педагогического образования в условиях социальных перемен: Дис. ... д-ра пед. наук /В.А.Болотов. - СПб, 2001. – 315с.
35. Борисова, Л.Е. Здоровый ребенок – хороший ученик! /Л.Е.Борисова //Начальная школа. - 2000. - № 9. - С.97-99.
36. Ботляновская, А.А. К здоровью – через сознание. Новый подход к профилактике в медицине /А.А.Ботляновская //Интегральный подход к формированию здоровья человека : тезисы докл. и науч. статей регион. науч.-практ. конф. врачей, педагогов, психологов. 26-27 октября 2000 года. – Новосибирск, 2000. – С.18-29.
37. Брехман, И.И. Валеология - наука о здоровье. - 2-е изд., доп., перераб. - М.: Физкультура и спорт, 1990. - С.186.
38. Брызгунова, И.П. Беседы о здоровье школьников : кн. для учителей и родителей /И.П.Брызгунова. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.

39. Бузунов, В.П. Принципы здоровьесберегающего образования /В.П.Бузунов [Электронный ресурс.]: //http://www.ipk.alien.ru/education/vospit (дата обращения: 17.09.2016г.)
40. Буланова-Топоркова, М.В. Педагогика и психология высшей школы: учебное пособие /М.В.Буланова-Топоркова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. - 544 с.
41. Бусыгина, А.Л. Профессия - профессор. Теория проектирования содержания образования преподавателя вуза. - Самара: Изд-во Самарского ГПУ, 2003. – 200с.
42. Быкова, Н.Г. Формирование культуры здорового образа жизни детей старшего дошкольного возраста в дошкольном образовательном учреждении "открытого" типа: Дис. ... канд. пед. наук /Наталья Григорьевна Быкова. - Ставрополь, 2005. – 157 с.
43. Бычкова, Т. И. Организация учебно-воспитательного процесса в общеобразовательной школе на основе здоровьесберегающих технологий: Дис. ... канд. пед. наук /Татьяна Ивановна Бычкова. - Чебоксары, 2005. - 173с.
44. Валеев, Г.Х. Методология и методы психолого-педагогических исследований: Учебное пособие для студентов 3–5-х курсов педагогических вузов по специальности «031000 – Педагогика и психология» /Г.Х.Валеев. - Стерлитамак: Стерлитамак. гос. пед. ин-т, 2002. - С.58-61.
45. Валеология: Справочник школьника /Сост. С.Н.Заготова. – Ростов н/Д: ООО «БАРО-ПРЕСС», 1999. - 448 с.
46. Васильева, О.С., Журавлева, Е.В. Исследование представлений о здоровом образе жизни /О.С.Васильева, Е.В.Журавлева //Психологический вестник РГУ. - Ростов-на-Дону. – 1997. - Вып.3. - С.422.
47. Васильева, О.С., Филатов, Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений /О.С.Васильева, Ф.Р.Филатов. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. - 352 с.

48. Вашлаева, Л.П. Формирование здоровьесберегающей стратегии педагога: монография /Л.П.Вашлаева. – Кемерово, 2004. – 320 с.
49. Введенский, В.Н. Моделирование профессиональной компетентности педагога /В.Н.Введенский //Педагогика. – 2003. - № 10. – С. 51-55.
50. Взаимодействие семьи и школы и психолого-педагогического просвещения родителей: образоват. программа. – Ульяновск, 2007. - С. 35-56.
51. Виленский, М.Я., Авчинникова, С.О. Методологический анализ общего и особенного в понятиях "здоровый образ жизни" и "здоровый стиль жизни" /М.Я.Виленский, С.О.Авчинникова. URL: <http://lib.sportedu.ru/press/tpfk/2004N11/p2-7.htm> (дата обращения 02.06.11г.)
52. Виненко, В.Г. Общие основы педагогики. Учебное пособие /В.Г.Виненко. – М.: «Дашков и К°», 2010. – 300с.
53. Вишневский, В.А. Здоровьесбережение в школе (педагогические стратегии и технологии) /В.А.Вишневский. - М.: Изд. «Теория и практика физической культуры», 2002. – 270с.
54. Воробьёв, В.Ф. Формирование здорового образа жизни в системе воспитания детей: монография /В.Ф.Воробьёв. – Череповец: ЧГУ, 2002. – 145с.
55. Воронина, А.Я. Взаимодействие учителя, ученика, семьи как условие нравственного воспитания младших школьников /А.Я.Воронина //Человек и образование. – 2009. – № 3. – С. 101–106.
56. Воронова, Е.А. Здоровый образ жизни в современной школе: программы, мероприятия, игры /Е.А.Воронова. - 4-е изд., перераб. - Ростов н/Д: Феникс, 2011. - 178 с.
57. Воронцова, Т.П. Здоровьесберегающие технологии в образовании /Т.П.Воронцова //Эффективность здоровьесберегающих технологий в образовательной среде: Материалы III региональной научно-практической конференции. – Орехово-Зуево: МГОГИ, 2012. – С. 41-44.

58. Гаджиев, Р.Д. Взаимодействие семьи и школы в формировании здорового образа жизни младших школьников: Дис. ... канд. пед. наук /Рафик Дашбекович Гаджиев. - Ростов-на-дону, 2007. – 212с.
59. Газман, О.С. Неклассическое воспитание. От авторитарной педагогики к педагогике свободы /О.С.Газман. - М., 2002. - С.46-78.
60. Гайдукова, С.П. Образование как процесс обеспечения физического, психологического и социального благополучия и развития ребенка /С.П.Гайдукова, А.А.Грошева, Т.М.Балбекова //Валеология. – 2001. – №1. – С. 41-44.
61. Гаркуша, Н.С. Ресурсное обеспечение воспитания культуры здоровья школьников в современном общеобразовательном учреждении /Н.С.Гаркуша //Модернизация российского образования: тренды и перспективы. - Книга 3.: кол. монография. - Краснодар, 2012. - С.73-86.
62. Гаркуша, Н.С. Воспитание культуры здоровья школьников в деятельности классного руководителя: Дис. ... канд. пед. наук /Наталья Сергеевна Гаркуша. - Белгород, 2007. - 259 с.
63. Голованова, Н.Ф. Социализация и воспитание ребенка. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений /Н.Ф.Голованова. - СПб.: Речь, 2004. – 272 с.
64. Гончарова, Н.В. Формирование культуры профессионального здоровья будущего учителя: Дис. ... канд. пед. наук /Н.В.Гончарова. – Волгоград, 2005. – 202с.
65. Гордеева, А.В. Здоровье и образование, или образование здоровья /А.В.Гордеева //Школа. - 2002. - № 2. – С.ю40.
66. Гребенников, И.В. Воспитание семьянина в родительском доме /И.В. Гребенников. – Москва; Воронеж, 2004. - С.709-710.
67. Григорьев, Д.В. Педагогика. Общие основы педагогики /Д.В.Григорьев. - М.: Современный Гуманитарный Университет, 2000. - 99 с.

68. Гришанова, Н.А. Развитие компетентности специалистов как важнейшее направление реформирования профессионального образования /Н.А. Гришанова //Иновации в образовании. 2000. - № 3. - С. 67-69.
69. Гурьянова, М. П. Созидательная миссия социальной педагогики в современном обществе /М.П.Гурьянова //Педагогика. - 2011. - № 5. - С.36-44.
70. Давыдова, О.И., Майер, А.А. Медиакомпетентность воспитателя ДОУ при создании электронных презентаций /О.И.Давыдова, А.А.Майер //Управление ДОУ. – 2012. – № 1. – С. 99-105.
71. Данилина, Т.А., Степина Н.М. Социальное партнерство педагогов, детей и родителей. Пособие для практических работников ДОУ /Т.А.Данилина, Н.М.Степина. - М.: Айрис-пресс, 2004. – 112с.
72. Деркач, А. М. Кейс-метод в обучении /А.М.Деркач //Специалист. - 2010. - № 4. - С. 22-23.
73. Дерябо, С. Отношение к здоровью и к здоровому образу жизни: Методика измерения /С.Дерябо, В.Ясвин //Директор школы. – 1999. – № 2. – С.7-16.
74. Дерюгина, М.Ю. Педагогические условия формирования здорового образа жизни учащихся: Автореф. дис. ... канд. пед. наук /Марина Юрьевна Дерюгина. - М., 2007. - 15с.
75. Джурицкий, А.Н. История педагогики: учеб. пособие для студ. Педвузов /А.Н.Джурицкий. – М.: гуманитар. изд. центр Владос, 2000. – 432с.
76. Дзятковская, Е.Н. Здоровьесберегающее образовательное пространство /Е.Н.Дзятковская //Педагогическое образование и наука. - 2002. - № 3. – С.72-74.
77. Дзятковская, Е.Н. Информационное пространство и здоровье школьников /Е.Н.Дзятковская, Л.И.Колесникова, В.В.Долгих. – Новосибирск: Наука, 2002. – 186 с.
78. Дмитриева, Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы /Е.В.Дмитриева. - М., 2002. - С.36-54.

79. Дыхан, Л.Б. Теория и практика здоровьесберегающей деятельности в школе /Л.Б.Дыхан. – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 412 с.
80. Жабина, Л.В. Формирование культуры здоровья в школах России и Китая //Молодая наука – 2011: материалы региональной межвузовской научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых учёных. – Часть XVIII. – Пятигорск: ПГЛУ, 2011. - С.173–179.
81. Жданова, Л.А. Оздоровление детей и подростков в образовательных учреждениях /Л.А.Жданова, Т.В.Руссова, А.М.Ширстов и др. - Иваново: Иван. гос. мед. акад., 2000. – 91 с.
82. Журавлева, И.В. Отношение к здоровью индивида и общества /И.В.Журавлева. – М.: Наука, Ин-т социологии РАН, 2006. – 123с.
83. Загвязинский, В.И. Здоровье участников – образовательного процесса /В.И.Загвязинский, В.М.Чимаров. – Ханты-Мансийск: Вектор Бук, 2004. – 92 с.
84. Загвязинский, В.И. Стратегия развития образования в период его модернизации /В.И.Загвязинский //Образование и наука. – 2003. – № 6. – С.15-18.
85. Зайцев, Г.К. Валеолого-педагогические основы обеспечения здоровья человека в системе образования: Дис. ... д-ра пед. наук /Георгий Кирович Зайцев. – СПб., 1998. – 409 с.
86. Зайцев, Г.К. Школьная валеология. Педагогические основы обеспечения здоровья учащихся и учителей. 2-е изд. перераб. и доп. /Г.К.Зайцев. – СПб. : Акцидент, 1998. – 159 с.
87. Зайцев, Г.К., Колбанов, В.В., Колесникова, М.Г. Педагогика здоровья: образовательные программы по валеологии /Г.К.Зайцев, В.В.Колбанов, М.Г.Колесникова. – СПб., 1994. – 77 с.
88. Занков, Л.В. Дидактика и жизнь /Л.В.Занков. - М.: Просвещение, 1968. –175с. [электронный ресурс] <http://www.twirpx.com/file/166836/> (дата обращения: 17.09.2016г.)

89. Заславская, О.В., Сальникова, О. Е., Кожурова, О. Ю. Социальное партнерство семьи и школы в области воспитания: векторы взаимодействия /О.В.Заславская, О.Е.Сальникова, О.Ю.Кожурова //Известия ПГПУ им. В.Г.Белинского. - 2012. - № 28. - С.786–790.

90. Зеер, Э.Ф. Компетентностный подход к образованию [Электронный ресурс] /Э.Ф.Зеер. - Режим доступа: <http://www.urotao.ru/konf2005.php> (дата обращения: 17.09.2016г.)

91. Зимняя, И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании /И.А.Зимняя. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов. – 2004. - 155с.

92. Зотова, Ф.Р. Деятельность педагогического коллектива по предупреждению переутомления и сохранению здоровья школьников в процессе обучения: Дис ... д-ра. пед. наук /Фируза Рахматулловна Зотова. – Чебоксары, 2005. - 417 с.

93. Иванова, Н.К. Организационно-педагогические условия формирования здорового образа жизни школьников: Автореф. дис. ... канд. пед. наук /Нелли Кирилловна Иванова. - Самара, 2000. - 24с.

94. Игнатова, И.А. Педагогическое просвещение как подготовка родителей к семейному воспитанию детей с особенностями развития: Дис ... канд. пед. наук /Ирина Александровна Игнатова. – М., 2009. - 169 с.

95. Ильющенко, В.В. Здоровье и образование: теория, опыт, практика /В.В.Ильющенко, Т.А.Берсенева. – СПб., 1993. – 28 с.

96. Ипполитова, Н.В. Теория и практика подготовки будущих учителей к патриотическому воспитанию учащихся: Дис. ... д-ра пед. наук /Наталья Викторовна Ипполитова. – Челябинск, 2000. – 383 с.

97. Ирхин, В.Н. Педагогическая система школы здоровья: генезис, принципы и закономерности развития: Дис. ... д-ра пед. наук /Владимир Николаевич Ирхин. – Барнаул, 2002. – 283 с.

98. Кабаева, В.М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков: Дис... канд. психол. наук /Валентина Михайловна Кабаева. – М., 2002. – 196 с.

99. Казаков, Ю.Н. Психология безопасности: формирование здоровья личности /Ю.Н.Казаков. – М.: РАГС, 2007. – 250 с.

100. Казанникова, А.В. Педагогические условия формирования здоровьесозидающей образовательной среды в начальной школе «полного дня»: Дис. ... канд. пед. наук /Анна Вячеславовна Казанникова. – СПб., 2005. – 226 с.

101. Казин, Э.М. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика /Э.М.Казин, Н.Э.Касаткина, О.Г.Красношлыкова, Т.С.Панина. – Кемерово, 2009. – 347 с.

102. Камакина, О.Ю. Отношение к здоровью детей младшего школьного возраста и их родителей: Дис. ... канд. психол. наук /Ольга Юрьевна Камакина. - Ярославль, 2010. - 160 с.

103. Карабанова, О.А. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений /О.А.Карабанова. - М.: Издательский центр «Академия» , 2002. – 416 с.

104. Ковалько, В.И. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе /В.И.Ковалько. - М.: ВАКО, 2004. – 296с.

105. Коджаспирова, Г.М. Педагогика: учебник /Г.М.Коджаспирова. - М.: Юрайт, 2015. – 719с.

106. Козлова, Н.С. Некоторые факторы риска ухудшения состояния здоровья школьников /Н.С.Козлова, А.В.Некрасова, И.Л.Горбунова //Молодой ученый. - 2014. - №10. - С. 384-387.

107. Кокаева, И.Ю. Роль учителя в сохранении и укреплении здоровья младших школьников /И.Ю.Кокаева //Здоровье населения и среда обитания. – 2004. – № 9(138). – С.8–10.

108. Кокорина, О.Р. Профессиональное образование: здоровьесберегающие аспекты /О.Р.Кокорина. – М.: Научно-издательский центр "Теория и практика физической культуры и спорта", 2008. – 214 с.
109. Колбанов, В.В. Валеологическое образование в начальной школе /В.В.Колбанов //Начальная школа. – 1999. – №1. – С. 40-43.
110. Коростелев, Н.Б. Школьнику о здоровье /Н.Б.Коростелев. - М.: Медицина, 2005. - 183 с.
111. Коротаева, Е.В. Вопросы теории и практики педагогики взаимодействия: монография /Е.В.Коротаева; Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2000. – 132 с.
112. Корченков, В.В. Социологические проблемы здорового образа жизни /В.В.Корченков. - М.: Изд-во РАГС, 1998.- 62с.
113. Костюкова, Т.А., Грибоедова, Т.П. Семья и школа: готовность к социально-образовательному партнерству /Т.А.Костюкова, Т.П.Грибоедова //Институт развития образовательных систем РАО. - Томск, 2008.- С.51-55.
114. Кравцова, Г.Л. Условия формирования культуры здоровья младших школьников /Г.Л.Кравцова //Сборник статей и тезисов II Международной научно –практической конференции «Проблемы и перспективы воспитания здорового человека (Тирасполь, 5 –6 ноября 2010г.). – Ч. 1. – Бендеры: Полиграфист, 2010. - С. 129-133.
115. Кузнецова, Е.Д. Концепция школьного здоровьесбережения в форме структурно-логической схемы /Е.Д.Кузнецова //Молодой ученый. - 2015. - №10.1. - С.10-12.
116. Кузьмина, Н.В. Профессионализм личности преподавателя и мастера производственного обучения /Н.В.Кузьмина. - М., 1990. – 119с.
117. Куинджи, Н.Н. Валеология: Пути формирования здоровья школьников: метод. пособие /Н.Н.Куинджи. – М.: Аспект Пресс, 2000. – 139с.
118. Кучма, В.Р. Концепция, проблемы и направления работы школ, содействующих укреплению здоровья /В.Р.Кучма //Научно-практический журнал «Здоровьесберегающее образование». – 2010. – № 1(5). – С.33-39.

119. Лаврентьев, Г.В., Лаврентьева, Н.Б. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов [Электронный ресурс] /Г.В.Лаврентьев, Н.Б.Лаврентьева. - Режим доступа: http://www.asu.ru/cppkp/index.files/ucheb.files/innov/Part1/chapter1/1_4.html (дата обращения: 17.09.2016г.)
120. Леванова, Е.А. Технологии здоровьесбережения в образовании: учеб.-метод. пособие / Е.А.Леванова, В.А.Плешаков, Т.В.Пушкарева и др. – М.: МОСПИ-МПГУ, 2008. –150 с.
121. Леонтьев, Д.А. Современная психология мотивации /Д.А.Леонтьев. - Смысл, 2002. - С.29-37.
122. Леонтьев, А.А., Леонтьев Д.А., Соколова Е.Е. Предисловие // Леонтьев А. Н. Деятельность, сознание, личность. - М.: Смысл, 2005. - С.19.
123. Лесгафт, П.Ф. Семейное воспитание ребенка и его значение: избранные пед. сочинения /П.Ф.Лесгафт; сост. И.Н.Решетень. – М.: Педагогика, 1988. - С.203-204.
124. Лодкина, Т.В. Семейный уклад как фактор формирования здорового образа жизни у детей /Т.В.Лодкина, О.Е.Черствая //Вестник МАНЭБ. - 1999. - № 12 (24). - С.47-49.
125. Локк, Дж. Сочинения в трех томах: Т.3 (Филос. Наследие). - М.: Мысль, 1988. - 668 с. - С.407-614.
126. Лукьянова, М.И. Психолого-педагогическая компетентность учителя: диагностика и развитие: методическое пособие /М.И.Лукьянова. - М.: Сфера, 2004. - 144с.
127. Лукьянова, М.И. Ценностные ориентации школьников как показатель результативности образовательного процесса /М.И.Лукьянова //Педагогическая диагностика. - М.: Народное образование, 2004. - №2. - С.68-85.
128. Маджуга, А.Г. Здоровьесберегающее образование: монография /А.Г.Маджуга. – Уфа: РИО РУМНЦ, 2008. – 389 с.

129. Маджуга, А.Г. Педагогическая концепция здоровьесозидающей функции образования: Автореферат дис. д-ра пед. наук /А.Г.Маджуга. – Владимир, 2011. – 49с.

130. Маджуга, А.Г. Принципы здоровьетворящего образования и их классификация /А.Г. Маджуга //Педагогика: семья-школа-общество: коллективная монография /Под общ. ред. проф. О.И.Кирикова. – Книга 15. – Воронеж: ВГПУ, 2008. – С.51-76.

131. Маджуга, А.Г. Теория и практика формирования валеоконативных стратегий личности в контексте здоровьетворящего образования в современной школе: монография /А.Г.Маджуга. – Шымкент, 2005. – 365 с.

132. Майер, А.А., Давыдова, О.И. Организация пространства развития ребенка в дошкольном образовании /А.А.Майер, О.И.Давыдова //Материалы Всероссийского совещания-семинара по подготовке организатора-методиста к работе с детьми в классах раннего развития. – Барнаул: Изд-во БГПУ, 2005. – С.77-91.

133. Малярчук, Н.Н. Культура здоровья педагога: монография /Н.Н.Малярчук. – Тюмень: изд-во Тюменск. гос. ун-та, 2008. – 192 с.

134. Максимова, Т.М. и др. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России /Т.М. Максимова, В.Б.Белов, Н.П.Лушкина, Т.А.Королькова, О.Н.Гаенко, Н.А.Барабанова, Т.В.Токуров, А.Г.Роговина. - М.: ПЕР СЭ, 2008. - 367 с.

135. Маринина, М.Г. Формирование основ культуры здоровья младших школьников: Дис... канд. пед. наук /Мария Георгиевна Маринина. - Волгоград, 2005. - 195 с.

136. Марков, В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней: Учебное пособие для студентов высших пед. заведений. - М.: Издательский центр "Академия", 2001. - 320с.

137. Медведь, Л.М. и др. Взаимодействие семьи и школы в решении проблемы здоровьесбережения учащихся //Л.М.Медведь, А.В.Ляхович, А.Н.Коломенская //Гигиена и санитария. – 2012. - №1. – С.40-44.

138. Меерзон, Т.И., Лутовина, Е.Е. Медико-педагогическое просвещение родителей как компонент здоровьесбережения школьников //Научно-методический электронный журнал «Концепт». - 2014. - №26. - С.16-20.

139. Меличева, М.В. Формирование культуры здоровья дошкольников в процессе сотрудничества педагогов и родителей: Дис... канд. пед. наук /Марина Владимировна Меличева. - СПб, 2006. - 265 с.

140. Миронова, Е.В. Формирование здорового образа жизни младших подростков в педагогически организованном процессе самопознания: Автореф. дис. ... канд. пед. наук /Елена Владимировна Миронова. - Пенза, 2008. – 24 с.

141. Митяева, А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений /А.М. Митяева. – М.: Изд. центр «Академия», 2008. – 192 с.

142. Михеев, В.А. Основы социального партнерства /В.А.Михеев.- Изд-во: Экзамен, 2001. - 448 с.

143. Моделирование школы здоровья /Под ред. Н.Н.Шаровой, Е.П.Усановой. – Нижний Новгород: Нижегородская областная общественная организация «Школа здоровья», 2000. - 140 с.

144. Науменко, Ю.В. Здоровьеформирующая функция образовательного процесса в школе: монография /Ю.В.Науменко. – Волгоград: изд-во ВГИПК РО, 2008. – 368 с.

145. Недвецкая, М.Н. Повышение педагогической культуры родителей учащихся в процессе взаимодействия школы и семьи /М.Н.Недвецкая // Начальная школа. - № 1. - 2007. - С.11-23.

146. Недвецкая, М.Н. Социальное партнерство школы и семьи в области управления образовательным учреждением /М.Н.Недвецкая //Социальная педагогика. - 2006. - № 2. - С. 47–52.

147. Никифорова, Т.Ю. Валеологическое образование в формировании культуры здоровья у школьников: Дис. ... канд. пед. наук /Татьяна Юрьевна Никифорова. - Липецк, 2002. - 232 с.

148. Николаева, И.В. Педагогическая технология формирования отношения к здоровью учащихся: Дис. ... канд. пед. наук /Ирина Валентиновна Николаева. - Самара, 2004. - 279 с.

149. Новолодская, Е.Г. Формирование культуры здоровья учащихся в учебно-воспитательном процессе начальной школы: Дис. ... канд. пед. наук /Елена Геннадьевна Новолодская. - Бийск, 2003. - 176 с.

150. Новоселова, И.В. Формирование культуры здорового образа жизни школьниц в условиях оздоровительного центра: Дис. ... канд. пед. наук /Изабелла Вольфовна Новоселова. - Омск, 2006. - 24 с.

151. Общая психология и психология личности /Под ред. А.А.Реана. – М.: АСТ МОСКВА; СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009. – С.220-221.

152. Общая заболеваемость всего населения России в 2012 году. Сборник статистических материалов. Часть 2. - М., 2013.

153. Овчарова, Р.В. Психология сопровождения родительства /Р.В.Овчарова. - М.: ЗАО «Институт психотерапии», 2003. – 295с.

154. Овчарова, Р.В. Родительство как психологический феномен /Р.В.Овчарова. - М., 2006. - С.41.

155. Онищенко, Г.Г., Баранов, А.А., Кучма, В.Р. Безопасное будущее детей России. Научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей /Г.Г.Онищенко, А.А.Баранов, В.Р.Кучма. - М.: Издательство ГУ НЦЗД РАМН. – 2004. - 154 с.

156. Орехова, Т.Ф. Образование как средообуславливающее пространство здорового образа жизни субъектов педагогического процесса:

Автореф. дис. ... д-ра. пед. наук /Татьяна Федоровна Орехова. - Магнитогорск, 2005. - 389 с.

157. О чем мечтают россияне: идеал и реальность /Под ред. М.К.Горшкова, Р. Крумма, Н.Е. Тихоновой. – М.: Издательство «Весь Мир», 2013. - С.400.

158. Павлов, С.Н. Организационно-педагогические условия формирования общественного мнения органами местного самоуправления: Автореф. дис. ... канд. пед. наук /Сергей Николаевич Павлов. – Магнитогорск, 1999. – 14с.

159. Палеев, Г.И. Об успешности физиологической адаптации старшеклассников к лицейской форме обучения /Г.И.Палеев //Валеология.- 1996. - № 3-4. - С.26-29.

160. Палий, С.Г. Организационно-педагогические условия валеологизации педагогического процесса в общеобразовательной школе: Дис. ... канд. пед. наук /Светлана Георгиевна Палий. – Калининград, 1999. – С.82.

161. Панько, Е.А. Психологическое здоровье ребенка: О путях и способах его укрепления в семье /Е.А.Панько; под ред. Е. А. Панько. - СПб.: Речь, 2014. - 176 с.

162. Пахальян, В.Э. Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст /В.Э.Пахальян. – СПб. : Питер, 2006. – 240с.

163. Педагогическое сопровождение семейного воспитания: Программы родительского всеобуча /Под ред. О.И.Волжиной. – СПб.: КАРО, 2005. – 144 с.

164. Пидкасистый, П.И. и др. Педагогика /П.И.Пидкасистый, В.И.Беляев, Т.А.Юзефовичус, В.А.Мижериков. - Изд-во Академия, 2006. – 508с.

165. Пиюкова, С.С. Формирование педагогической компетентности родителей приемных детей: Дис. ... канд. пед. наук /Светлана Станиславовна Пиюкова. - М., 2003. - 200 с.

166. Плешаков В.А. Семейное воспитание в контексте киберсоциализации человека //Вопросы воспитания (научно-практический журнал), №3(4). – 07-09. - Москва-Воронеж, 2010. – 120 с.

167. Покровский, Б.Н. Социальное здоровье как педагогическая категория. Определение понятия в рамках системного подхода /Б.Н.Покровский //Личность и Культура. - №1. - 2010. - С.52-54. [Электронный ресурс] <http://www.xn----btbtid1an.xn--p1ai/pdfs/obrasov-rokrovski.pdf> (дата обращения: 17.09.2016г.)

168. Полетаева, Н.М. Теоретические основы системы валеологического воспитания школьников: Автореф. дис. ... д-ра пед. наук /Наталья Михайловна Полетаева. – СПб., 2002. – 43 с.

169. Полетаева, Н.М. Валеологическая воспитательная система образовательного учреждения: монография /Н.М.Полетаева. - СПб.: ЛОИРО, 2001. - 190с.

170. Поликутина, Н.В. Взаимодействие семьи и школы как общественно-педагогический феномен в России второй половины XIX-начала XX вв. /Н.В.Поликутина; Ленингр. гос. ун-т им. А.С.Пушкина. - Санкт-Петербург: ЛГУ, 2009. - 212 с.

171. Понкратов, В.Н., Крылова, Л.В. Здоровый образ жизни в современном обществе /В.Н.Понкратов, Л.В.Крылова //Инновационные процессы в развитии современного общества//Материалы международной научно-практической конференции (Июнь 2010 г.). - В 2-х т., Т. 1, Омск. – 2010. – 328 с.

172. Попов, С.В. Валеология в школе и дома /С.В.Попов //О физическом благополучии школьников. - СПб, 1997. – 136 с.

173. Преамбула Устава (Конституции) Всемирной Организации Здравоохранения (Нью-Йорк, 22 июля 1946 г.), (Доступ из СПС "Гарант")

174. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 28 декабря 2010 г. N 2106 г. Москва «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части охраны здоровья обучающихся, воспитанников»

175. Приказ № 273ФЗ от 29.12.2012 «Об Образовании в Российской Федерации».

176. Проблемы здорового образа жизни и инновационные здоровьесберегающие технологии: монография /Под общ. ред. акад. РАН В.И.Жукова. - 2 -е изд. доп. и перераб. - М.: Изд-во РГСУ, 2009. - 296 с.

177. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы /Под ред. И.В.Дубровиной. – 4-е изд. – Екатеринбург: Деловая книга, 2008. – 680 с.

178. Психология здоровья: Учебник для вузов /Под ред. Г.С.Никифорова. - СПб.. Питер,2006. - С.607.

179. Равен Дж. Компетентность в современном мире. - М.: Когито-Центр, 2002. - С.396.

180. Рагимова, О.А. Роль института образования в формировании культуры здоровья /О.А.Рагимова, Г.Ф.Андреева //III Всероссийский социологический конгресс: программа, тезисы докладов, публикации, организаторы /ИС РАН, РОС. - М., 2008. - С.15-20.

181. Рахимов, А.З. Природосообразная технология обучения и здоровье школьников: монография /А.З.Рахимов. – Уфа, 2005. – 196 с.

182. Резер, Т.М. Медико-педагогический подход к организации здоровьесберегающей деятельности /Т.М.Резер //Педагогика. - 2006. - №5. - С.29-37.

183. Репринцева, Г.И. Социально-педагогическая парадигма повышения родительской компетентности средствами дополнительного сетевого образования /Г.И.Репринцева //Вестник ТГПУ (TSPU Bulletin). - 2012. - С.23-29.

184. Рожков, М. И., Байбородова, Л. В. Организация воспитательного процесса в школе /М.И.Рожков, Л.В.Байбородова. - М. 2003. - С. 43.

185. Рожнов, Р.В. Теоретическая модель формирования здорового образа жизни младших подростков в воспитательном процессе школы /Р.В.Рожнов //Экология образования: актуальные проблемы: сб.науч.статей / Поморский государственный университет. В 2 т. /Под ред. А.В.Пяткова. – Архангельск, 2001. – Т.2. – С. 235-239.

186. Рожнов, Р.В. Формирование готовности младших подростков к здоровому образу жизни в общеобразовательной школе: Дис. ... канд. пед. наук /Руслан Владимирович Рожнов. – Пенза, 2002. – 184 с.

187. Ромашина, С.Я., Майер, А.А. Условия эффективной подготовки будущего педагога к профессиональной деятельности (коммуникативный аспект) /С.Я.Ромашина, А.А.Майер // Педагог: Наука, технология, практика. – № 1(14). – 2003. – С.57-63.

188. Руссо, Ж.-Ж. Педагогические сочинения: В 2-х т./Под ред. Г. Н. Джибладзе; сост. А.Н.Джуринский. - М.: Педагогика, 1981. - 656 с.

189. Санжаева, Р.Д. Психологические механизмы формирования готовности человека к деятельности: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук /Римма Дугаровна Санжаева. – Новосибирск, 1997. –16 с.

190. Селина, В.В. Развитие педагогической компетентности родителей детей раннего возраста в дошкольном образовательном учреждении: Дис. ... канд. пед. наук /Виктория Владимировна Селина. - Великий Новгород, 2009. – С.188.

191. Семенова, Е.Л. Формирование культуры здоровья подрастающего поколения: проблемы становления и развития: Дис... канд. социол. наук /Елена Леонидовна Семенова. - Екатеринбург, 2004. - 145 с.

192. Семья и школа: проблемы и пути взаимодействия: Научно-методическое пособие /Под ред.О. А. Щекиной; Науч. ред. Л.С.Нагавкина. - СПб.: СПбАППО, 2006. - С.18.

193. Сергиенко, Т.Е. Взаимодействие педагогов и родителей в формировании здорового образа жизни дошкольников: Автореф. дис. ... канд. пед. наук /Т.Е.Сеергиенко. - СПб., 2007. - С.45.

194. Сериков, В.В., Данильчук, В.И., Анисимова, В.В. и др. Личностно ориентированное образование: феномен, концепция, технологии: Монография /В.В.Сериков, В.И.Данильчук, В.В.Анисимова. - Волгоград: Перемена, 2000. - С.148.

195. Серых, А.Б. Особенности детских психосоматических расстройств /А.Б.Серых, А.А.Лифинцева, В.С.Басюк //Развитие личности. – 2010. - №3. - С. 59-70.

196. Серых, А.Б., Морозов, Ю.Е., Будиловский, Г.Н., Лифинцева, А.А. Эмоциональная дезадаптация и психосоматическое здоровье юношей и девушек /А.Б.Серых, Ю.Е.Морозов, Г.Н.Будиловский, А.А.Лифинцева //Вестник Балтийского федерального университета имени И.Канта. – 2011. - Вып. 4. – С. 60-68.

197. Сизанов, А.Н., Хриптович В.А. Психолого-педагогические и интерактивные методики обучения здоровому образу жизни /А.Н.Сизанов, В.А.Хриптович. – Мн., 2001. - №3. - С.4-8.

198. Симаева, И.Н. Охрана здоровья обучающихся: возможности самосохранительной социализации в системе образования /И.Н.Симаева //Вестник Балтийского федерального университета им. И.Канта. – Калининград: изд-во БФУ им. И.Канта, 2012. Вып.11: Педагогические и психологические науки. - С.56-61.

199. Симаева, И.Н., Алимпиева, А.В. Охрана здоровья и образование: институциональный подход. Ч. 1. - Калининград: Изд-во БФУ им. И.Канта, 2010. – 191с.

200. Сеницын, Ю.Н. Проблема интерпретации методологических обоснований здоровьеобеспечения учащихся /Ю.Н.Сеницын //Образование и общество. - №4. - 2008. – С.18.

201. Синягина, Н.Ю. Как сохранить и укрепить здоровье детей: психологические установки и упражнения /Н.Ю.Синягина. - М.: ВЛАДОС, 2004. - 150 с.

202. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе: методическое пособие /Н.К.Смирнов. - М.: АПК и ПРО, 2002. - 121с.

203. Сократов, Н.В. Современные технологии сохранения и укрепления здоровья детей учебное пособие /Н.В.Сократов. – М.: ТЦ «Сфера», 2005. – 224 с.

204. Соловьев Г.М. Здоровый образ жизни: научно-теоретические и методические основы: Учебное пособие /Г.М.Соловьев. - Часть 1.- Ставрополь: Изд-во СГУ, 2001.-180 с.

205. Соловьева, Н.И. Здоровьесберегающая система образования в обеспечении формирования культуры здорового образа жизни учащихся: Дис. ... канд. пед. наук /Наталья Ивановна Соловьева. - Ставрополь, 2005. - 195 с.

206. Сохранение здоровья школьников путем оптимизации их обучения /В.Р.Кучма, М.И.Степанова, С.А.Уланова, М.А.Поленова //Российский педиатрический журнал. - 2011. - № 3. - С. 42-46.

207. Спенсер, Л.М., Спенсер, С.М. Компетенции на работе /Л.М.Спенсер, С.М.Спенсер. – Пер. с англ. М.: НИРО, 2005. – С.384.

208. Стариков, А.П. Педагогические условия формирования основ культуры здоровья учащихся при использовании индивидуальных образовательных траекторий: Дис... канд. пед. наук /Александр Павлович Стариков. - Тольятти, 2004. - 296 с.

209. Стратегия модернизации содержания общего образования. Материалы для разработки документов по обновлению общего образования. - М., 2001. – 212с.

210. Суббето, А.И. Онтология и эпистемология компетентного подхода, классификация и квалиметрия компетенций /А.И.Суббето //СПб. –М.: Исследоват. центр проблем качества подготовки специалистов, 2006. – С.72.

211. Сухарев, А.Г. Концепция укрепления здоровья детского и подросткового населения России /А.Г.Сухарев //Школа здоровья. – 2000. – №2. – С. 29-36.

212. Тамарская, Н.В., Русакова, С.В., Гагина, М.Б. Управление учебно-воспитательным процессом в классе (здоровьесберегающий аспект): Учебно-методическое пособие для учителя /Н.В.Тамарская, С.В.Русакова, М.Б.Гагина. - М., 2003. - С.31.

213. Татарникова, Л.Г. Валеология в педагогическом пространстве: монография. 2-ое издание (научное издание) /Л.Г.Татарникова. - СПб.: Крисмас+,2002. - 200с.

214. Татур, Ю.Г. Компетентность в структуре модели качества подготовки специалистов /Ю.Г.Татур //Высшее образование сегодня. - 2004. - № 3. - С. 20-26.

215. Теория и практика педагогических взаимодействий в современной структуре образования: коллектив. моногр. /Е.В.Коротаева и др.; Центр развития науч. сотрудничества; под ред. Е.В.Коротаевой. – Новосибирск: ЦРНС, 2010. – 172 с.

216. Тесленко, В.Р., Тюков, Ю.А., Пластовец, А.И. Медицинские и педагогические аспекты формирования здорового образа жизни школьников /В.Р.Тесленко, Ю.А.Тюков, А.И.Пластовец //Вестник ЮУрГУ. - № 42. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура». - Выпуск 33. – Челябинск, 2012. - С.73-76.

217. Тихомирова, Л.Ф. Теоретико-методические основы здоровьесберегающей педагогики: Дис. ... д-ра пед. наук /Лариса Федоровна Тихомирова. – Ярославль, 2004. – 342 с.

218. Третьякова, Н.В. Организационно-педагогические условия здоровьесберегающей деятельности в учебном заведении: Дис... кан. пед. наук /Наталья Владимировна Третьякова. - Екатеринбург, 2005. - 245 с.

219. Трещева, О.Л. Формирование культуры здоровья в условиях современного образования: монография /О.Л.Трещева. – Омск: СибГАФК, 2002. – 268 с.

220. Тюрина, Н.Ш. Социально-педагогические условия формирования абилитационной компетентности родителей, имеющих детей с нарушениями психофизического развития младенческого и раннего возраста: Дис. ... канд. пед. наук /Н.Ш.Тюрина. - М., 2008. – С.262.

221. Участие родителей в профилактике и коррекции нарушений и заболеваний костномышечной системы у школьников /Н.Б.Мирская и др.// Гигиена и санитария. - 2012. - № 1. - С. 5964.

222. Учурова, С.А. Развитие социальной компетентности в образовательном процессе [Электронный ресурс] // Электронное текстовое издание. – URL: study.ustu.ru/view/aid/10734/1/Ychurova.pdf (дата обращения 17.07.2012).

223. Федоренко, Л.Г. Психологическое здоровье в условиях школы: Психопрофилактика эмоционального напряжения /Л.Г.Федоренко. – СПб. : КАРО, 2003. – 208 с.

224. Хазова, С.А. Компетентность конкурентоспособного специалиста по физической культуре и спорту. - М.: Издательство «Академия Естествознания», 2010. - С.67.

225. Халилова, Л.И. Педагогическое моделирование процесса ориентации младших школьников на здоровый образ жизни у детей: Автореф. дис. ...канд. пед. наук /Лилия Ирековна Халилова. - Казань, 2007. - 26с.

226. Харитонова, В. Организация родительской общественности – модель института социального партнерства /В.Харитонова //Социальная педагогика. - 2006. - № 2. - С.53–59.

227. Хрусталькова, Н.А.. Формирование педагогической компетентности родителей профессионально-замещающей семьи: Дис. ... д-ра пед. наук /Наталья Александровна Хрусталькова. - Саранск, 2009. – 489с.

228. Хуторской, А.В. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированной парадигмы образования /А.В.Хуторской //Народное образование. - 2003. - № 2. - С.58-64.

229. Хуторской, А. В. Современная дидактика. Учебное пособие. 2-е изд., перераб. /А.В.Хуторской. – М.: Высшая школа, 2007. – 639 с.

230. Целуйко, В.М. Психология неблагополучной семьи: книга для педагогов и родителей /В.М.Целуйко. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2006. – 271 с.

231. Чарлтон, Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни /Э.Чарлтон //Возрастная и педагогическая психология //Вопросы психологии 13.V 1996. - С.4-14 [электронный ресурс] <http://www.voppsy.ru/issues/1997/972/972003.htm> (дата обращения: 17.09.2016г.)

232. Чепурных, Е.Е. Социальная защита детства в сфере образования /Е.Е.Чепурных. – Ярославль: Изд-во ЯГПУ, 2001. – 287 с.

233. Чечельницкая, С.М. Обучение здоровью – реальный шаг к снижению заболеваемости и смертности среди детей и подростков /С.М.Чечельницкая //Школа здоровья. – 2000. – №4. – С. 3-8.

234. Чупаха, И.В. Здоровьесберегающие технологии в образовательно-воспитательном процессе /И.В.Чупаха, Е.З.Пужаева, И.Ю.Соколова. – М.: Илекса ; Ставрополь: Ставропольсервисшкола, 2001. – 256 с.

235. Шарипова, Э.А. Основы здоровьесбережения. Как сохранить и укрепить здоровье: монография /Э.А.Шарипова; под ред. П.Е.Поверенновой. – Самара: ООО «Офорт», 2009. - 152 с.

236. Шерман, Р., Фредман, Н. Структурированные техники семейной терапии: Руководство /Р.Шерман, Н.Фредман. - М., 2001, 336с.

237. Школа семейной педагогики здоровья: методическое пособие /Под общ. ред. Т.В.Лодкиной, Р.А.Касимова. – Вологда: Вологжанин, 2004. – 88 с.

238. Шувалов, А.В. Психологическое здоровье человека //Вестник ПСТГУ IV: Педагогика. Психология. - 2009. - Вып. 4 (15). - С. 87–101.

239. Шукаева, А.В. Взаимодействие семьи и школы в формировании здорового стиля жизни у детей младшего школьного возраста на основе деятельности семейного физкультурно-оздоровительного клуба: Дис. ... канд. пед. наук / Алла Викторовна Шукаева. - Смоленск, 2006. - 213с.
240. Щедрина, А.Г. Онтогенез и теория здоровья: методологические аспекты. – 2-е изд. перераб. / А.Г. Щедрина. – Новосибирск: СО РАМН; 2003. – 164 с.
241. Юдин, Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания / Б.Г. Юдин // Философия здоровья. - М.: РАН, 2001. - С.61-85.
242. Якиманская, И.С. Технология личностно-ориентированного образования / И.С. Якиманская. - М., 2000. – 176с.
243. Яловенко, М.М. Стратегия развития системы школьного образования г. Калининграда: общественно-политическая литература / М.М. Яловенко. - В кн.: Федеральные и региональные проблемы образования в условиях модернизации, конференция (2002; Калининград). Материалы конференции 10-12 апреля 2002 года. - Калининград, 2002. - Ч.: 1. - С.10-16.
244. Ярулов, А.А. Формирование культуры социальной компетентности школьников / А.А. Ярулов // Школьные технологии. - 2005. - №2. - С.97-123.
245. Ясвин, В.А. Образовательная среда от моделирования к проектированию / В.А. Ясвин. - М.: Смысл, 2001. - 366с.
246. Allenswort, D. Comprehegive schools health programs: what works / D/Allenswort. – 1993. - 235 p.
247. American College Health Association (ACHA) (2009). American College Health Association–National College Health Assessment Spring 2008 Reference Group Data Report (Abridged). Journal of American College Health, 57 (5): 477–488.
248. Anderson, C. Shool Health. – St.Louis: Mosby, 1984.
249. Armitage, C.J. & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. Psychology and Health, 15, 173–189.

250. Bankhead. CR, Brett, J, Bukach, C, Webster, P, Stewart-Brown S, Munafo M, et al. The impact of screening on future health-promoting behaviours and health beliefs: a systematic review. *Health Technol Assess* 2003;7(42) – 99 p.
251. Boreham C, Riddoch C. (2001).The physical activity, fitness and health of children. *JSports Sci*;19: 915–929.
252. Currie C et al., eds. (2012). 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 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
253. Department of Health, Department for Children, School and Families (2009). *Healthy Lives Bright Futures*. London: DH Publications.
254. Doane Hartrick, G, & Varcoe, C (2005). *Family Nursing as Relational Inquiry – Developing Health-Promoting Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
255. Harneet,A. *Health Teaching in elementary schools / A.Harneet.*-New York, 1956. – 201 p.
256. Hanson, SM, Gedaly-Duff, V & Kaakinen, JR (2005). *Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research*. (3rd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
257. Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2005). Social cognitive theory. In M. Conner & P. Norman (Eds), *Predicting Health Behaviour* (pp. 127–169). Maidenhead, UK: Open University Press.
258. Maes, S & Gebhardt, W (2000). Self-regulation and health behaviour: The health behaviour goal model. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich and M. Zeidner (Eds), *Handbook of Self-regulation* (pp. 343–368). San Diego, CA: Academic Press.
259. Patrick, H, Nicklas, TA (2005). A review of family and social determinants of children's eating patterns and diet quality. *J Am Coll Nutr*. 2005; 24 (2):83–92.

260. Rosenstok, I.M. The Health Belief Model: Explaining Health Behavior Through Expectancies / I.M. Rosenstok, K. Glans, F. Marcus // Health Behavior and Health Education: Theory Research and Practice. – San Francisco: Jossey Bass, 1990. – P. 217-231.

261. Serykh, A.B., Lifintseva, A.A. (2014). The influence of factors related to parent features on the children and adolescents psychotherapy efficacy. National Psychological Journal, 2(14), 90-96.

262. Stokols, D. (1996) Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion. American Journal of Health Promotion, 10(4):282-298.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1. Программа курса «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников».

Приложение 2. Список образовательных учреждений и сайтов образовательных учреждений при проведении количественного анализа управленческой документации на муниципальном уровне.

Приложение 3. Анкета для родителей по удовлетворенности взаимодействием с педагогами в образовательном учреждении.

Приложение 4. Анкета диагностики деятельностного компонента

Приложение 5. Анкета диагностики личностно-мотивационного компонента

Приложение 6. Анкета диагностики информационного компонента

Приложение 7. Анкета для младших школьников по изучению компетентного поведения родителей (самоотчет детей о проявлении компетентного поведения родителей).

Приложение 8. Тест на уровень субъективного контроля (Тест УСК) Дж. Роттера

Приложение 1**Программа курса «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников».**

Автор программы: Алиева М.П.

Объем программы: 36 часов

Структура рабочей программы:

1. Пояснительная записка
2. Тематический план.
3. Учебно-календарный план
4. Содержание дисциплины
5. Критерии оценки результатов.
6. Подготовка к НОД
7. Методические рекомендации
8. Список основной и дополнительной литературы
9. Информационные технологии
10. Материально-техническое обеспечение

1. Пояснительная записка

1.1.Актуальность программы:

Создание данного курса по формированию компетентности родителей в области здоровьесбережения «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников» обусловлено воздействием совокупности биологических, психологических и социальных факторов, опосредующих состояние здоровья младших школьников, что формирует потребность родителей в поддержании, сохранении здоровья детей и отсутствии необходимой компетентности для осуществления данного процесса самостоятельно. Таким образом, формируется потребность родителей в освоении компетентного формирования здоровья ребенка. С другой стороны, потребность общества в здоровом населении, реализуемая в рамках образования, обнаруживает нехватку необходимых педагогических мер по формированию родительской компетентности в области здоровьесбережения.

В таком случае формирование родительской компетентности в здоровьесберегающей сфере выступает как цель и задача образовательного учреждения.

Деятельность по формированию родительской компетентности в области здоровьесбережения в начальной школе в рамках данного курса разворачивается по трем направлениям:

- содействие в приобретении родителями знаний необходимых для компетентного поведения в области здоровьесбережения;
- содействие в приобретении родителями умений и навыков необходимых для компетентного поведения в области здоровьесбережения;
- содействие в формировании мотивационно-ценностной сферы родителей для осуществления компетентного воспитательного процесса в области здоровьесбережения;

1.2. Цель освоения программы

Целью освоения курса «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников» является формирование компетентности родителей в области здоровьесбережения в начальной школе посредством овладения родителями необходимых знаний о физической, психологической и социальной составляющих здоровьесбережения; стимулировании формирования у родителей активных действий по овладению навыками поведения, способствующими формированию здоровья ребенка.

1.3. Задачи освоения программы

Задачами освоения курса «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников» являются:

- 1) Дать представления о физической, психологической и социальной составляющей здоровой жизнедеятельности взрослого и ребенка;
- 2) Познакомить с основными феноменами и закономерностями психических явлений, связанных со здоровым образом жизни;
- 3) Овладеть навыками и умениями в формировании здоровой жизнедеятельности взрослого и ребенка, интегрирование их в процесс жизнедеятельности;
- 4) Сформировать у родителей важность здоровья и самосохранения, как основной ценности воспитательной деятельности; сформировать у родителей мотивацию к сохранению здоровья ребенка.

1.4 Место (роль) программы в образовательном процессе.

Данная программа носит интегративный и межотраслевой характер, так как затрагивает вопросы психологии здоровья, психологии развития и возрастной психологии, психологии семьи и брака, некоторых разделов социальной и общей психологии, а также валеологии. Цели и задачи

программы способствуют разностороннему воздействию педагога на родителей, не вступая в противоречия с основной деятельностью учреждения. Данная программа способствует поддержанию и созданию условий для развития физических, психологических и личностных качеств, формирование грамотной воспитательной деятельности родителей, обеспечивающих социальную успешность, сохранение и укрепление здоровья детей младшего школьного возраста.

Курс «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников» руководствуется следующими принципами:

1) Принцип субъективности. Реализация данного принципа в процессе формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения младших школьников предполагает:

- опору на активность и инициативность взрослых обучающихся;
- педагог должен служить определенным примером желаемого поведения, сам должен быть компетентным в вопросах здоровьесбережения младших школьников;
- стимулирование саморазвития и самовоспитания обучающихся.

2) Принцип деятельности. Данный принцип реализуется в том, что процесс передачи знаний должен быть построен таким образом, чтобы знания, умения и навыки не давались в готовом виде, а выступали результатом самостоятельной деятельности.

3) Принцип ориентации на гуманистическую систему ценностей. Данный принцип требует уважительного отношения к каждому человеку, а также обеспечения свободы вероисповедания и мировоззрения, выделения в качестве приоритетных задач заботы о физическом, социальном и психическом здоровье ребенка.

4) Принцип индивидуализации предполагает определение индивидуальной «траектории» формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения младших школьников с учетом

индивидуальных особенностей, способствуя, таким образом, самореализации и самораскрытию обучающихся.

5) Принцип системности обучения реализуется в согласованности между целями, содержанием, методами, средствами и формами обучения в процессе организации образовательного процесса.

6) Принцип опоры на опыт обучающегося предполагает, использование различного жизненного опыта, как условие и фактор обучения.

7) Принцип психологической комфортности. Обучение не может быть эффективным в том случае, если в системе отношений педагог- обучающиеся или среди самих обучающихся нет отношений, построенных на доверии, открытости и комфорта.

8) Принцип актуализации результатов обучения предполагает практическую направленность программы обучения, результаты которой могли бы быть применены в процессе формирования и сохранения здоровья ребенка.

1.5. Критериями эффективности работы

Критериями эффективности работы компетентности родителей в области здоровьесбережения являются личностные изменения, достигаемые посредством знаний, умений и навыков, а так же изменениями личностно-мотивационной сферы:

Знать:

- об особенностях работоспособности младшего школьника;
- о влиянии продуктов питания на организм ребенка;
- о санитарно-гигиенических нормах жизнедеятельности младшего школьника;
- о причинах возникновения, особенностях протекания и о лечении и профилактике заболеваний, типичных для младшего школьного возраста;

- о санитарно-гигиенических, эргономических требованиях к характеристикам безопасной среды жизнедеятельности младшего школьника;
 - об индивидуальных и возрастных особенностях развития и функционирования познавательной, эмоционально-мотивационной, коммуникативной, поведенческой сфер младшего школьника;
 - об индивидуально-личностных особенностях (темперамент, характер, способности) младшего школьника и их влиянии на поведение и здоровье;
 - о ролях и функциях значимых взрослых в формировании и развитии ребенка, его физическом, психологическом и социальном здоровье;
 - об особенностях коммуникации с младшим школьником, обеспечивающей психологическое здоровье;
 - о закономерностях взаимодействия младшего школьника со значимыми взрослыми и влияние их на здоровье;
 - об индивидуальных и возрастных особенностях младшего школьника при осуществлении учебной деятельности;
 - о закономерностях взаимодействия субъектов учебной деятельности;
- Уметь:
- планировать и организовывать режим дня младшего школьника в условиях учебной деятельности и каникулярных периодов
 - выбрать оптимальный набор продуктов питания (полезных для здоровья);
 - организовать и следить за выполнением ребенком санитарно-гигиенических операций (мытьё рук и пр.)
 - организовать профилактические мероприятия в периоды эпидемий
 - различать болезненные состояния младшего школьника;
 - организовать безопасную среду жизнедеятельности младшего школьника;

- эффективно использовать индивидуальные особенности ребенка в целях здоровьесбережения ;
- организовать эффективное общение (коммуникацию) родителя и ребенка для реализации технологий здоровьесбережения с учетом его индивидуально-психологических особенностей;
- обеспечить условия эффективного осуществления учебной деятельности с учетом индивидуальных и возрастных особенностей младшего школьного возраста;
- организовать эффективное общение «педагог-родитель-ребенок» для реализации технологий здоровьесбережения с учетом индивидуально-психологических особенностей ребенка;

Развить:

- Ценность физического здоровья ребенка и мотивацию к его самосохранительному поведению;
- Мотивацию обеспечения эффективного режима деятельности и отдыха ребенка; организации здорового питания;
- Потребность в знаниях и умениях оказания первой медицинской помощи
- Мотивацию формирования здоровой, эргономичной и безопасной среды жизнедеятельности;
- Ценность индивидуальных и личностных характеристик младшего школьника для родителя;

1.6. Требования к уровню освоения содержания программы

Для успешного освоения программы формирования родительской компетентности в области здоровьесбережения педагог должен:

1. Учитывать индивидуальные характеристики обучающихся (пол, возраст, социальный статус, профессиональную направленность,

возможность индивидуального обучения) для создания эффективного общения и реализации целей программы;

2. Ориентироваться на решение поставленных задач с получением максимального результата, при минимуме затрачиваемых ресурсов (временных, финансовых, организационных);

3. Использовать современные научные и технические средства трансляции, передачи информации, оптимизации и эффективности самостоятельной работы родителей.

2. Тематический план.

Тематический план учебного курса «Компетентность родителя в здоровьесбережении младших школьников»

Темы	Количество часов			
	Всего	Теор. занятия	Практ. занятия	Самост. работа
Введение в курс. Здоровьесбережение как базовое понятие.	4	2	0	2
Физическое здоровье и гармония личности.	8	2	4	2
Психическое здоровье. Психологическое здоровье.	11	2	6	3
Социальное здоровье. Аспекты социального здоровья.	9	2	4	3
Образ жизни.	4	0	2	2
Всего	36	8	16	12

3. Содержание дисциплины

3.1. Содержание основных лекционных тем курса:

Лекция-презентация 1. (90мин)

Тема: Введение в курс. Здоровьесбережение как базовое понятие.

Вводная часть курса. Ознакомление с основными понятиями: здоровье, самосохранение, здоровый образ жизни. Обсуждение роли родителя в формировании здоровья ребенка.

Лекция-презентация 2. (90 мин)

Тема: Физическое здоровье и гармония личности.

Понятие физического здоровья. Особенности работоспособности детского организма. Нормы активности сна и отдыха, правильного питания, санитарно-гигиенические нормы. Санитарно-гигиенические, эргономические требования к организации безопасной среды жизнедеятельности ребенка.

Профилактические меры в здоровье детей. Роль медицинского вмешательства. Механизм первой помощи при лечении наиболее распространенных детских заболеваний.

Лекция-презентация 3. (90 мин)

Тема: Психическое здоровье. Психологическое здоровье.

Понятие психологического здоровья ребенка, его особенности и критерии. Критерии нормального развития познавательной, эмоционально-мотивационной, коммуникативной и поведенческой сфер ребенка. Способы и механизмы формирования психологически здорового ребенка. Понятия индивидуально-личностных особенностей (темперамент, характер, способности) ребенка и их роль в здоровьесбережении.

Роль взрослых в формировании у ребенка здоровья и потребности в его сохранении.

Лекция-презентация 4. (90мин)

Тема: Социальное здоровье. Аспекты социального здоровья.

Особенности школьного возраста. Влияние школы на ребенка и его здоровье. Основные проблемы школьника в социальной жизни и пути их решения.

3.2. Тематика практических занятий.

Тренинг 1. Физическое здоровье и гармония личности (180 мин)

Цель тренинга: Формирование умений и навыков физического здоровья младших школьников.

Задачи:

- 1) организация здорового режим дня;
- 2) организация здорового питания;
- 3) формирование навыков у ребенка самостоятельного контроля санитарно-гигиенических операций (мытьё рук и пр.);
- 3) формирование у родителей навыков проведения профилактических мероприятий в периоды эпидемий;
- 4) формирование умений различать болезненные состояния и оказывать медицинскую помощь в домашних условиях.

Упражнения, направленные на приветствие и знакомство. (10 мин)

Вводная часть. Родителям рассказывается о целях занятия (3-5 мин)

Упражнения направленные на уточнение понятий «здоровье» «физическое здоровье», «режим дня», «активность» («Ассоциации» «Режим дня») (20 мин)

Упражнения направленные на приобретение конкретных навыков заботы о правильной осанке, охране зрения, профилактике детской заболеваемости и укрепления здоровья младшего школьника в период эпидемий, правильном питании, правилах поведения при обращении в медицинское учреждение («Формирование правильной осанки», «Профилактика детской близорукости», «Помогите ребенку укрепить

здоровье», «Ваш ребенок часто болеет ОРВИ...Как быть?», «Как идти с ребенком на прием к врачу», «Питание ребенка - школьника» (145 мин)

Упражнения заключительной части. «Подведение итогов», «Рефлексия». (10 мин)

Тренинг 2. Психическое здоровье. Психологическое здоровье. (240 мин)

Цель тренинга: формирование ценности психологического здоровья ребенка для родителя.

Задачи:

- 1) формирование мотивации самосохранительного поведения
- 2) научение навыкам компетентного общения с ребенком;
- 3) формирование ценности индивидуальных и личностных характеристик ребенка для родителя;
- 4) формирование ценности родительства.

Упражнения, направленные на приветствие участников и введение в тему тренинга. (10-15 мин)

Упражнения направленные на уточнение понятий «психологическое здоровье», «психическое здоровье», «самосохранение» («Ассоциации», «Что такое «самосохранение»?», «Проблемная ситуация») (60 мин)

Проведение упражнений, направленных на обучение навыкам компетентной коммуникации с ребенком. (60 мин)

Упражнения, направленные на формирование ценности родительства (50 мин.)

Упражнения заключительной части. «Подведение итогов», «Рефлексия». (10 мин)

Тренинг 3. Социальное здоровье. Аспекты социального здоровья. (120 мин.)

Цель тренинга: формирование умений и навыков обеспечивающих социальное здоровье младшего школьника.

Задачи:

- 1) формирование умений организовать эффективное общение «педагог-родитель-ребенок» для реализации технологий здоровьесбережения;
- 2) формирование умений у родителя поддерживать мотивацию к учебной деятельности;
- 3) формирование умений родителей по улучшению адаптации ребенка к условиям учебной деятельности.

Упражнения, направленные на приветствие участников и введение в тему тренинга. (10-15 мин)

Упражнения направленные на уточнение понятий «социальное здоровье». («Ассоциации», «Наши общие задачи», «Проблемная ситуация») (90 мин)

Упражнения направленные на развитие навыков бесконфликтного общения и асертивного поведения во взаимодействии родителей и педагогов. («Ассертивность», «Домашнее задание») (45-60 мин)

Упражнения заключительной части. «Подведение итогов», «Рефлексия». (20 мин)

Семинар. Образ жизни. (90 мин)

Обсуждение механизмов интегрирования полученных знаний и умений в жизнедеятельность детей и родителей.

4.3. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа осуществляется родителями с целью закрепления материала, а так же восполнения недостатка информации, которая не была в полной мере предоставлена на лекционных и практических занятиях.

В самостоятельную работу могут входить:

- 1) изучение дополнительной литературы;
- 2) ознакомление с дополнительными материалами (схемы, презентации, аудио и видеофайлами);
- 3) выполнение домашних заданий на закрепление освоенных знаний и навыков;
- 4) заполнение диагностических тестов с целью мониторинга компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников.

5. Критерии оценки результатов.

Эффективность проводимой работы оценивается педагогом в формах промежуточного и итогового контроля с помощью анкетирования родителей и детей и основывается на трехкомпонентной структуре компетентности родителей (информационной, деятельностной, личностно-мотивационной) направленной на формирование физического, психологического и социального здоровья.

Критерии сформированности компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников:

- 1) формирование информационного компонента компетентности родителей (Знания физических, психологических и социальных аспектах здоровьесбережения);
- 2) формирование деятельностного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения (Умения, навыки осуществления здоровьесберегающей деятельности);
- 3) формирование личностно-мотивационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения (Ценность для родителя здоровья ребенка и мотивация к его формированию и сохранению).

6. Подготовка к НОД

Подготовка к непосредственной образовательной деятельности осуществляется педагогом посредством:

1) Подбора и анализа литературы в соответствии с целями и задачами программы. Подбор дополнительной литературы в соответствии с темами, указанными в программе.

2) Привлечение экспертов-консультантов (если необходимо) для проведения занятий, которые подразумевают использование профессиональных узконаправленных знаний в области физической подготовки, психологической подготовки или медицинских знаний (работник физической культуры, медицинский работник, психолог).

Помимо названной общей подготовки к НОД, необходимо упомянуть о частной, в случае групповых занятий. Она включает в себя: проветривание помещения, подготовка необходимых во время занятия материалов, подготовка места занятия, подбор аудио- видеоматериалов и средств ТСО.

7. Методические рекомендации

7.1. Рекомендации для педагога по работе с литературой

Изучение литературы представляет собой первый этап работы над темой. Он необходим для создания теоретической базы дальнейшего исследования.

При поиске и подборе литературы рекомендуется пользоваться систематическим каталогом, имеющимся в библиотеке, а также справочно-библиографическим отделом. Обратите также внимание на рекомендательные списки литературы, имеющиеся в конце подобранных Вами книг и статей. Среди перечисленных в них работ Вы можете дополнительно найти литературные источники по изучаемой теме. Так же вы можете в беседе с преподавателем обсудить перечень литературы.

После подбора литературных источников наступает второй этап работы с литературой – предварительное ознакомление.

Третий этап – более глубокое их изучение на основе повторного чтения. Не следует смущаться, если книга, глава или параграф по прочтении не будут поняты сразу. Возвращаясь к ним впоследствии, когда интерес пробудится, Вы можете добиться большего или полного понимания.

Углубленное знакомство с литературными источниками позволяет критически отнестись к имеющимся в них сведениям, провести их сравнительный анализ, сопоставить их с данными, известными Вам из ранее изученных материалов и собственных наблюдений, попытаться определить свою точку зрения на поставленные проблемы.

Четвертый этап работы с литературой – выполнение необходимых записей, которые могут быть в форме конспекта, тезисов, цитат и т.д. В виде конспектов, тезисов и цитат записываются наиболее важные положения, определения, выводы, рекомендации, интересные примеры, фактический материал, содержащиеся в литературных источниках.

При конспектировании следует очень внимательно относиться к формулировкам, к подбору слов и выражений. Цитаты берутся в кавычки и сопровождаются ссылками на источник. Ссылка оформляется следующим образом: после цитаты ставится в квадратных скобках номер источника, под которым он стоит в списке литературы и страница, откуда берется цитата.

7.2. Методические рекомендации для преподавателей.

Информация, полученная в ходе лекций, должна обладать следующими основными свойствами: достоверностью, актуальностью, полнотой, релевантностью, сопоставимостью, доступностью для восприятия и экономичностью.

Достоверность — информация должна правдиво, без искажений, отражать состояние исследуемого объекта или процесса.

Актуальность — это степень своевременности информации по отношению к решаемой проблеме. Неактуальная, устаревшая информация бесполезна, поэтому разрыв времени между моментами получения

информации и ее использования должен быть минимальным. Сроки обновления информации определяются скоростью протекания экономических, хозяйственных и производственных процессов, важностью и срочностью решаемых задач.

Полнота — содержание информации должно обеспечивать как необходимые, так и достаточные условия для принятия решения.

Релевантность означает, что предлагаемая информация соответствует решаемой проблеме, то есть сведения относятся именно к исследуемому объекту, процессу или явлению.

Сопоставимость - это возможность сравнения данных за счет единства предмета исследования, круга включенных показателей, методологии проведения исследования и методик измерения характеристик.

Доступность для восприятия информации пользователем означает, что информация должна быть доступна для восприятия и понимания адресатом, и представлена на удобном для него носителе.

Экономичность означает, что затраты на получение и переработку информации не должны превышать получаемый от ее использования результат, в особенности для чтения лекций для взрослой аудитории, ориентированной на получение конкретных фактов и знаний.

8. Список основной и дополнительной литературы

1. Баранов, А.В. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России /А.В.Баранов, В.Р.Кучма, В.А.Тутельян, Б.Т.Величковский. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2009. - 176 с.

2. Баранов, А.В. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактике и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: Руководство для врачей /А.В. Баранов, Л.М.Кучма - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. – 432 с.

3. Баранов, А.В. Табакокурение детей и подростков. Гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения /А.В.Баранов, В.Р.Кучма, И.В.Звездина. – М.: Литтерра, 2007. – 216 с.
4. Бендина, О.А. Социокультурные факторы трансляции знаний о сохранении здоровья: на примере потребления медицинских услуг в Саратове //Вестник СГТУ, 2008.
5. Валеология. Учение о здоровье, болезни и выздоровлении. В 3-х томах.- М.: АСТ, 2001. - 421 с.
6. Васильева, ОС, Филатов, Ф.Р. Никифоров, Г.С. Психология здоровья: учебное пособие. - СПб.: Речь, 2007. - 256 с.
7. Вачков И.В. Психология тренинговой работы: Содержательные, организационные и методические аспекты ведения тренинговых групп /И.В.Вачков. – М.: ЭКСМО, 2007. – 416 с.
8. Венгер, А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М., 2005. - 244 с.
9. Гамезо, М.В Курс общей, возрастной и педагогической психологии. – М., 1992. - 387с.
10. Глоссарий терминов по укреплению здоровья / ВОЗ, 1998 // http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf
11. Гусева, Н.А. Тренинг предупреждения вредных привычек у детей /Н.А.Гусева, под науч. ред. Л.М.Шипицыной. – СПб.: Речь, 2005. - 256 с.
12. Гущина, Т.Н. Игровые технологии по формированию социальных навыков у подростков /Т.Н.Гущина. – М.: АРКТИ, 2008. – 120 с.
13. Дорошкевич, М.П., Нашкевич, М.А., Муравьева, Д.М. и др. Основы валеологии и школьной гигиены: Учебное пособие для вузов. – м., 2003. - 238 с.
14. Дубровина, И.В. «Практическая психология образования. 4-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Питер, 2004. - 592 с.
15. Дыхан, Л. Б., Кукушин, В. С., Трушкин, А. Г. Педагогическая валеология. М., 2005. - 527 с.

16. Евтихов, О.В. Практика психологического тренинга, - СПб.: Изд. «Речь», 2007. – 256 с.
17. Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д. Тренинг по сказкотерапии. – М.: «Речь», 2006. - 176 с.
18. Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д. Путь к волшебству. Теория и практика сказкотерапии. – СПб.: «Златоуст», 1998. - 352 с.
19. Карстер, Д.Е. Что такое психическое здоровье? Д.Е. Карстер //Здоровье мира. 1993. № 3. – С. 8-18.
20. Кузьмина, Р.И., Капидинова, С.Б. Психолого-диагностическая практика в школе: Учебное пособие для студентов /Под ред. Р.И.Кузьминой - Симферополь, 2008.
21. Кулагина, И.Ю., Коломинский, В.Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. Учебное пособие для студ. высших учеб. заведений. 2-е изд. – М.: ТЦ Сфера, 2008. – 464 с.
22. Кулик, Г.И. Школа здорового человека. Программа для ДОУ /Г.И.Кулик, Н.Н.Сергиенко. – М.: ТЦ Сфера, 2010. – 112 с.
23. Марковская, И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. – СПб.: «Речь», 2000. – 150 с.
24. Моница, Г.Б., Лютова-Робертс, Е.К. Коммуникативный тренинг (педагоги, психологи, родители). - СПб.: «Речь», 2007. - 224 с.
25. Обухова, Л.Ф. Возрастная психология. – М.: Роспедагенство, 2006. - 374 с.
26. Петленко, В.П., Давиденко, Д.Н. Этюды валеологии: Здоровье как человеческая ценность. - СПб., 2008. – 124с.
27. Психология здоровья. Учебник для вузов /Под ред. Г.С.Никифорова. - СПб.: Питер, 2011. - 607 с.
28. Психологические методы обретения здоровья: Хрестоматия - /Сост. К.В. Сельченко. - Мн.: Харвест, АСТ, 2006. – 720с.

29. Суркова, Е.Г. Проективные методы диагностики: Психологическое консультирование детей и подростков: учеб. пособие. – М.: Аспект- Пресс, 2008. - 7 с.

30. Фопель, К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: Практическое пособие: Пер. с нем.: В 4-х томах. – М.: Генезис, 1998.

31. Фромм, Э. Здоровое общество // Мужчина и женщина. - М., 2008.

32. Хухлаева, О.В. Лесенка радости. Коррекция негативных личностных отклонений в дошкольном и младшем школьном возрасте. Методическое пособие для психологов детского сада и начальной школы. – М.: «Совершенство», 1998. – 80 с.

33. Черняева, С.А. Психотерапевтические сказки и игры. – М.: «Речь», «Сфера», 2011. - 176 с.

34. Шевандрин, Н.И. Социальная психология в образовании. – М.: ВЛАДОС, 2005. - 544с.

9. Информационные технологии

Средства обучения		Используемые электронные материалы
видеоролики	презентации	
3		Использование видеороликов на темы физического, психологического и социального здоровья
	5	Использование презентаций для проведения занятий на темы физического, психологического и социального здоровья

10. Материально-техническое обеспечение

10.1. Специализированные учебные помещения и участки

Таблица 7

№ п/п	Наименование и принадлежность помещения	Площадь (кв.м.)	Количество мест
1.	Групповая комната (класс) для проведения лекционных занятий.	36	25-30
2.	Групповая комната. Проведение тренингов.	36	25-30

Приложение 2**Список образовательных учреждений и сайтов образовательных учреждений при проведении количественного анализа управленческой документации на муниципальном уровне.**

1. Школа № 1 (МОУ, СОШ) — 236000, Калининград, ул. Кропоткина, 8/10. «Система Занкова», «Школа 2100» <http://eduklgd.ru/org/mou01/mou0101/index.php>
2. Школа № 2 (МОУ, СОШ) — 236000, Калининград, ул. Гагарина, 55. «Начальная школа XXI века», «Школа 2100», «Школа России», «Гармония» <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=61>
3. Школа № 3 (МОУ, СОШ) — 236005, Калининград, Октябрьская площадь, 28-30. «Начальная школа XXI века», «Система Занкова» <http://www.eduklgd.ru/org/mou01/mou0103/>; <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=52>
4. Школа № 4 (МОУ, СОШ) — 236000, Калининград, ул. Карла Маркса, 65. «Школа 2100», «Школа России», «Система Занкова», «Классическая начальная школа» <http://www.eduklgd.ru/org/mou01/mou0104/>
5. Школа № 5 (МОУ, СОШ) — 236000, Калининград, ул. Зои Космодемьянской, 26. «Система Занкова», «Школа 2100», «Школа России» <http://www.eduklgd.ru/org/mou01/mou0105/>
6. Школа № 6 (МОУ, СОШ) — 236011, Калининград, ул. Ульяны Громовой, 1. «Школа 2100», «Школа России» «Школа 2100» <http://www.school6klgd.ucoz.ru/> <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=73>
7. Школа № 7 (МОУ, СОШ) — 236029, Калининград, ул. Горького, 66. «Начальная школа XXI века», «Гармония» <http://www.school7-klgd.ru/> <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=62>
8. Школа № 8 (МОУ, СОШ) — 236009, Калининград, ул. Герцена, 35. «Школа 2100», «Школа России» <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=63>

9. Школа № 9 (МОУ, СОШ) — 236000, Калининград, Балтийское шоссе, 110. «Школа России», «Система Занкова» «Начальная школа XXI века», «Гармония»; <http://www.eduklgd.ru/org/mou01/mou0109/>; <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=78>
10. Школа № 10 (МОУ, СОШ) — 236023, Калининград, ул. Войнич, 1. <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=85>
11. Школа № 11 (МОУ, СОШ) — 236019, Калининград, Пос. Чкаловск, ул. Мира, 1. «Школа 2100», «Школа России», «Начальная школа XXI века» <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=86>
12. Школа № 12 (МОУ, СОШ) — 236039, Калининград, ул. Богдана Хмельницкого, 115. «Система Занкова», «Школа России», «Начальная школа XXI века» <http://mouschool12.ucoz.ru/>
13. Школа № 13 (МОУ, СОШ) — 236001, Калининград, ул. Свердлова, 17. «Система Занкова», «Школа России» <http://www.school13klgd.ru/>
14. Школа № 14 (МОУ, СОШ) — 236010, Калининград, ул. Радищева, 81. «Школа России» <http://www.eduklgd.ru/org/mou01/mou0114/> <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=79>
15. Школа № 15 (МОУ, СОШ) — 236011, Калининград, ул. Держинского, 163. «Школа России»; <http://schools.dnevnik.ru/school.aspx?school=15203&view=papers>
16. Школа № 16 (МОУ, СОШ) — 236039, Калининград, ул. Багратиона, 107а. «Школа России», «Начальная школа XXI века» <http://maou16klgd.ucoz.ru/>
17. Школа № 18 (МОУ, СОШ) — 236022, Калининград, ул. Комсомольская, 4. «Система Эльконина_Давыдова» <http://www.moulic18.ru/> <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=94>
18. Школа № 19 (МОУ, СОШ) — 236010, Калининград, ул. Менделеева, 11. «Школа России», «Школа 2100», «Начальная школа XXI века» <http://www.smou19.narod.ru/> <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=80>

19. Школа № 21 (МОУ, СОШ) — 236010, Калининград, ул. Бассейная, 40. «Школа 2100», «Начальная школа XXI века» <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=81> <http://www.scool21.kanet.ru>
20. Школа № 22 (МОУ, СОШ) — 236000, Калининград, ул. Новый вал, 23. «Школа России», «Гармония» <http://www.gimnazia22.ru/>
21. Школа № 23 (МОУ, СОШ) — 236000, Калининград, ул. Вагнера, 51. «Школа 2100», «Начальная школа XXI века» <http://moulic23.ucoz.ru/>
22. Школа № 24 (МОУ, СОШ) — 236016, Калининград, ул. Пионерская, 9. «Начальная школа XXI века», «Школа России» <http://xn--24-8kc3bfr2e.xn--p1ai/>
23. Школа № 25 (МОУ, СОШ) — 236016, Калининград, ул. Фрунзе, 46. «Школа России», «Школа 2100», «Начальная школа XXI века» (С углубленным изучением отдельных предметов) <http://www.eduklgd.ru/org/mou01/mou0125/index.php>; <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=66>
24. Школа № 26 (МОУ, СОШ) — 236034, Калининград, ул. Емельянова, 156. «Система Занкова», «Школа России», «Школа 2100» <http://www.eduklgd.ru/org/mou01/mou0126/http://shkola26kld.ru/>
25. Школа № 27 (МОУ, СОШ) — 236011, Калининград, ул. Дрожжевая, 1. «Начальная школа XXI века», «Школа России» http://school.baltinform.ru/p.school_info.php?id=60
26. Школа № 28 (МОУ, СОШ) — 236039, Калининград, ул. Суворова, 37. «Система Элькониной_Давыдова», «Школа России», «Школа 2100» <http://28shkola.ru/>
27. Школа № 29 (МОУ, СОШ) — 236011, Калининград, ул. Машиностроительная, 66. «Школа России», «Система Занкова», «Гармония», «Школа 2100» <http://www.mou29-klgd.narod.ru/>
28. Школа № 30 (МОУ, СОШ) — 236029, Калининград, ул. Зеленая, 45. «Школа России», «Начальная школа XXI века» <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=67>

29. Школа № 31 (МОУ, СОШ) — 236040, Калининград, ул. Пролетарская, 66а. «Школа России», «Начальная школа XXI века», «Гармония»
<http://shkola31-klgd.ru/>
30. Школа № 33 (МОУ, СОШ) — 236016, Калининград, ул. Куйбышева, 15. «Гармония», «Начальная школа XXI века», «Школа России»
<http://maou33.ru/>
31. Школа № 38 (МОУ, СОШ) — 236029, Калининград, ул. Зеленая, 18а. «Начальная школа XXI века», «Гармония» <http://www.school38.org/>
<http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=98>
32. Школа № 43 (МОУ, СОШ) — 236000, Калининград, Советский проспект, 48. «Школа России», «Начальная школа XXI века»
<http://www.eduklgd.ru/org/mou01/mou0143/>; <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=89>
33. Школа № 44 (МОУ, СОШ) — 236029, Калининград, ул. Молодежная, «Школа 2100», «Школа России» <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=70>
34. Школа № 45 (МОУ, СОШ) — 236011, Калининград, ул. Лилии Ивановиной, 9. «Начальная школа XXI века», «Школа России»
<http://www.smou19.narod.ru/>
35. Школа № 46 (МОУ, СОШ) — 236000, Калининград, ул. Летняя, 48. «Школа России», «Начальная школа XXI века», «Школа 2100», «Система Занкова» (С углубленным изучением отдельных предметов)
<http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=58>
36. Школа № 47 (МОУ, СОШ) — 236000, Калининград, ул. сержанта Колоскова, 10. «Школа 2100» <http://www.school47klgd.ru/>
<http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=82>
37. Школа № 48 (МОУ, СОШ) — 236901, Калининград, пос. Прибрежный, ул. Заводская, 27б. «Школа 2100», «Начальная школа XXI века» <http://www.eduklgd.ru/org/mou01/mou0148/>; <http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=59>

38. Школа № 50 (МОУ, СОШ) — 236023, Калининград, Каштановая аллея, 147. «Школа 2100», «Школа России», «Начальная школа XXI века», «Система Занкова» <http://www.eduklkd.ru/org/mou01/mou0150/index.php>
<http://school.baltinform.ru/p.school.php?id=90>
39. Школа № 53 (МОУ, НОШ) — 236013, Калининград, пос. Александра Космодемьянского, ул. Лужская, 53. «Школа России», «Начальная школа XXI век» <http://www.eduklkd.ru/org/mou01/mou0153/index.php>
http://school.baltinform.ru/p.school_info.php?id=260
40. Школа №56 -236044, Калининград, ул. Николая Карамзина, 6
<http://www.school56klkd.ru/>

Приложение 3

Анкета для родителей по удовлетворенности взаимодействием с педагогами в образовательном учреждении.

Бланк анкеты для родителей по удовлетворенности взаимодействием с педагогами в образовательном учреждении.

Здравствуйте, уважаемые родители!

Примите участие в анкетировании. Внимательно прочитайте каждое утверждение и выберите наиболее приемлемый для Вас ответ. Опрос проводится анонимно, результаты будут обрабатываться только в общем виде, поэтому просим Вас отвечать как можно более честно.

1) В какой форме осуществляется ваше взаимодействие с педагогами?

1. социально-культурная деятельность
2. социально- педагогическая деятельность (участие в родительских собраниях)
3. просветительская деятельность (посещение лекций, семинаров)
4. консультационная деятельность (обращение с индивидуальным вопросом к педагогу)
5. контроль за успеваемостью ребенка

2) Какие дополнительные формы сотрудничества Вы хотели бы видеть в данном учреждении?

3) Как часто вы общаетесь с педагогами?

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. Пришел впервые. | 5. Не реже 1 раза в неделю. |
| 2. Не чаще 1-2 раз в год. | 5. Несколько раз в неделю. |
| 3. Не чаще 1 раза в месяц. | 6. Когда как, по мере необходимости. |
| 4. 2-3 раза в месяц. | 88. Затрудняюсь ответить. |

4) Соответствует ли, по-Вашему объем сотрудничества педагогов и родителей данного учреждения вашим нуждам?

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. определенно да. | 3. скорее нет, чем да. |
| 2. скорее да, чем нет. | 4. определенно нет. |
| 88. затрудняюсь ответить. | |

5) Оцените, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены работой с родителями по сферам: от -2 до +2 , -2 – абсолютно не удовлетворен, -1 – скорее не уд-н, 0 – ни то, ни другое / затр. ответить, +1 – скорее удов-н, +2 - полностью уд-н

Индивидуальные беседы	-2	-1	0	+1	+2
Родительские собрания	-2	-1	0	+1	+2
Праздники, дни открытых дверей	-2	-1	0	+1	+2
Субботники	-2	-1	0	+1	+2
Походы (театр, музей, природу и пр.) с участием родителей и учеников	-2	-1	0	+1	+2

Конференции для родителей	-2	-1	0	+1	+2
Конференции, олимпиады	-2	-1	0	+1	+2
Психологические консультации/тренинги	-2	-1	0	+1	+2
Педагогические лекции, семинары	-2	-1	0	+1	+2
Отчетная работа (написание отчетов по четвертям, годовых по ряду вопросов)	-2	-1	0	+1	+2

6) Что Вам особенно нравится во взаимодействии с педагогами?

7) Что Вам особенно не нравится во взаимодействии с педагогами (родителями) ?

8) В целом, можете ли Вы сказать, что получаете в этом учреждении услуги приемлемого качества?

1. определенно да. 3. скорее нет, чем да. 88. затрудняюсь
2. скорее да, чем нет. 4. определенно нет. ответить.

Сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе

Пол 1. Мужской. 2. Женский.

Сколько Вам лет?

Спасибо!

Приложение 4

Анкета «Диагностики деятельностного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников».

Составленный автором опросник представляет собой набор суждений, оцениваемых по ряду биполярных градуированных пятибалльных оценочных шкал (от -5 до 5). Для исследования деятельностного компонента как проявления умений, навыков осуществления здоровьесберегающей деятельности.

Выделено 9 блоков в соответствии с матрицей родительской компетентности в области здоровьесбережения (см. Таблица 1), составляющими деятельностный компонент.

Обработка результатов проводится как в целом, так и по отдельным блокам. Обработка осуществляется путем суммирования полученных данных по каждому вопросу (приписанных респондентом каждому из суждений). Полученное число делится на число суждений по шкале или по всем шкалам в целом.

Полученные результаты могут варьировать в диапазоне от -5 до 5. В таком случае «0» является значением, определяющим границу между наличием конкретного умения и навыка и его отсутствием, а так же градацией его наличия. Отрицательные результаты указывают на отсутствие навыка. Помимо этого подобная шкала может выделить интервалы, позволяющие судить о степени наличия или отсутствия умения. Так от 0 до 1,5- низкий уровень, от 1,6 до 2,5 – средний уровень и от 2,6 до 5 - высокий уровень.

1) Умение в планировании и организации режима дня

1.	Я слежу за тем, чтобы сон моего ребенка длился в соответствии с его возрастными нормами (10-11 часов)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
2.	Я регулярно устраиваю прогулки с ребенком на свежем	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3

	воздухе	4 5
3.	Я организую время ребенка так, чтобы у него всегда оставалось время для прогулок	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
4.	Мой ребенок обязательно отдыхает после занятий в школе и перед сном на свежем воздухе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
5.	Когда мой ребенок проводит долгое время за каким-то занятием, я приучаю его время от времени делать перерыв	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
6.	Я контролирую, что мой ребенок делает гимнастику/зарядку/разминает тело	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
7.	Во время каникул слежу за тем, чтобы ребенок провел время с пользой для здоровья	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
8.	Рационально подхожу к режиму дня ребенка во время каникул	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
9.	Организую рабочее место ребенка так, чтобы оно прежде всего не вредило его здоровью	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
10.	Не разрешаю ребенку читать лежа (книга, планшет)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
11.	При планировании пространства в комнате ребенка отталкиваюсь от дизайна и красоты	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
12.	В нашей квартире только экологически чистые материалы (мебель, полы, текстиль и пр.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
13.	Если ребенку нечем себя занять, я включаю ему кино (мультфильм, компьютерную игру)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

2) Умение в планировании и организации питания

14.	Я слежу, чтобы мой ребенок питался не менее 3-х раз в день	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
15.	Я самостоятельно составляю план обедов в школьной столовой	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
16.	Я запрещаю ребенку «перекусывать» булочками, конфетами, бутербродами	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
17.	Слежу, чтобы в ежедневный рацион моего ребенка входили супы	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
18.	Разрешаю иногда ребенку посещать фаст-фуд кафе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
19.	Не вижу ничего опасного иногда покупать ребенку закуску (чипсы, сухарики, пакеты лапши)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
20.	Слежу за тем, чтобы регулярно ребенком употреблялись фрукты и овощи	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
21.	Не ограничиваю ребенка в еде	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
22.	Всегда слежу, чтобы в доме было сладкое	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
23.	Не позволяю ребенку есть после 9 вечера	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
24.	Во время еды позволяю ребенку смотреть телевизор или читать	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
25.	Стараюсь организовать разнообразный рацион для	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3

	ребенка	4 5
26.	Учу ребенка, что при голоде нужно обязательно что-то съесть, нельзя терпеть	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
27.	Готовлю отдельно для ребенка, с учетом требований его организма	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

3) Организация выполнения ребенком санитарно-гигиенических операций

28.	Я слежу за тем, чтобы мой ребенок регулярно чистил зубы	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
29.	Я слежу за тем, чтобы перед приемом пищи ребенок мыл руки	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
30.	Я учу ребенка, что мыть руки нужно дважды	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
31.	Для меня важно привить ребенку знания ухода за своим телом	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
32.	После еды, если есть возможность, прошу ребенка чистить зубы	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
33.	Слежу за тем, чтобы перед сном комната ребенка была проветрена	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
34.	Приучаю ребенка принимать душ ежедневно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
35.	При выборе одежды для ребенка меньше всего думаю о погоде	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
36.	Слежу, чтобы ребенок всегда имел с собой носовой платок (бумажные салфетки)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
37.	Я учу ребенка, что он не должен терпеть, если хочет в туалет	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
38.	Я контролирую, чтобы ребенок всегда мыл руки после использования туалетной комнаты	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
39.	Я учу ребенка прикрывать рот при чихании	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
40.	Регулярно вожу ребенка к стоматологу	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

4) Умение организации профилактических мероприятий

41.	Учу ребенка как можно меньше контактировать с больными людьми	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
42.	Регулярно осуществляю вакцинацию ребенка в период эпидемий	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
43.	Слежу за тем, чтобы ребенок закалялся	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
44.	По утрам у нас принято делать зарядку	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
45.	Мне не хватает времени, чтобы следить за тем закаляется ли ребенок или нет	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
46.	Я стараюсь организовать жизнь ребенка таким образом, чтобы не допустить заболеваний, чем лечить	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

47.	Профилактической работой занимаются другие (родственники, школа, секции)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
48.	Мой ребенок регулярно пьет витамины	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
49.	Учу ребенка ответственно относиться к здоровью и не допускать болезни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
50.	Стараюсь спланировать летний отдых ребёнка так, чтобы он был как можно более здоровым	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

5) Умение различать болезненные состояния ребенка

51.	Я спрашиваю своего ребенка о его самочувствии	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
52.	Для меня всегда очевидно, если ребенок заболевает	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
53.	Я определяю болезненные состояния ребенка по изменению его активности	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
54.	Когда я сомневаюсь, здоров ли мой ребенок, я более внимательно слежу за его поведением	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
55.	Я учу ребенка сообщать о своих недомоганиях	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
56.	Я регулярно совершаю простые медицинские процедуры, чтобы удостовериться, что ребенок здоров (мерею температуру, давление и пр.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
57.	Я начинаю беспокоиться, не заболел ли ребенок, если он ведет себя чересчур активно/пассивно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
58.	Я не умею самостоятельно различать, здоров ли мой ребенок	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

6) Умение организовать процесс оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных детских заболеваний

59.	Я не умею самостоятельно различать, здоров ли мой ребенок	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
60.	Я умею измерять давление	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
61.	Я умею пользоваться градусником	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
62.	В случае пореза, я умею обработать рану	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
63.	В случае недомогания ребенка, я стараюсь обеспечить ему покой (постельный режим)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
64.	Я сразу вызываю медицинского работника	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
65.	Предпочитаю доверять «инстинкту», лечить ребенка самостоятельно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
66.	Я жду «до последнего» прежде чем вызвать врача	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
67.	Даже если симптомы мне понятны, а болезнь известна,	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3

	предпочитаю обращаться к врачу	4 5
68.	Только я знаю как правильно лечить своего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
69.	Если болезнь не опасная, то незачем прибегать к услугам врачей	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
70.	Если мой ребенок простужен или болеет, я стараюсь давать ему как можно больше жидкости	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

7) Умение организации безопасной среды жизнедеятельности

71.	Я стремлюсь обеспечить ребенку безопасность в доме	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
72.	Не покупаю игрушки или иные товары не сертифицированные	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
73.	Я прилагаю усилия, чтобы в доме средства (химические, медицинские) в недоступном месте	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
74.	Проветриваю детское помещение регулярно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
75.	Слежу за тем, чтобы температура в дома была комфортной	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
76.	Я стремлюсь к тому, чтобы мебель и одежда была экологически чистой	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
77.	Я стремлюсь обеспечить в доме такую среду, чтобы ребенок не смог навредить себе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
78.	Я умею дезинфицировать помещение	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
79.	Я стремлюсь контролировать доступ ребенка к технике (компьютеру, планшету, телефону и пр.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

8) Умение эффективно использовать индивидуальные особенности ребенка в целях здоровьесбережения

80.	Я создаю установку у моего ребенка на занятие физической культурой	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
81.	Я мотивирую ребенка на активный отдых	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
82.	Приучаю не сидеть долго за компьютером	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
83.	Организую досуг ребенка в зависимости от его способностей и увлечений	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
84.	Владею способами приобщения ребенка к здоровому образу жизни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
85.	Владею способами грамотного решения споров или конфликтных ситуаций	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
86.	Владею способами направлять активность ребенка в «полезное русло»	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
87.	Владею способами перенаправлять агрессию ребенка в «полезное русло»	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

9) Обеспечение условий эффективного осуществления учебной деятельности

88.	Умею эффективно организовать распорядок дня ребенка, с учетом его потребностей и особенностей	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
89.	Умею поддержать увлечения ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
90.	Владею способами оказания помощи ребенку в учебе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
91.	Оказываю помощь ребенку в не зависимости от его просьб	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
92.	Стараюсь учить ребенка переносить знания, полученные в школе на практику	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
93.	Умею контролировать выполнение ребенком учебных заданий, без вреда его здоровью	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
94.	Расспрашиваю о событиях в школе, отношения с учителем, с одноклассниками	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
95.	Умею удовлетворять потребности в новых знаниях ребенка по средствам совместных походов (театры, музеи, праздники и пр.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
96.	Интересуюсь особенностями его школьной жизни, успехами и неудачами	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
97.	Оказываю помощь ребенку, когда он просит об этом	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
98.	Контролирую не только успеваемость ребенка, но и его взаимоотношения с окружающими	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

10) Умение организовать эффективное общение «педагог-родитель-ребенок»

99.	Своим поведением стараюсь формировать уважение к учителю	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
100.	Регулярно советуюсь с учителем относительно поведения и воспитания ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
101.	Стараюсь рассказывать педагогу как можно больше о ребенке	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
102.	Своим поведением стараюсь демонстрировать, что умение контактировать с окружающими является условием душевного благополучия	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
103.	Внимательно слушаю советы по воспитанию ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
104.	Нет ничего плохого, чтобы при ребенке обсуждать учителя	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
105.	Поощряю, когда ребенок все мне рассказывает о своих отношениях с учителем и одноклассниками	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
106.	Во время обучения, ответственность за здоровье ребенка лежит только на учителе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Бланк для испытуемого
«Диагностика деятельностного компонента компетентности родителей
в области здоровьесбережения младших школьников»

Инструкция

Внимательно прочитайте каждое утверждение и оцените степень своего согласия с ним по предложенной шкале, где «-5» - совершенно с этим не согласен, это не обо мне, «5» – полностью с этим согласен, это про меня. Опрос проводится анонимно, результаты будут обрабатываться только в общем виде, поэтому просим Вас отвечать как можно более честно.

Ник _____ Пол испытуемого _____ Возраст испытуемого _____ лет.

Я слежу за тем, чтобы сон моего ребенка длился в соответствии с его возрастными нормами (10-11 часов)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я регулярно устраиваю прогулки с ребенком на свежем воздухе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я организую время ребенка так, чтобы у него всегда оставалось время для прогулок	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Мой ребенок обязательно отдыхает после занятий в школе и перед сном на свежем воздухе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Когда мой ребенок проводит долгое время за каким-то занятием, я приучаю его время от времени делать перерыв	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я контролирую, чтобы мой ребенок делал гимнастику/зарядку	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Во время каникул слежу за тем, чтобы ребенок провел время с пользой для здоровья	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Рационально подхожу к режиму дня ребенка во время каникул	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Организую рабочее место ребенка так, чтобы оно прежде всего не вредило его здоровью	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Не разрешаю ребенку читать лежа (книга, планшет)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
При планировании пространства в комнате ребенка отталкиваюсь от дизайна и красоты	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
В нашей квартире только экологически чистые материалы (мебель, полы, текстиль и пр.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Если ребенку нечем себя занять, я включаю ему кино (мультфильм, компьютерную игру)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я слежу, чтобы мой ребенок питался не менее 3-х раз в день	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я самостоятельно составляю план обедов в школьной столовой	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я запрещаю ребенку «перекусывать» булочками, конфетами, бутербродами	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Слежу, чтобы в ежедневный рацион моего ребенка входили супы	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Разрешаю иногда ребенку посещать фаст-фуд кафе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Не вижу ничего опасного иногда покупать ребенку закуску (чипсы, сухарики и т.д.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Слежу за тем, чтобы регулярно ребенком употреблялись фрукты и овощи	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Не ограничиваю ребенка в еде	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Всегда слежу, чтобы в доме было сладкое	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Не позволяю ребенку есть после 9 вечера	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Во время еды позволяю ребенку смотреть телевизор или читать	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Стараюсь организовать разнообразный рацион для ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Учу ребенка, что при голоде нужно обязательно что-то съесть, нельзя терпеть	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Готовлю отдельно для ребенка, с учетом требований его организма	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я слежу за тем, чтобы мой ребенок регулярно чистил зубы	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я слежу за тем, чтобы перед приемом пищи ребенок мыл руки	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я учу ребенка, что мыть руки нужно дважды	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Для меня важно привить ребенку знания ухода за своим телом	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
После еды, если есть возможность, прошу ребенка чистить зубы	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Слежу за тем, чтобы перед сном комната ребенка была проветрена	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Приучаю ребенка принимать душ ежедневно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
При выборе одежды для ребенка меньше всего думаю о погоде	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Слежу, чтобы ребенок всегда имел с собой носовой платок (бумажные салфетки)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я учу ребенка, что он не должен терпеть, если хочет в туалет	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я контролирую, чтобы ребенок всегда мыл руки после использования туалетной комнаты	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я учу ребенка прикрывать рот при чихании	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Регулярно вожу ребенка к стоматологу	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Учу ребенка как можно меньше контактировать с больными людьми	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Регулярно осуществляю вакцинацию ребенка в период эпидемий	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Следую за тем, чтобы ребенок закалялся	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
По утрам у нас принято делать зарядку	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Мне не хватает времени, чтобы следить за тем, закаляется ли ребенок или нет	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я стараюсь организовать жизнь ребенка таким образом, чтобы не допустить заболеваний.	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Профилактической работой занимаются другие (родственники, школа, секции)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Мой ребенок регулярно пьет витамины	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Учу ребенка ответственно относиться к здоровью	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Стараюсь спланировать летний отдых ребёнка так, чтобы он был как можно более здоровым	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я спрашиваю своего ребенка о его самочувствии	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Для меня всегда очевидно, если ребенок заболевает	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я определяю болезненные состояния ребенка по изменению его активности	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Когда я сомневаюсь, здоров ли мой ребенок, я более внимательно слежу за его поведением	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я учу ребенка сообщать о своих недомоганиях	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я регулярно совершаю простые медицинские процедуры, чтобы удостовериться, что ребенок здоров (мерею температуру, давление и пр.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я начинаю беспокоиться, не заболел ли ребенок, если он ведет себя чересчур активно/пассивно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я не умею самостоятельно различать, здоров ли мой ребенок	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я умею измерять давление	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я умею пользоваться градусником	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
В случае пореза, я умею обработать рану	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
В случае недомогания ребенка, я стараюсь обеспечить ему покой (постельный режим)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я сразу вызываю медицинского работника	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Предпочитаю доверять «инстинкту», лечить ребенка самостоятельно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я жду «до последнего» прежде чем вызвать врача	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Даже если симптомы мне понятны, а болезнь известна, предпочитаю обращаться к врачу	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Только я знаю как правильно лечить своего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Если болезнь не опасная, то незачем прибегать к услугам врачей	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Если мой ребенок простужен или болеет, я стараюсь давать ему как можно больше жидкости	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я стремлюсь обеспечить ребенку безопасность в доме	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Не покупаю не сертифицированные игрушки или иные товары	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я прилагаю усилия, чтобы в доме средства (химические, медицинские) хранились в недоступном месте	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Проветриваю детское помещение регулярно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Слежу за тем, чтобы температура в дома была комфортной	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я стремлюсь к тому, чтобы мебель и одежда были выполнены из экологически чистых материалов	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я стремлюсь обеспечить в доме такую среду, чтобы ребенок не смог навредить себе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я умею дезинфицировать помещение	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я стремлюсь контролировать доступ ребенка к технике (компьютеру, планшету, телефону и пр.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я создаю установку у моего ребенка на занятие физической культурой	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я мотивирую ребенка на активный отдых	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Приучаю не сидеть долго за компьютером	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Организирую досуг ребенка в зависимости от его способностей и увлечений	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Владею способами приобщения ребенка к здоровому образу жизни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Владею способами грамотного решения споров или конфликтных ситуаций	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Владею способами направлять активность ребенка в «полезное русло»	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Владею способами перенаправлять агрессию ребенка в «полезное русло»	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Умею эффективно организовать распорядок дня ребенка, с учетом его потребностей и особенностей	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Умею поддержать увлечения ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Владею способами оказания помощи ребенку в учебе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Оказываю помощь ребенку в не зависимости от его просьб	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Стараюсь учить ребенка переносить знания, полученные в школе на практику	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Умею контролировать выполнение ребенком учебных заданий, без вреда его здоровью	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Распрашиваю о событиях в школе, отношения с учителем, с одноклассниками	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Умею удовлетворять потребности в новых знаниях ребенка посредством совместных походов (театры, музеи и пр.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Интересуюсь особенностями его школьной жизни, успехами и неудачами	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Оказываю помощь ребенку, когда он просит об этом	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Контролирую не только успеваемость ребенка, но и его взаимоотношения с окружающими	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Своим поведением стараюсь формировать уважение к учителю	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Регулярно советуюсь с учителем относительно поведения и воспитания ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Стараюсь рассказывать педагогу как можно больше о ребенке	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Своим поведением стараюсь демонстрировать, что умение контактировать с окружающими является условием душевного благополучия	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Внимательно слушаю советы по воспитанию ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Нет ничего плохого, чтобы при ребенке обсуждать учителя	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Поощряю, когда ребенок все мне рассказывает о своих отношениях с учителем и одноклассниками	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Во время обучения ответственность за здоровье ребенка лежит только на учителе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Приложение 5

Анкета «Диагностика личностно-мотивационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников»

Мотивы разделены на психологические основания мотивации родительской компетентности в области здоровьесбережения (связаны с внутренним «Образом-Я» родителя) и социально-психологические основания мотивации родительской компетентности в области здоровьесбережения (связаны с социально-одобряемыми нормами).

К психологическим основаниям мотивации отнесены: удовлетворение потребностей в жизненно необходимых благах (воспитание, воспроизводство опыта в ребенке), жизненного самоопределения (самовыражение, самореализация, забота).

В группу социально-психологических оснований мотивации отнесены: мотивы социального взаимодействия (общение, подражание, сопричастность, солидарность, поддержка), статусного самоутверждения (самоуверенность, самоутверждение в роли родителя), преодоление статусного и психологического дискомфорта.

Психологические основания мотивации		
1.	Хороший родитель заботиться в первую очередь о здоровье ребенка	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2.	Мои родители уделяли много внимания заботам о моем здоровье	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.	В основе хорошего воспитания лежит забота о здоровье	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4.	Мне хочется, чтобы мой ребенок перенял мое отношение к здоровью	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5.	Процесс сохранения и укрепления здоровья ребенка – это всегда творческий процесс	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6.	Если я не могу заботиться о здоровье ребенка, то я – мало что значу как родитель	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7.	Когда мой ребенок заболевает, я думаю, что скорей всего это вина обстоятельств	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8.	Родительская интуиция важнее, чем знания о способах сохранения здоровья ребенка	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9.	Считаю, что родитель больше переживает за здоровье ребенка, чем за его учебные успехи	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10.	Гораздо важнее реализоваться как хорошая мать (отец), обеспечивая здоровье и счастье ребенка, чем профессиональные успехи	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11.	Я скорее послушаю лекцию о здоровьесбережении, чем посмотрю новый фильм	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12.	Для меня крепкое здоровье ребенка, прежде всего, проявление заботы о нем	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13.	Обеспечение благополучной и здоровой жизни ребенка для меня более похоже на самовыражение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14.	Реализация моего потенциала будет не полной без родительских обязанностей	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15.	Я не считаю физическое воспитание ребенка настолько важным, чтобы постоянно обучаться в этом направлении	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Социально-психологические основания мотивации		
16.	Для меня важна оценка меня как компетентного родителя со стороны окружающих	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17.	Для меня важно выглядеть компетентным	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18.	Меня не смущает то обстоятельство, что для получения знаний о способах здоровьесбережения придется потратить время	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19.	Меня не смущает то обстоятельство, что для получения знаний о способах здоровьесбережения придется потратить деньги	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20.	В свободное от работы время я посещаю (родительские собрания) для развития своих умений, чем для контроля над ребенком	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21.	Для меня очень важно быть грамотным родителем, даже если из-за этого возникают трения с (другими).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22.	Я скорее стал бы получать знания о здоровье в группе, чем заниматься этим в одиночку .	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23.	Если здоровье моего ребенка под угрозой, я лучше обращусь за помощью к кому-нибудь, чем стану сам продолжать искать выход.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24.	Я скорее буду интересоваться здоровьесбережением по инициативе педагогов/администрации/врачей, чем когда несу за свои знания личную ответственность.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
25.	Для меня важно ощущать сопричастность с другими родителями в вопросах здоровья ребенка	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
26.	Когда мы с моей подругой (другом) собираемся пообщаться, то чаще всего говорит о детских «болячках»	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27.	Мне хочется, чтобы я был таким же успешным и грамотным родителем как звезды экрана/кино/телевидения	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28.	Это просто неприлично, когда ты не заботаешься о здоровье ребенка	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
29.	Мне приятно, что в своем возрасте я могу поделиться знаниями о здоровье со своим ребенком	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
30.	Я не могу позволить себе, чтобы мой ребенок болел, поскольку стараюсь не допускать никаких неудач как в карьере, так и в семейной жизни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Бланк для испытуемого
Инструкция

Внимательно прочитайте каждое утверждение и оцените степень своего согласия с ним по предложенной шкале, где «1» - характерно для меня в меньшей степени, «10» – полностью с этим согласен, это про меня. Опрос проводится анонимно, результаты будут обрабатываться только в общем виде, поэтому просим Вас отвечать как можно более честно.

Пол испытуемого _____ Возраст испытуемого _____ лет

1.	Хороший родитель заботится в первую очередь о здоровье ребенка	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2.	Мои родители уделяли много внимания заботам о моем здоровье	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3.	В основе хорошего воспитания лежит забота о здоровье	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4.	Мне хочется, чтобы мой ребенок перенял мое отношение к здоровью	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5.	Процесс сохранения и укрепления здоровья ребенка – это всегда творческий процесс	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6.	Если я не могу заботиться о здоровье ребенка, то я мало что значу как родитель	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7.	Когда мой ребенок болеет, я думаю, что скорей всего это вина обстоятельств	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8.	Родительская интуиция важнее, чем знания о способах сохранения здоровья ребенка	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9.	Считаю, что родитель больше переживает за здоровье ребенка, чем за его учебные успехи	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10.	Гораздо важнее реализовать себя как хорошая мать (отец), обеспечивая здоровье и счастье ребенка, чем профессиональные успехи	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11.	Я скорее послушаю лекцию о здоровьесбережении, чем посмотрю новый фильм	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12.	Для меня крепкое здоровье ребенка, прежде всего, проявление заботы о нем	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13.	Обеспечение благополучной и здоровой жизни ребенка для меня более похоже на самовыражение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14.	Реализация моего потенциала будет не полной без	1 2 3 4 5 6 7 8 9

	родительских обязанностей	10
15.	Я не считаю физическое воспитание ребенка настолько важным, чтобы постоянно обучаться в этом направлении	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16.	Для меня важна оценка меня как компетентного родителя со стороны окружающих	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17.	Для меня важно выглядеть компетентным	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18.	Меня не смущает то обстоятельство, что для получения знаний о способах здоровьесбережения придется потратить время	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19.	Меня не смущает то обстоятельство, что для получения знаний о способах здоровьесбережения придется потратить деньги	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20.	В свободное от работы время я посещаю (родительские собрания) для развития своих умений, чем для контроля над ребенком	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21.	Для меня очень важно быть грамотным родителем даже если из-за этого возникают трения с (другими).	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22.	Я скорее стал бы получать знания о здоровье в группе, чем заниматься этим в одиночку.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23.	Если здоровье моего ребенка под угрозой, я лучше обращусь за помощью к кому-нибудь, чем стану сам продолжать искать выход.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24.	Я скорее буду интересоваться здоровьесбережением по инициативе педагогов/администрации/врачей, чем когда несусь за свои знания личную ответственность.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
25.	Для меня важно ощущать сопричастность с другими родителями в вопросах здоровья ребенка	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
26.	Когда мы с моей подругой (другом) собираемся пообщаться, то чаще всего говорит о детских «болячках»	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
27.	Мне хочется, чтобы я был таким же успешным и грамотным родителем как звезды экрана/кино/телевидения	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
28.	Это просто неприлично, когда ты не заботаешься о здоровье ребенка	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
29.	Мне приятно, что в своем возрасте я могу поделиться знаниями о здоровье со своим ребенком	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
30.	Я не могу позволить себе, чтобы мой ребенок болел, поскольку стараюсь не допускать никаких неудач как в карьере, так и в семейной жизни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Приложение 6

Анкета «Диагностика информационного компонента компетентности родителей в области здоровьесбережения младших школьников».

Представляет собой набор суждений, оценивающийся по ряду биполярных градуированных пятибалльных оценочных шкал (от -5 до 5);. Для исследования операционного компонента, как совокупности включает знаний и представлений о физических, психологических и социальных аспектах здоровьесбережения ребенка. Выделено 9 блоков в соответствии с матрицей родительской компетентности в области здоровьесбережения (см. Таблица 1), составляющими операционного компонента. Обработка результатов проводится как в целом, так и по отдельным блокам путем суммирования полученных данных по каждому вопросу (приписанных респондентом каждому из суждений). Полученное число делится на число суждений по шкале или по всем шкалам в целом. Полученные результаты могут варьировать в диапазоне от -5 до 5. В таком случае «0» является значением, определяющим границу между наличием конкретного знания и его отсутствием, а так же градацией его наличия. Отрицательные результаты указывают на отсутствие знания. Помимо этого подобная шкала может выделить интервалы, позволяющие судить о степени наличия или отсутствия знания. Так от 0 до 1,5- низкий уровень, от 1,6 до 2,5 – средний уровень и от 2,6 до 5 - высокий уровень.

1) Знания в планировании и организации режима дня школьника

1.	На здоровье ребенка в первую очередь влияют условия его жизни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
2.	Я владею полной информацией о организации режима сна и отдыха ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
3.	Ребенок должен проводить время на воздухе ежедневно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

4.	Для детского здоровья важно грамотное сочетание работы и отдыха	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
5.	За компьютером (телевизором) ребенок проводит не более 2 часов в день	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
6.	Ребенку нужно избегать не только физического, но и умственного переутомления	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
7.	Ребенок должен спать не менее 10-11 часов	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
8.	Можно пожертвовать сном, ради успеваемости	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
9.	Для сохранения здоровья, нужно соблюдать режим сна и отдыха	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
10.	Ребенку нужно делать перерывы во время деятельности для отдыха	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
11.	Во время каникул ребенок может и не соблюдать привычный режим (ложиться позже например)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

2) Знания в планировании и организации питания школьника

12.	Выбирая продукты для ребенка нужно обращать внимание на их срок годности	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
13.	Питание должно соответствовать возрастным особенностям	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
14.	Для здоровья ребенка необходимо только сбалансированное питание	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
15.	На десерт лучше давать ребенку фрукты, чем мучное	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
16.	Главное в детском питании – есть как можно больше	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
17.	После еды нельзя заниматься физическими упражнениями	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
18.	Ребенок должен есть 3-4 раза в день	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
19.	За день ребенок обязательно должен выпивать 1,5-2 литра воды	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
20.	Разовое посещение фаст-фуд кафе не играет большой роли для общего здоровья ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
21.	Главное есть быстро	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
22.	Нет ничего плохого, чтобы есть перед телевизором	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

3) Знания о организации выполнении ребенком санитарно-гигиенических операций школьника

23.	Ребенок всегда должен иметь с собой носовой платок или одноразовые салфетки	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
24.	Руки стоит мыть дважды	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
25.	Нельзя пить и есть из одной посуды с ребенком	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
26.	Перед едой стоит обязательно мыть руки	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
27.	У ребенка должна быть собственная зубная щётка, расческа	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
28.	Нельзя допускать, чтобы ребенок носил несвежее белье	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
29.	Ребенок должен принимать душ ежедневно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
30.	Перед сном стоит проветривать комнату ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

31.	Необходимо при выборе одежды для ребенка ориентироваться прежде всего на ее комфорт	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
32.	Ребенок должен терпеть, если хочет в туалет	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
33.	После еды необходимо просить ребенка сполоснуть рот	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

4) Знания об организации профилактических мероприятий

34.	Я знаю, как закалять ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
35.	Я доверяю рекламе лекарств и добавок для детей	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
36.	При регулярных физических упражнениях риск заболеваемости снижается	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
37.	Двигательная активность – залог здоровья ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
38.	Я знаю, зачем нужна вакцинация	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
39.	Я знаю много способов закаливания	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
40.	Я знаю, что часть болезней можно предугадать с помощью профилактики	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
41.	Для укрепления детского организма необходимы витамины	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
42.	Конфликты в семье провоцируют болезни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
43.	Лучшая профилактика болезней – здоровый образ жизни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
44.	Я знаю, что чрезмерные умственные нагрузки провоцируют болезни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
45.	Солнечные ванны необходимы для крепкого здоровья	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
46.	Я знаю, как поэтапно приучать ребенка к самостоятельному закаливанию	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
47.	Мне известны методы, обеспечивающие психологическую релаксацию ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

5) Знания о болезненных состояниях ребенка

48.	Я знаю первые симптомы простуды/ОРВИ/гриппа	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
49.	Злоупотреблять лекарствами опасно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
50.	Я знаю назначение основных препаратов, находящихся в аптечке	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
51.	Я знаю продукты, лекарства вредные или опасные для здоровья ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
52.	Я знаю признаки физического недомогания	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
53.	Чтобы убедиться здоров ли ребенок, необходимы знания не только физиологических, но и психологических особенностей	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
54.	Я доверяю мнению медицинских работников	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
55.	Я знаю своего ребенка настолько хорошо, что могу безошибочно определить его недомогание	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
56.	Если ребенок становится чересчур пассивным или активным это еще не говорит, что он не здоров	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
57.	Я знаю, как отличить симулирует ли мой ребенок болезнь или болен по-настоящему	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

6) Знания о механизме организации процесса оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных детских заболеваний.

58.	Наша семья посещает одного педиатра постоянно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
59.	Я не доверяю врачам во многих вопросах здоровья	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
60.	Лучше народных методов лечения ничего нет	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
61.	Я обращаюсь к врачам только в том случае, если все возможные варианты лечения исчерпали себя	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
62.	Я убеждён (а), что к врачам стоит обращаться только для получение справки/освобождения	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
63.	Я знаю номер телефона скорой помощи	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
64.	Мне известны номера телефонов врачей, к которым я обращаюсь по поводу состояния здоровья ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
65.	Я убеждён (а), что ребенок не должен обращаться в школьный медицинский кабинет	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
66.	Мне известны способы обучения ребенка навыкам самопомощи	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
67.	Большинство лекарств нужно применять только по назначению врача	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
68.	Мне известны номера телефонов/адреса всех необходимых учреждений, которые могут оказать помощь в случае заболевания моего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
69.	Я знаю, как совершать элементарные медицинские процедуры (мерить давление, ставить градусник, обрабатывать рану)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
70.	Я знаю группу крови своего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
71.	Я подробно знаю, что написано в медицинской карте моего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

7) Знания об организации безопасной среды жизнедеятельности школьника

72.	Я знаю, какой должна быть комфортная температура в доме	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
73.	Я знаю, как обеспечить ребенку безопасность в доме	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
74.	Я знаю, что для детского здоровья необходимо соблюдение санитарно-гигиенических норм	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
75.	Ребенок не должен иметь доступ к опасным материалам/химикатам	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
76.	Время работы за компьютером/телефоном/планшетом/телевизором должно быть старое ограниченно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
77.	Использование синтетики в детской одежде вредно для здоровья	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
78.	У ребенка должно быть оборудовано специальное место для учебной/творческой деятельности	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
79.	Нет ничего плохого если ребенок пользуется теми же техническими устройствами наравне с взрослыми	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
80.	В нашем доме все опасные предметы (острые предметы, медикаменты, огнеопасные и вредные	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

	материалы) хранятся в недоступном от детей месте	
81.	Я знаю, что часть моих усилий по обеспечению безопасности ребенка строится на обучении общим основам безопасности	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

8) Знания об индивидуальных особенностях ребенка (эмоциональной, коммуникативной, поведенческой сферах)

82.	Я знаю, как создавать установку у моего ребенка на занятие физической культурой	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
83.	Я знаю характер своего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
84.	Я знаю круг друзей моего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
85.	Я знаю, как разговаривать со своим ребенком, если он расстроен	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
86.	Я знаю нормы развития младшего школьника	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
87.	Для меня очевидно, когда мой ребёнок расстроен (недоволен, разозлен)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
88.	Если ребенок чересчур агрессивный это показатель проблем в его эмоциональной сфере	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
89.	У здорового ребенка не будет проблем с адаптацией	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
90.	Мне известны «проблемные места» в поведении моего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
91.	Приучать к здоровому образу жизни нудно с учетом индивидуальных особенностей	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

9) Знания об условиях эффективного осуществления учебной деятельности

92.	Я знаю учебное расписание моего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
93.	Для обеспечения продуктивной учебной деятельности необходимо соблюдение режима дня	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
94.	Нужно делать небольшую гимнастику в процессе выполнения домашней работы	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
95.	Прогулки необходимы ребенку в не зависимости от «загруженности»	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
96.	Во многом успешность обучения моего ребенка зависит от меня	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
97.	Хорошие отношения между педагогом и родителем важны для здоровья ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
98.	Считаю, что когда ребенок в школе, ответственность за него несут исключительно педагоги	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
99.	Я знаю при необходимости как помочь ребенку в учебе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
100.	Я знаю, как контролировать выполнение ребенком учебных заданий, без вреда его здоровью	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
101.	Крайне важно интересоваться о событиях в школе, отношения с учителем, с одноклассниками	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
102.	Важно удовлетворять потребности в новых знаниях ребенка по средствам совместных походов (театры, музеи, праздники и пр.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Бланк для испытуемого
Инструкция

Внимательно прочитайте каждое утверждение и оцените степень своего согласия с ним по предложенной шкале, где «-5» - совершенно с этим не согласен, это не обо мне, «5» – полностью с этим согласен, это про меня. Опрос проводится анонимно, результаты будут обрабатываться только в общем виде, поэтому просим Вас отвечать как можно более честно.

Пол испытуемого _____ Возраст испытуемого _____ лет.

На здоровье ребенка в первую очередь влияют условия его жизни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я владею полной информацией о организации режима сна и отдыха ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Ребенок должен проводить время на воздухе ежедневно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Для детского здоровья важно грамотное сочетание работы и отдыха	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
За компьютером (телевизором) ребенок проводит не более 2 часов в день	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Ребенку нужно избегать не только физического, но и умственного переутомления	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Ребенок должен спать не менее 7-8 часов	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Можно пожертвовать сном, ради успеваемости	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Для сохранения здоровья, нужно соблюдать режим сна и отдыха	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Ребенку нужно делать перерывы во время деятельности для отдыха	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Во время каникул ребенок может и не соблюдать привычный режим (ложиться позже например)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Выбирая продукты для ребенка нужно обращать внимание на их срок годности	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Питание должно соответствовать возрастным особенностям	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Для здоровья ребенка необходимо только сбалансированное питание	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
На десерт лучше давать ребенку фрукты, чем мучное	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Главное в детском питании – есть как можно больше	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
После еды нельзя заниматься физическими упражнениями	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Ребенок должен есть 3-4 раза в день	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
За день ребенок обязательно должен выпивать 1,5-2 литра воды	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Разовое посещение фаст-фуд кафе не играет большой роли для общего здоровья ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Главное есть быстро	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Нет ничего плохого, чтобы есть перед телевизором	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Ребенок всегда должен иметь с собой носовой платок или одноразовые салфетки	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Руки стоит мыть дважды	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Нельзя пить и есть из одной посуды с ребенком	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Перед едой стоит обязательно мыть руки	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
У ребенка должна быть собственная зубная щётка, расческа	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Нельзя допускать, чтобы ребенок носил несвежее белье	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Ребенок должен принимать душ ежедневно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Перед сном стоит проветривать комнату ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Необходимо при выборе одежды для ребенка ориентироваться прежде всего на ее комфорт	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Ребенок должен терпеть, если хочет в туалет	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
После еды необходимо просить ребенка сполоснуть рот	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, как закалять ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я доверяю рекламе лекарств и добавок для детей	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
При регулярных физических упражнениях риск заболеваемости снижается	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Двигательная активность – залог здоровья ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, зачем нужна вакцинация	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю много способов закаливания	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, что часть болезней можно предугадать с помощью профилактики	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Для укрепления детского организма необходимы витамины	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Конфликты в семье провоцируют болезни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Лучшая профилактика болезней это здоровый образ жизни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, что чрезмерные умственные нагрузки провоцируют болезни	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Солнечные ванны необходимы для крепкого здоровья	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, как поэтапно приучать ребенка к самостоятельному	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4

закаливанию	5
Мне известны методы, обеспечивающие психологическую релаксацию ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю первые симптомы простуды/ОРВИ/гриппа	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Злоупотреблять лекарствами опасно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю назначение основных препаратов, находящихся в аптечке	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю продукты, лекарства вредные или опасные для здоровья ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю признаки физического недомогания	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Чтобы убедиться здоров ли ребенок, необходимы знания не только физиологических, но и психологических особенностей	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я доверяю мнению медицинских работников	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю своего ребенка настолько хорошо, что могу безошибочно определить его недомогание	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Если ребенок становится чересчур пассивными или активным это еще не говорит, что он не здоров	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, как отличить симулирует ли мой ребенок болезнь или болен по-настоящему	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Наша семья посещает одного педиатра постоянно	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я не доверяю врачам во многих вопросах здоровья	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Лучше народных методов лечения ничего нет	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я обращаюсь к врачам только в том случае, если все возможные варианты лечения исчерпали себя	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я убеждён (а), что к врачам стоит обращаться только для получение справки/освобождения	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю номер телефона скорой помощи	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Мне известны номера телефонов врачей, к которым я обращаюсь по поводу состояния здоровья ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я убеждён (а), что ребенок не должен обращаться в школьный медицинский кабинет	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Мне известны способы обучения ребенка навыкам самопомощи	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Большинство лекарств нужно применять только по назначению врача	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Мне известны номера телефонов/адреса всех необходимых учреждений, которые могут оказать помощь в случае заболевания моего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, как совершать элементарные медицинские процедуры (мерить давление, ставить градусник, обрабатывать рану)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю группу крови своего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Я подробно знаю, что написано в медицинской карте моего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, какой должна быть комфортная температура в доме	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, как обеспечить ребенку безопасность в доме	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, что для детского здоровья необходимо соблюдение санитарно-гигиенических норм	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Ребенок не должен иметь доступ к опасным материалам/химикатам	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Время работы за компьютером/телефоном/планшетом/телевизором должно быть старое ограничено	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Использование синтетики в детской одежде вредно для здоровья	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
У ребенка должно быть оборудовано специальное место для учебной/творческой деятельности	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Нет ничего плохого если ребенок пользуется теми же техническими устройствами наравне с взрослыми	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
В нашем доме все опасные предметы (острые предметы, медикаменты, огнеопасные и вредные материалы) хранятся в недоступном от детей месте	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, что часть моих усилий по обеспечению безопасности ребенка строится на обучении общим основам безопасности	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, как создавать установку у моего ребенка на занятие физической культурой	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю характер своего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю круг друзей моего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, как разговаривать со своим ребенком, если он расстроен	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю нормы развития младшего школьника	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Для меня очевидно когда мой ребёнок расстроен (недоволен, разозлен)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Если ребенок чересчур агрессивный это показатель проблем в его эмоциональной сфере	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
У здорового ребенка не будет проблем с адаптацией	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Мне известны «проблемные места» в поведении моего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Приучать к здоровому образу жизни нужно с учетом индивидуальных особенностей	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю учебное расписание моего ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Для обеспечения продуктивной учебной деятельности необходимо соблюдение режима дня	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Нужно делать небольшую гимнастику в процессе выполнения домашней работы	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Прогулки необходимы ребенку в не зависимости от	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4

«загруженности»	5
Во многом успешность обучения моего ребенка зависит от меня	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Хорошие отношения между педагогом и родителем важны для здоровья ребенка	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Считаю, что когда ребенок в школе, ответственность за него несут исключительно педагоги	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю при необходимости как помочь ребенку в учебе	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Я знаю, как контролировать выполнение ребенком учебных заданий, без вреда его здоровью	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Крайне важно интересоваться о событиях в школе, отношения с учителем, с одноклассниками	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5
Важно удовлетворять потребности в новых знаниях ребенка посредством совместных походов (театры, музеи, праздники и пр.)	-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Анкета для младших школьников по изучению компетентного поведения родителей в области здоровьесбережения.

Бланк для испытуемых.

Здравствуйте!

Внимательно прочитайте каждое утверждение и оцените степень своего согласия с ним по предложенной шкале, где «0» - совершенно с этим не согласен, это не обо мне, «10» – полностью с этим согласен, это про меня. Опрос проводится анонимно, результаты будут обрабатываться только в общем виде, поэтому просим Вас отвечать как можно более честно.

Пол _____ Возраст _____

1) Моя мама (мой папа) разрешает мне пить газированные напитки и есть фаст-фуд (чипсы, гамбургеры, сухарики)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2) Моя мама сама готовит мне еду	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3) Мы с мамой (папой) часто ходим к врачам	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4) Мои родители настаивают на моих занятиях спортом	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5) Меня ограничивают в компьютерных играх	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6) Мой день четко распланирован моими родителями	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7) Мама говорит, чтобы я чаще бывал (бывала) на свежем воздухе	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8) Мои родители кричат на меня по любому поводу	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9) Мои родители часто ругаются между собой	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10) Когда мне грустно (плохо, я расстроен) я всегда могу поделиться с родителями	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
11) Меня наказывают по любому поводу	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12) Моим друзьям нельзя приходить ко мне в гости	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13) Мне нельзя ходить к друзьям в гости	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14) На день рождения ко мне приходят только взрослые	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
15) Я очень хочу, чтобы родители меня хвалили	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16) Чтобы я не сделал (сделала) я знаю, что родители меня поймут и поддержат	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
17) я знаю, что могу рассказать родителям о своих проблемах	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
18) Моя мама делает за меня некоторые домашние задания	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
19) Моя мама все знает о моих школьных успехах или неудачах	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
20) Я люблю ходить в школу	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21) Я не боюсь, когда мама идет на родительское собрание	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
22) Я с удовольствием участвую в общественной школьной жизни	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
23) Мои родители вместе со мной участвуют в школьной жизни	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
24) у меня много друзей в классе	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
25) Я боюсь (не люблю) некоторых учителей	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Приложение 8

Тест на уровень субъективного контроля (Тест УСК) Дж. Роттера

Бланк

теста на уровень субъективного контроля (Тест УСК) Дж. Роттера

Возраст _____ Пол _____

Инструкция

Внимательно прочитайте каждое из утверждений, приведенных ниже и если вы согласны с ним поставьте напротив номера вопроса плюс, если не согласны - минус.

Утверждение	Согласны/не согласны
1.Продвижение по службе больше зависит от удачного стечения обстоятельств, чем от способностей и усилий человека.	
2. Большинство разводов происходит от того, что люди не захотели приспособиться к друг другу.	
3. Болезнь - дело случая, если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.	
4. Люди оказываются одинокими из-за того, что сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим..	
5. Осуществление моих желаний часто зависит от везения.	
6.Бесполезно предпринимать усилия для того, чтобы завоевать симпатию других людей.	
7. Внешние обстоятельства- родители и благосостояние влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.	
8. Я часто чувствую, что мало влияю на то что происходит мной.	
9. Как правило руководство оказывается более эффективно, когда полностью контролируются действия подчиненных, а не полагаются на их самостоятельность.	
10. Мои отметки в школе часто зависели от случайных обстоятельств (например, от настроения учителя), чем от моих собственных усилий. .	
11. Когда я строю планы, то я в общем верю, что смогу осуществить их.	
12. То, что многим людям кажется удачей или везением на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.	
13.Думаю, что правильный образ жизни может помочь больше здоровью, чем врачи и лекарства.	
14. Если люди не подходят друг другу, то, как бы они не старались наладить семейную жизнь они все равно не смогут.	
15. То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.	
16 Дети вырастают такими, какими их воспитывают родители.	
17. Думаю, что случай или судьба не играют важной роли в моей жизни.	

18. Я стараюсь не планировать далеко вперед, потому что немало не зависит от того, как сложатся обстоятельства.	
19. Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и степени подготовленности.	
20. В семейных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.	
21. Жизнь большинства людей зависит от стечения обстоятельств.	
22. Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определить, что и как делать	
23. Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моих болезней.	
24. Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств мешает людям добиться успеха в своем деле.	
25. В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.	
26. Я часто чувствую, что ничего не могу изменить в сложившихся отношениях в семье.	
27. Если уж очень захочу, то смогу расположить к себе любого.	
28. На подрастающее поколение влияет так немало разных обстоятельств, что усилия родителей по их воспитанию часто оказываются бесполезными.	
29. То, что со мной случается - это дело моих собственных рук.	
30. Трудно бывает понять, почему руководители поступают именно так, а не иначе.	
31. Человек, который не смог добиться успеха в своей работе, скорее всего не проявлял достаточно усилий.	
32. Чаще всего я могу добиться от членов моей семьи того, что я хочу.	
33. В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще были виноваты другие люди, чем я сам.	
34. Ребенка всегда можно уберечь от простуды, если за ним следить и правильно одевать.	
35. В сложных обстоятельствах я предпочитаю подождать, пока проблемы разрешатся сами собой.	
36. Успех является результатом упорной работы и мало зависит от случая или везения.	
37. Я чувствую, что от меня больше, чем от кого бы то ни было, зависит счастье моей семьи.	
38. Мне всегда было трудно понять, почему я нравлюсь одним людям и не нравлюсь другим.	
39. Я всегда предпочитаю принять решение и действовать самостоятельно, а не надеяться на помощь других людей или на судьбу.	
40. К сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными, несмотря на все его старания.	
41. В семейной жизни бывают такие ситуации, которые невозможно разрешить даже при самом сильном желании.	
42. Способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только самих себя.	
43. Многие мои успехи были возможны только благодаря помощи других.	
44. Большинство неудач в моей жизни произошло от неумения, лени и мало зависело от везения или невезения.	