

**Міністерство освіти і науки України**  
**Національний університет «Чернігівський колегіум»**  
**імені Т.Г. Шевченка**

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**Вітченко Альона Миколаївна**

УДК 373.3.015.31:796 ] : 613 (043.3)

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**ІНТЕГРОВАНА ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ  
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ  
МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО  
ВИХОВАННЯ**

13.00.02 – теорія та методика навчання (фізична культура, основи здоров'я)

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

\_\_\_\_\_ А. М. Вітченко

Науковий керівник – Лисенко Людмила Леонідівна, кандидат педагогічних  
наук, доцент

Чернігів – 2021

## АНОТАЦІЯ

*Вітченко А. М.* Інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.02 – теорія та методика навчання (фізична культура, основи здоров'я) – Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка, Чернігів, 2021.

У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне та експериментальне обґрунтування проблеми формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. Дисертацію присвячено обґрунтуванню, розробці та експериментальній перевірці ефективності інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

На основі аналітичного аналізу науково-методичної літератури узагальнено сучасні дані щодо формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. Виявлено, що питання реалізації здоров'язбережувальних технологій в освітньому процесі є пріоритетним завданням сучасної школи. Виступаючи органічною складовою освітнього процесу, здоров'язбережувальні технології є комплексом взаємопов'язаних компонентів, що забезпечують безперервний цілеспрямований і послідовний вплив на школярів з метою формування в них здоров'язбережувальної компетентності.

Узагальнено дані щодо визначення дефініції «здоров'язбережувальна компетентність», яку ми розглядаємо як інтегровану якість особистості дитини, що проявляється у готовності та здатності до здоров'язбережувальної діяльності, й ґрунтується на інтеграції поглядів, цінностей, способів мислення,

знань, умінь, навичок, спрямованих на формування, збереження та зміцнення здоров'я – свого та оточуючих.

Розглянуто та систематизовано напрямками формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. Визначено, що традиційні засоби залишаються основним арсеналом в роботі вчителя фізичної культури. Однак, інтеграція традиційних та нетрадиційних засобів підсилює ефективність процесу фізичного виховання за рахунок комплексності вирішення задач уроку.

Отримано дані, щодо позитивного впливу різноманітних здоров'язбережувальних технологій (дихальні технології, ароматерапія, фітбол-аеробіка, роуп-скіпінг, оздоровче плавання) та педагогічних впливів (методи візуалізації знань, завдання творчо-пошукового характеру, інтеграція фізичного та інтелектуального розвитку) на підвищення резистентності організму до різних захворювань, рівня фізичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку. Визначено, що тільки в комплексі, поєднуючи їх між собою, можна отримати позитивний вплив на показники здоров'я, самопочуття, настроя і ціннісного ставлення до здоров'я дітей молодшого шкільного віку та сформувати здоров'язбережувальну компетентність.

У результаті констатувального експерименту визначено, що діти молодшого шкільного віку мають нижче середнього рівень фізичного здоров'я, низькі показники рівня рухової активності та недостатній рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я. Це стало передумовою розробки інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

Обґрунтовано чинники для розробки інтегрованої технології: формування аксіологічних орієнтирів здорового способу життя; підвищення мотивації до самостійних та систематичних занять фізичними вправами та формування навичок самостійного й активного прояву самоконтролю; акцентована увага на застосуванні дихальних вправ в поєднанні з фізичними вправами та організація

освітнього процесу з фізичної культури на засадах інтегрованого навчання як ключове положення розробки технології.

Розроблено інтегровану технологію формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання, що складається з взаємопов'язаних та взаємообумовлених між собою блоків: концептуального, змістово-процесуального, результативного. Цілісність реалізації інтегрованої технології забезпечується системоутворюючим компонентом – сформованістю у дітей молодшого шкільного віку здоров'язбережувальної компетентності.

Концепцією побудови інтегрованої технології є створення ціннісної установки на формування, збереження та зміцнення здоров'я за рахунок ефективного управління руховою й пізнавальною діяльністю дітей молодшого шкільного віку в процесі занять фізичними вправами та спряженого впливу на рухову й дихальну системи.

Інтегрована технологія є логічно сформованою системою, що базуються на відповідних *концептуальних положеннях*: створення стійкої системи спрямованості інтересів й потреб особистості (аксіологічної установки) зорієнтованої на здоров'язбереження та здоров'ярозвиток; дотримання принципу спряженої дії на рухову й дихальну системи; єдність і узгодженість рухового та інтелектуального компонентів діяльності в процесі фізичного виховання; реалізація комплексного вирішення завдань фізичного виховання (освітнього, оздоровчого і виховного).

Формування здоров'язбережувальної компетентності забезпечується реалізацією методичного підходу, що передбачає інтегрований характер використання дидактичного забезпечення рухової і пізнавальної діяльності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання з активним використанням пізнавально-рухових завдань.

Для ефективної реалізації інтегрованої технології в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку розроблено комплекс методичного забезпечення, що передбачає впровадження пізнавально-рухових та дихальних

вправ в урок фізичної культури, самостійні заняття фізичними вправами, фізкультхвилинки на загальноосвітніх уроках, рухливі перерви та позакласні заходи з фізичного виховання.

Важливим аспектом технології є досконале компетентне управління вчителем процесом формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку за допомогою організаційної, контролюючої та коригуючої функції педагогічного управління.

Ефективність розробленої авторської інтегрованої технології підтвердилася в ході проведеного формувального педагогічного експерименту, де було виявлено підвищення:

- показників соматичного здоров'я і фізичної працездатності (життєвого індексу, індексу Робінсона, індексу Руф'є) як у дівчат, так і у хлопців експериментальної групи порівняно з контрольною ( $p < 0,05$ ). Отримані результати свідчать про позитивний вплив інтегрованої технології на зміцнення кардіореспіраторної системи дітей молодшого шкільного віку, і на цій основі підвищенню їх працездатності та загального рівня здоров'я;

- рівня комплексного показника здоров'я дітей молодшого шкільного віку в експериментальній групі в порівнянні з контрольною ( $p < 0,05$ ). Темпи приросту комплексного показника здоров'я відповідно до вихідного рівня, в ЕГ у дівчат досягли 170 % ( $p < 0,05$ ), хлопців – 110 % ( $p < 0,05$ ). У КГ лише 60 % і 58 %, відповідно;

- рухової активності у дітей ЕГ як в будні, так і вихідні дні ( $p < 0,05$ ). Отримано достовірні відмінності значення показника добових енерговитрат у дітей молодшого шкільного віку між ЕГ і КГ лише у вихідний день ( $p < 0,05$ ). Покращенню РА дітей в ЕГ сприяло впровадження до рухового режиму різноманітних форм фізичного виховання (рухливих перерв, проектних робіт, квестів тощо), активізація самостійної роботи (ведення щоденника самоконтролю, виконання передбачених в ньому пізнавально-рухових завдань);

- рівня ціннісного ставлення дітей до здоров'я ( $p < 0,05$ ). Темпи приросту показника ціннісного ставлення дітей до здоров'я в ЕГ у дівчат досягли 46 %

( $p < 0,05$ ), хлопців 38,9 % ( $p < 0,05$ ). В КГ лише 15 % і 24,3 % ( $p < 0,05$ ), відповідно. Різниця в значенні показника ціннісного ставлення дітей до здоров'я між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ );

– рівня сформованості навичок самоконтролю і самооцінки ( $p < 0,05$ ). Темпи приросту показника сформованості навичок самоконтролю і самооцінки в ЕГ у дівчат досягли 56,3 % ( $p < 0,05$ ), у хлопців 53,3 % ( $p < 0,05$ ). В КГ лише 11,7 % і 12,8 % ( $p < 0,05$ ), відповідно. Різниця в значенні цього показника між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

У результаті аналізу даних порівняльного педагогічного експерименту виявлено вищу сформованість здоров'язбережувальної компетентності у дітей молодшого шкільного віку в експериментальній групі ( $p < 0,05$ ). Отримані результати підтвердили гіпотезу щодо впливу інтегрованого характеру використання дидактичного забезпечення рухової й пізнавальної діяльності в процесі занять фізичними вправами дітей молодшого шкільного віку на сформованість їх здоров'язбережувальної компетентності.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження полягає в тому, що *вперше*:

- розроблено та обґрунтовано авторську інтегровану технологію формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання (концепція; концептуальні положення її побудови; методичний підхід та алгоритм змістового наповнення її реалізації; педагогічні умови її функціонування);

- розроблено комплекс методичного забезпечення реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання (змістове наповнення технології, комплекс завдань для самостійної роботи, контроль за виконанням завдань та форми організації);

- експериментально підтверджена ефективність впливу інтегрованої педагогічної технології на сформованість здоров'язбережувальної

компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання;

*подальшого розвитку та удосконалення* набули:

- положення про інтегрований характер рухової й пізнавальної діяльності дітей молодшого шкільного віку в процесі занять фізичними вправами та єдність взаємовпливу між руховою й дихальною системами;

- педагогічні умови ефективного формування здоров'язберезувальної компетентності в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку;

*додовнено:*

- дані про передумови та чинники формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів розглянутої проблеми. Перспективним є пошук ефективних педагогічних впливів для змістово-процесуальної складової інтегрованої технології формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

**Ключові слова:** діти молодшого шкільного віку, процес фізичного виховання, здоров'я, здоров'язберезувальна компетентність, інтеграція, інтегрована технологія, рухова й пізнавальна діяльність, дихальні вправи, аксіологічні орієнтири.

## SUMMARY

A.M. Vitchenko Integrated technology of formation of health-preserving competence of children of primary school age in the process of physical education. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the Candidate of Pedagogical sciences, specialty 13.00.02 – Theory and Methods of Teaching

(Physical Culture, Basics of Health). T. H. Shevchenko National University «Chernihiv Colehium». Chernihiv, 2021.

In the dissertation research the theoretical and experimental substantiation of the problem of formation of health-preserving competence of children of primary school age in the process of physical education is carried out. The dissertation is devoted to substantiation, development and experimental verification of the effectiveness of the integrated technology of formation of health-preserving competence of children of primary school age in the process of physical education.

On the basis of the analytical analysis of the scientific and methodical literature the modern data on formation of health-preserving competence of children of primary school age in the course of physical education are generalized. It was found that the implementation of health technologies in the educational process is a priority of the modern school. As an organic component of the educational process, health technologies are a set of interconnected components that provide continuous targeted and consistent impact on students in order to form their health competence.

The data on the definition of «health-preserving competence», which we consider as an integrated quality of the child's personality, manifested in the willingness and ability to health activities, and based on the integration of views, values, ways of thinking, knowledge, skills, aimed at forming, maintaining and strengthening the health of oneself and others.

The directions of formation of health-preserving competence of children of primary school age in the process of physical education are considered and systematized. It is determined that traditional means remain the main arsenal in the work of a physical education teacher. However, the integration of traditional and non-traditional means enhances the effectiveness of the process of physical education due to the complexity of solving the problems of the lesson.

Data on the positive impact of various health technologies (respiratory technology, aromatherapy, fitball-aerobics, rope-skipping, health swimming) and pedagogical influences (methods of visualization of knowledge, tasks of creative and exploratory nature, integration of physical and intellectual development) to increase



resistance of an organism to various diseases, level of physical health of children of primary school age. It is determined that only in the complex, combining them, you can get a positive impact on the health, well-being, mood and values of the health of children of primary school age and to form health-preserving competence.

As a result of the observational experiment, it was determined that children of primary school age have below average level of physical health, low levels of physical activity and insufficient level of value attitude to health. This was a prerequisite for the development of integrated technology for the formation of health competence of primary school children.

Factors for the development of integrated technology are substantiated: formation of axiological guidelines for a healthy lifestyle; increasing motivation for independent and systematic physical exercises and the formation of skills of independent and active self-control; emphasis on the use of breathing exercises in combination with physical exercises and the organization of the educational process in physical culture on the basis of integrated learning as a key provision of technology development.

An integrated technology for the formation of health-preserving competence of primary school children in the process of physical education has been developed, which consists of interconnected and interdependent blocks: conceptual, content-procedural, effective. The integrity of the implementation of integrated technology is ensured by a system-forming component – the formation of children of primary school age health competence, which we consider as the ability to form, maintain and strengthen their own health.

The concept of building integrated technology is to create a value system for the formation, maintenance and promotion of health through effective management of motor and cognitive activities of primary school children in the process of exercise and the combined effect on the motor and respiratory systems.

Integrated technology is a logically formed system based on the relevant *conceptual provisions*: the creation of a stable system of orientation of the interests and needs of the individual (axiological installation) focused on health and health

development; compliance with the principle of conjugate action on the motor and respiratory systems; unity and coherence of motor and intellectual components of activity in the process of physical education; implementation of an integrated solution to the problems of physical education (educational, health and educational).

An important aspect of the technology is the methodological approach, which provides for the integrated nature of the use of didactic support of motor and cognitive activities of primary school children in the process of physical education with the active use of cognitive-motor tasks.

For the effective implementation of integrated technology in the process of physical education of primary school children, a set of methodological support has been developed, which provides for the introduction of cognitive-motor and breathing exercises in physical education lessons, independent physical exercises, physical education classes, breaks and extracurricular physical education activities.

An important aspect of technology is the perfect competent management of the teacher in the process of forming the health competence of children of primary school age through the organizational, control and corrective function of pedagogical management.

The effectiveness of the developed author's integrated technology was confirmed during the formative pedagogical experiment, which revealed an increase:

- indicators of somatic health and physical performance (vital index, Robinson's index, Ruffier's index) in both girls and boys of the experimental group compared to the control ( $p < 0,05$ ). The results show the positive impact of integrated technology on strengthening the cardiorespiratory system of primary school children, and on this basis to increase their efficiency and overall health;

- the level of complex health of primary school children in the experimental group compared with the control ( $p < 0,05$ ). The growth rate of the complex health indicator according to the initial level, in experimental group in girls reached 170 % ( $p < 0,05$ ), boys – 110 % ( $p < 0,05$ ). In control group only 60 % and 58 %, respectively;

– motor activity in children experimental group both on weekdays and weekends ( $p < 0,05$ ). Significant differences were obtained in the value of daily energy consumption in primary school children between experimental group and control group only on the weekend ( $p < 0,05$ ). The introduction of various forms of physical education (moving breaks, project work, quests, etc), intensification of independent work (keeping a diary of self-control, fulfillment of cognitive-motor tasks provided in it) contributed to the improvement of motor activity of children in experimental group;

– the level of values of children to health ( $p < 0,05$ ). The growth rate of children's value of health in experimental group in girls reached 46 % ( $p < 0,05$ ), boys 38,9 % ( $p < 0,05$ ). In control group only 15 % and 24,3 % ( $p < 0,05$ ), respectively. The difference in the value of the value of children's attitudes to health between control group and experimental group is significant ( $p < 0,05$ );

– the level of formation of skills of self-control and self-assessment ( $p < 0,05$ ). The growth rate of self-control and self-assessment skills in experimental group in girls reached 56,3 % ( $p < 0,05$ ), in boys 53,3 % ( $p < 0,05$ ). In control group only 11,7 % and 12,8 % ( $p < 0,05$ ), respectively. The difference in the value of this indicator between control group and experimental group is significant ( $p < 0,005$ ).

The analysis of the data of the comparative pedagogical experiment revealed a higher formation of health competence in children of primary school age in the experimental group ( $p < 0,05$ ). The obtained results confirmed the hypothesis about the influence of the integrated nature of the use of didactic support of motor and cognitive activity in the process of physical exercises of children of primary school age on the formation of their health competence.

The scientific novelty of the obtained research results is that *for the first*:

– the author's integrated technology of formation of health-preserving competence of children of primary school age in the process of physical education is developed and substantiated (concept; conceptual provisions of its construction; methodical approach and algorithm of semantic filling of its realization; pedagogical conditions of its functioning);

- developed a set of methodological support for the implementation of integrated technology for the formation of health competence of primary school children in the process of physical education (content of technology, a set of tasks for independent work, control over the implementation of tasks and forms of organization);

- experimentally confirmed the effectiveness of the impact of integrated pedagogical technology on the formation of health competence of primary school children in the process of physical education;

*further development and improvement were:*

- provisions on the integrated nature of motor and cognitive activity of children of primary school age in the process of physical exercises and the unity of interaction between the motor and respiratory systems;

- pedagogical conditions of effective formation of health-preserving competence in the process of physical education of children of primary school age;

*updated:*

- data on the prerequisites and factors for the formation of health-preserving competence of primary school children in the process of physical education.

The study does not cover all aspects of the problem. The search for effective pedagogical influences for the content-procedural component of the integrated technology of formation of health-preserving competence of children of primary school age in the process of physical education is promising.

**Key words:** children of primary school age, process of physical education, health, health-preserving competence, integration, integrated technology, motor and cognitive activity, breathing exercises, axiological landmarks.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Наукові праці, у яких опубліковані основні результати дисертації:*

1. Вітченко А. Рухова активність дітей молодшого шкільного віку в сучасних умовах. *Transformations in Contemporary Society: Social Aspects. Monograph*. Opole : The Academy of Management and Administration. 2017. P. 223–229.
2. Вітченко А.М. Методична скарбничка формування, збереження та зміцнення здоров'я дитини засобами дихальної гімнастики: навчально-методичний посібник. Чернігів: ЧНПУ імені Т.Г.Шевченка, 2019. 109 с.
3. Лисенко Л.Л., Багінська О.В., Заровна А.М., Почтар О.М., Огієнко М.М. До організації і управління самостійними заняттями фізичними вправами учнів загальноосвітньої школи. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка (Серія: Педагогічні науки)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 80. Чернігів: ЧДПУ, 2010. С.169–172.
4. Лисенко Л.Л., Огієнко М.М., Заровна А.М. Технологія оздоровлення дітей молодшого шкільного віку на основі впровадження дихальних вправ у систему фізичного виховання в загальноосвітній школі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. Науково-педагогічні проблем фізичної культури (фізична культура і спорт): зб. наукових праць / за ред. Г. М. Арзютова. К.: Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2011. Випуск 10. С. 486–492.*
5. Заровна А.М. Методичне забезпечення реалізації оздоровлення дітей молодшого шкільного віку. *Вісник ЧНПУ імені Т.Г. Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 86. Т. II. Чернігів: ЧНПУ, 2011. С.194–199.
6. Вітченко А. М. Управління самостійною роботою молодших школярів у процесі зміцнення і формування власного здоров'я. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*

(Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт). Гол. ред. Носко М.О. Вип. 98 Т.ІІІ. Чернігів : ЧНПУ, 2012. С. 89–92.

7. Вітченко А. Педагогічні умови ефективного впровадження здоров'язбережувальної технології комплексного застосування дихальних вправ у процесі фізичного виховання молодших школярів. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*: зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Уклад. А. В. Цьось, С. П. Козібродський. Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. № 4 (20). С. 130–133.

8. Лисенко Л. Л., Вітченко А. М., Синявська Ю. Г. Впровадження сучасних здоров'язбережувальних технологій фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 102. Т. І Чернігів: ЧНПУ, 2012. С. 229–232.

9. Вітченко А. М. До проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку засобами дихальної гімнастики. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: Педагогічні науки)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 108. Т. ІІ. Чернігів: ЧНПУ, 2013. С. 23–25.

10. Вітченко О.М. Лисенко Л.Л., Воеділова О.М. Педагогічна технологія формування правильної постави дітей молодшого шкільного віку на основі взаємодії їх фізичного і інтелектуального розвитку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт)*. Гол.ред. Носко М.О. Вип. 129. Т. ІІІ Чернігів: ЧНПУ, 2015. С. 52–56.

11. Вітченко А.М., Корнева А.О., Мельникова-Єгорченко Н.С. Пріоритетні напрямки вдосконалення процесу формування фізичної культури дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: педагогічні науки.*

*Фізичне виховання і спорт*). Гол.ред. Носко М.О. Вип. 147. Т.І. Чернігів : ЧНПУ, 2017. С. 58–63.

12. Vitchenko Alona Prerequisites for developing of integrated technology of health-preserving competence's formation of primary school children. Frankfurt: TK Meganom LLC. Paradigm of knowledge, 2020. 4(42). С. 97–109.

***Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:***

13. Витченко А. Н., Огиенко Н. Н., Лысенко Л. Л. Перспектива применения дыхательных упражнений для успешного физического совершенствования личности. *Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы*: тезисы докладов Международной научно-практической конференции. 25-26 апреля / редкол. : Е. С. Григорович [и др.]. Минск : БГМУ, 2013. С. 124–127.

14. Витченко А.Н. Подготовка будущих учителей к практической деятельности по использованию технологий физического развития и оздоровления детей. *Общественные и гуманитарные науки: тезисы 78-й научно-технической конференции профессорско-преподавательского состава, научных сотрудников и аспирантов / отв. за издание И. М. Жарский*. Минск : БГТУ, 2014. С. 79–80.

15. Вітченко А.М. Програма занять оздоровчим плаванням для дітей. *Наукові дискусії кафедри ППіМФ*: тези доповідей. Чернігів: ЧНПУ ім.Т.Г.Шевченка. 2016. С. 25–27.

16. Лисенко Л.Л., Воеділова О.М., Вітченко А.М., Порядіна В.В. Особливості педагогічної діяльності вчителів фізичної культури в роботі з учнями початкової школи. *Актуальні проблеми сучасної біомеханіки фізичного виховання та спорту*: матеріали XI Міжнародної наукової конференції пам'яті Анатолія Миколайовича Лапутіна (18-19 жовтня 2018 року; м. Чернігів). / відп. ред. С.В.Гаркуша. Чернігів : НУЧК імені Т.Г. Шевченка, 2018. С. 21–23.

17. Лисенко Л.Л., Вітченко А.М., Корнева А.М., Мельникова-Єгорченко Н.С. Формування культури рухів дітей молодшого шкільного віку як

складова їх здоров'язберезувальної компетентності. *Актуальні проблеми фізичної культури, спорту, фізичної терапії та ерготерапії: біомеханічні, психофізіологічні та метрологічні аспекти*: матеріали I Всеукраїнської електронної науково-практичної конференції з міжнародною участю (17 травня 2018 р., Київ) / ред. Г.В. Коробейніков, В.О. Кашуба, В.В. Гамалій. К.: НУФВСУ, 2018. С. 144–146.

18. Вітченко А.М., Корнева А.О., Коваленко А.М. Характеристика сучасних технологій візуалізації навчального матеріалу для дітей шкільного віку. *Інноваційні трансформації освітнього простору: зміст, напрями і технології реалізації*: матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених і студентів (16 травня 2019 р., м. Чернігів) / Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка / відп.ред. Г.І.Жара. Чернігів : НУЧК імені Т.Г.Шевченка, 2019. С. 9–13.

19. Вітченко А., Василенко Л. До проблеми формування навичок самоконтролю у дітей молодшого шкільного віку. *Інноваційні трансформації освітнього простору: зміст, напрями і технології реалізації* : матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції молодих учених і студентів (14 травня 2020 р., м. Чернігів) / Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка / відп.ред. Г.І.Жара. Чернігів : НУЧК імені Т.Г.Шевченка, 2020. С. 24–26.

20. Вітченко А.М. Ефективність впровадження авторської інтегрованої технології формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. *Наукові дискусії кафедри педагогіки, психології і методики фізичного виховання*: тези доповідей. Чернігів : НУ«ЧК» імені Т.Г. Шевченка, 2020 С. 6–10.

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

21. Вітченко А., Бойко Ю., Корнієвська О. Активізація рухової активності дітей старшого дошкільного віку засобами фітбол-аеробіки.



*Актуальні проблеми фізичної культури, олімпійського та професійного спорту й реабілітації у навчальних закладах України.* Кіровоград: Поліграфічне підприємство «Ексклюзив-Систем», 2015. С. 159–164.

22. Вітченко А.М. Поняття здоров'я, як медико-біологічна і соціальна категорія. *Український вимір: міжнародний збірник науково-педагогічних, методичних статей і матеріалів з України та діаспори.* Чернігів : ЧОППО, 2017. Число XIV. С. 177–180.

23. Вітченко А.М., Порядіна В.В., Рижик Т.О., Василенко Л.А. Методика організації і проведення занять оздоровчим плаванням. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт).* Гол. ред. Носко М.О. Вип. 154. Т. II. Чернігів : НУЧК, 2018. С. 103–106.

24. Вітченко А.М., Воєділова О.М., Василенко Л.А., Мельникова-Єгорченко Н.С. Педагогічні умови цілеспрямованого формування правильної постави дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: Педагогічні науки).* Гол.ред. Носко М.О. Вип. 152. Т.ІІ Чернігів : ЧНПУ, 2018. С. 45–48.

25. Вітченко А. Обґрунтування інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. *Наукові дискусії кафедри педагогіки, психології і методики фізичного виховання: тези доповідей.* Чернігів : НУ«ЧК» імені Т.Г. Шевченка, 2019 С. 18–23.

26. Вітченко А. Скрайбінг як сучасна інноваційна технологія візуалізації знань дітей молодшого шкільного віку. *Vzdelávanie a spoločnosť IV. Medzinárodný nekonferenčný zborník.* PREŠOV: Prešovská univerzita, 2019. P. 9–15.

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....   | 21 |
| ВСТУП.....   | 22 |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ<br>ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ<br>МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ .....                    | 31 |
| 1.1. Здоров'язбережувальна компетентність особистості як<br>наукова та педагогічна проблема.....   | 31 |
| 1.2. Теоретичне обґрунтування положень формування<br>здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного<br>віку.....                    | 40 |
| 1.2.1. Загальна характеристика дидактичних засад формування<br>здоров'язбережувального навчального середовища дітей молодшого<br>шкільного віку..... | 40 |
| 1.2.2. Здоров'язбережувальні технології: сутність, понятійний<br>апарат у системі освіти.....  | 45 |
| 1.3. Пріоритетні напрямки формування здоров'язбережувальної<br>компетентності у дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного<br>виховання..... | 49 |
| Висновки до розділу 1.....   | 61 |
| РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ Й ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....  | 63 |
| 2.1. Методи дослідження.....   | 63 |
| 2.1.1. Теоретичні методи дослідження.....  | 63 |
| 2.1.2. Емпіричні методи дослідження.....   | 64 |
| 2.1.3. Антропометричні методи дослідження.....   | 66 |
| 2.1.4. Фізіометричні методи дослідження.....   | 67 |
| 2.1.5. Методи визначення рівня фізичної працездатності.....  | 68 |
| 2.1.6. Методи оцінки рівня фізичного розвитку й соматичного<br>здоров'я дітей молодшого шкільного віку.....  | 69 |

|   |     |
|---|-----|
|   | 19  |
| 2.1.7. Метод визначення рівня добової рухової активності.....   | 70  |
| 2.1.8. Метод оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення дітей<br>молодшого шкільного віку до власного здоров'я та здоров'я оточуючих....   | 72  |
| 2.1.9. Методика визначення рівня навичок самоконтролю і<br>самооцінки дітей молодшого шкільного віку .....  | 75  |
| 2.1.10. Статистичні методи обробки результатів.....   | 76  |
| 2.2. Організація дослідження.....   | 77  |
| <b>РОЗДІЛ 3. ПЕРЕДУМОВИ РОЗРОБКИ ІНТЕГРОВАНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ<br/>ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ<br/>ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО<br/>ВИХОВАННЯ.....</b>                           |     |
|   | 79  |
| 3.1. Обґрунтування оцінки фізичного розвитку та показників<br>здоров'я дітей молодшого шкільного віку.....  | 79  |
| 3.2. Рівень фізичного розвитку й здоров'я дітей молодшого<br>шкільного віку.....  | 83  |
| 3.3. Аналіз показників рівня рухової активності дітей молодшого<br>шкільного віку.....  | 94  |
| 3.4. Аналіз сформованості ціннісного ставлення дітей молодшого<br>шкільного віку до власного здоров'я та здоров'я оточуючих.....  | 102 |
| Висновки до розділу 3.....  | 107 |
| <b>РОЗДІЛ 4. ОБґРУНТУВАННЯ ІНТЕГРОВАНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ<br/>ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ<br/>ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО<br/>ВИХОВАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЯ.....</b> |     |
|   | 111 |
| 4.1. Обґрунтування та розробка інтегрованої технології<br>формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого<br>шкільного віку в процесі фізичного виховання.....                                       | 111 |
| 4.1.1. Характеристика інтегрованої технології формування<br>здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку<br>в процесі фізичного виховання.....  | 111 |

|   |     |
|---|-----|
| 4.1.2. Методичне забезпечення реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.....                   | 126 |
| 4.1.3. Управління самостійною роботою під час упровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання..... | 138 |
| 4.2. Ефективність упровадження авторської інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.....                  | 141 |
| 4.2.1. Порівняльний аналіз змін показників фізичного здоров'я, рухової активності, ціннісного ставлення до здоров'я та навичок самоконтролю і самооцінки дітей молодшого шкільного віку .....         | 142 |
| 4.2.2. Вплив інтегрованої технології на сформованість здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.....   | 170 |
| 4.3. Педагогічні умови ефективного функціонування інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.....          | 179 |
| Висновки до розділу 4.....  | 185 |
| ВИСНОВКИ.....   | 191 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....   | 195 |
| ДОДАТКИ.....  | 229 |

**ПРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

|            |                                   |
|------------|-----------------------------------|
| АТ         | артеріальний тиск                 |
| ДК         | динамометрія кисті                |
| ДС         | дихальна система                  |
| ДТ         | довжина тіла                      |
| ЕГ         | експериментальна група            |
| ЖЕЛ        | життєва ємність легень            |
| ЖІ         | життєвий індекс                   |
| ЗЗСО       | заклад загальної середньої освіти |
| ІМТ        | індекс маси тіла                  |
| ІРобінсона | індекс Робінсона                  |
| ІРуф'є     | індекс Руф'є                      |
| КГ         | контрольна група                  |
| МТ         | маса тіла                         |
| НУШ        | Нова укаїнська школа              |
| РА         | рухова активність                 |
| СІ         | силовий індекс                    |
| ССС        | серцево-судинна система           |
| ЧСС        | частота серцевих скорочень        |

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Одним із пріоритетів державної політики України є сприяння здоров'язберезувальній діяльності та формуванню ціннісного ставлення особистості до власного здоров'я та здоров'я оточуючих як найвищої індивідуальної і суспільної цінності, що відображено в низці нормативно-правових документів (законах України «Про фізичну культуру і спорт» [145], «Про охорону здоров'я» [144], «Про освіту» [143], «Про загальну середню освіту» [142], Державній Національній програмі «Освіта (Україна XXI століття)» [112], Національній стратегії розвитку освіти в Україні на 2012-2021 роки [223], Національній стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року [222], Загальнодержавній програмі «Здоров'я 2020: український вимір» [140], Державній цільовій соціальній програмі «Молодь України» на 2016-2020 роки [113], Державній Національній програмі «Діти України» [111]).

Від стану здоров'я дітей молодшого шкільного віку, багато в чому залежить життєдіяльність особистості в майбутньому та загалом соціально-економічний добробут держави. Однак сучасні тенденції в суспільстві свідчать про зворотне - зростає число дітей з різними проблемами в стані здоров'я, в ієрархії потреб особистості, здоров'я не займає пріоритетну позицію.

Суперечність між значною роллю здоров'я особистості як стратегічного потенціалу, фактора стабільності й благополуччя суспільства та низький його рівень, актуалізує пошук шляхів удосконалення процесу формування, збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління, їх ефективного використання в життєдіяльності кожної особистості та підкреслює значущість формування здоров'язберезувальної компетентності особистості, зокрема дітей молодшого шкільного віку.

У сучасних умовах реформування системи початкової освіти питання здоров'язберезувальної діяльності знайшли відображення в Концепції Нової української школи [227], ключові компоненти якої визначають нові підходи до

організації освітнього процесу дітей за допомогою впровадження змісту освіти, що ґрунтується на формуванні в дітей шкільного віку компетентностей, необхідних для самоорганізації в суспільстві як повноцінної його складової; побудови системи виховання, яка формує цінності в дітей.

Теоретичні аспекти здоров'язбережувальної діяльності знайшли відображення в наукових доробках І. Брехмана [49], О. Ващенко [58], О. Новак [228] та ін.; основи формування культури здоров'я та здорового способу життя досліджували В. Горащук [101], С. Грищенко [231], Л. Горяна [102], Л. Сущенко [284] та ін.; проблемі упровадження компетентнісного підходу в освіті присвятили свої роботи І. Бех [34], Н. Бібік [40], В. Огнев'юк [236], О. Пометун [256]; здоров'язбережувальній компетентності майбутніх учителів як основі їхньої професійної компетентності Т. Бойченко [45], Т. Бондаренко [48], І. Мамакіна [196], Н. Поліщук [253], Є. Югова [303] та ін.; формування здоров'язбережувальної компетентності дітей дошкільного віку Т. Андрющенко [9], учнів основної школи О. Іващенко [154], Н. Козак [163], Н. Поліщук [252], студентів ЗВО Д. Воронін [87]; використання здоров'язбережувальних технологій в освітньому процесі вивчали О. Ващенко [57], С. Гаркуша [90], О. Дубогай [122], В. Єфімова [135], М. Носко [230], І. Поташнюк [261], В. Синіговець [275], М. Смирнов [277] тощо.

Аналіз наукових джерел у галузі фізичної культури школярів показують, що сучасна система фізичного виховання не достатньо передбачає цілеспрямовану роботу по формуванню цінностей, знань, умінь, навичок здорового способу життя, які є основою здоров'язбережувальної компетентності особистості.

Разом з тим проведені дослідження в даному напрямку вказують на можливість різної побудови моделей процесу фізичного виховання з метою забезпечення здоров'язбережувальної компетентності в дітей молодшого шкільного віку. У наукових дослідженнях Н. Гончарової [99] обґрунтовано концепцію здоров'яформувальних технологій, П. Дрібінського [118] охарактеризовано педагогічні умови формування ціннісного ставлення дітей до

здоров'я, С. Срулевич [280] обґрунтовано модель формування культури здоров'я на уроках фізичної культури, Н. Москаленко [211] визначено основні напрямки вдосконалення системи фізичного виховання в початковій школі (система заходів по формуванню здорового способу життя, міжпредметні зв'язки на уроках фізичної культури тощо), О. Дубогай, Б. Пангелова, Н. Фролова, М. Горбенко [123] наголошують на організації освітнього процесу з фізичного виховання на засадах інтеграції рухових, пізнавальних і творчих процесів у розвитку гармонійно розвинутої дитини.

Незважаючи на значні наукові дослідження з проблеми формування здоров'язбережувальної компетентності особистості, у практиці фізичного виховання недостатньо розробленим залишається питання формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку на інтегративних засадах.

Передбачаємо, що інтегрований характер використання дидактичного забезпечення рухової й пізнавальної діяльності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання дозволить сформувати у них здоров'язбережувальну компетентність.

Аналіз тенденцій, що існують на сучасному етапі розвитку педагогічної теорії і практики фізичного виховання, пов'язаних з пошуком основних напрямів формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, дозволив виявити такі суперечності між:

- потребою суспільства у формуванні здорових, всебічно гармонійно розвинутих особистостей, здатних до здоров'язбереження та існуючими недоліками у вирішенні даних проблем в процесі фізичного виховання;

- зростаючим значенням здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку та недостатньою розробленістю теоретико-методичних основ її формування в процесі занять фізичними вправами;

- практикою використання інтегративного підходу в освіті й недостатнім обґрунтуванням його в процесі фізичного виховання для реалізації



формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дослідження виконано відповідно до напряму наукової роботи загально-університетських тем ЧНПУ імені Т. Г. Шевченка «Дидактичні основи формування рухової функції осіб, які займаються фізичним вихованням і спортом» (№ 0108U000854), «Педагогічні шляхи формування здорового способу життя школярів різних вікових груп» (№ 0112U001072).

Тему дисертації затверджено на засіданні вченої ради Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка (протокол № 5 від 26 грудня 2019 р.).

**Метою дослідження** є обґрунтування, розробка та експериментальна перевірка ефективності інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити, проаналізувати та узагальнити сучасні проблеми формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

2. Виявити передумови та обґрунтувати чинники для розробки інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

3. Розробити інтегровану технологію формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання та навчально-методичне забезпечення для її реалізації.

4. Визначити ефективність інтегрованої технології на сформованість здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

**Об'єкт дослідження** – освітній процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку закладів загальної середньої освіти.

**Предмет дослідження** – інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку.

Для вирішення поставлених завдань і одержання об'єктивних даних у роботі використано наступні **методи досліджень**:

– *теоретичні*: аналіз, синтез та узагальнення науково-методичної літератури, інформаційних ресурсів мережі Інтернет і передового досвіду з питань дослідження;

– *емпіричні*: педагогічне спостереження; педагогічний експеримент у формі констатувального та формувального експерименту. Емпіричні методи застосовувались для визначення рівня фізичного здоров'я (експрес-оцінка рівня фізичного здоров'я школярів за Г. Апанасенко), рівня рухової активності (метод визначення добових енерговитрат), рівня ціннісного ставлення до здоров'я (інтегральна оцінка рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я за О. Єжовою), сформованості навичок самоконтролю та самооцінки (метод експертних оцінок), рівня захворюваності дітей (аналіз медичної документації).

- *статистичні*: методи математичної статистики (метод середніх величин та кореляційний аналіз).

**Наукова новизна** отриманих результатів дослідження полягає в тому, що *вперше*:

- розроблено та обґрунтовано авторську інтегровану технологію формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання (концепція; концептуальні положення її побудови; методичний підхід та алгоритм реалізації; педагогічні умови її функціонування);

- розроблено комплекс методичного забезпечення реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання (змістове наповнення

технології, комплекс завдань для самостійної роботи, контроль за виконанням завдань та форми організації);

- експериментально підтверджена ефективність впливу інтегрованої технології на сформованість здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання;

*подальшого розвитку та удосконалення* набули:

- положення про інтегрований характер рухової і пізнавальної діяльності дітей молодшого шкільного віку в процесі занять фізичними вправами та єдність взаємовпливу між руховою і дихальною системами;

- педагогічні умови ефективного формування здоров'язберезувальної компетентності в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку;

*додовнено:*

- дані про передумови та чинники формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає в розробці інтегрованої технології формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі занять фізичними вправами, яка ґрунтується на створенні ціннісної установки на формування, збереження та зміцнення здоров'я за рахунок ефективного управління руховою і пізнавальною діяльністю дітей молодшого шкільного віку. Невід'ємною складовою даної технології є принцип спряженого впливу на рухову і дихальну системи.

Розроблено комплекс навчально-методичного забезпечення для реалізації цієї технології: «Зошит здоров'я» для самостійних занять фізичними вправами для дітей молодшого шкільного віку; методичний посібник для вчителів початкових класів, вчителів фізичної культури та батьків «Методична скарбничка формування, збереження та зміцнення здоров'я дитини засобами дихальної гімнастики».

Результати дослідження були впроваджені в освітній процес Чернігівського колегіуму № 11 (довідка від 12. 07. 2020 р.), ПП «Приватна школа «МудрАнгелики» (довідка від 02. 12. 2019 р.), Чернігівського ЗЗСО I-III ступенів № 33 (довідка від 08. 12. 2020 р.); Ріпкинської гімназії імені Софії Русової (довідка від 11. 12. 2018 р.), Ріпкинського опорного ЗЗСО I-III ступенів (довідка від 15. 10. 2018 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційне дослідження є самостійною науковою працею. Висвітлена в дисертації інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку (концепція, концептуальні положення її побудови, методичний підхід та алгоритм реалізації) та результати перевірки її ефективності, висновки, отримані автором самостійно. Використані в роботі теоретичні здобутки інших авторів містять відповідні посилання із дотриманням правил цитування.

У публікаціях та статтях, написаних у співавторстві, особистим внеском дисертантки є: обґрунтування педагогічних умов для виховання звички до систематичних занять фізичними вправами з метою успішної реалізації самостійної роботи учнів ЗЗСО [3]; обґрунтування та розробка технології оздоровлення дітей молодшого шкільного віку на основі впровадження дихальних вправ у процес фізичного виховання [4]; аналіз здоров'язбережувальних технологій та теоретичне обґрунтування системи впровадження їх у процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку [8]; розробка педагогічної технології формування правильної постави дітей молодшого шкільного віку на основі взаємодії інтелектуального і фізичного розвитку [10]; постановка проблеми та обґрунтування напрямку удосконалення організації процесу фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку на засадах здоров'язбереження [11]; аргументація перспективи застосування дихальних вправ для успішного фізичного удосконалення особистості [13]; постановка проблеми та формулювання висновків [15]; обґрунтування формування культури рухів дітей молодшого шкільного віку на основі створення мотивації до свідомих занять фізичними вправами і здатності до здоров'язбереження

[17]; характеристика сучасних технологій візуалізації навчального матеріалу [18]; обґрунтування педагогічних умов формування навичок самоконтролю у дітей молодшого шкільного віку [19]; постановка проблеми та обґрунтування принципів проведення занять із фітбол-аеробіки на засадах здоров'язбереження [21]; постановка проблеми та обґрунтування концепції побудови методики занять оздоровчим плаванням для дітей молодшого шкільного віку [23]; виявлення рівня здатності дітей молодшого шкільного віку до оперування знаннями про поставу та обґрунтування педагогічних умов цілеспрямованого формування правильної постави в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку [24].

**Апробація результатів дисертації.** Основні теоретичні, експериментальні й практичні результати дослідження доповідалися на:

- *міжнародних науково-практичних конференціях*: «Сучасні проблеми та перспективи розвитку фізичного виховання, здоров'я і професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання» (Київ, 2011); «Актуальні проблеми фізичного виховання та спорту на сучасному етапі і шляхи їх вирішення» (Чернігів, 2011); «Сучасні технології формування особистості фахівця з фізичного виховання, спорту та основ здоров'я» (Чернігів, 2012, 2018); «Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві» (Луцьк-Світязь, 2012); «Актуальні проблеми сучасної біомеханіки фізичного виховання та спорту» (Чернігів, 2012, 2015, 2017-2020); «Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы» (Мінск, Республіка Білорусь, 2013); Научно-техническая конференция профессорско-преподавательского состава, научных сотрудников и аспирантов (с международным участием) (Мінск, Республіка Білорусь, 2014 online); «Сучасні технології формування особистості фахівця з фізичного виховання, спорту та основ здоров'я людини» (Чернігів, 2018);

- *всеукраїнських*: «Актуальні проблеми фізичної культури, спорту, фізичної терапії та ерготерапії: біомеханічні, психофізіологічні та метрологічні аспекти» (Київ, 2018); «Особливості використання інноваційних

здоров'язбережувальних технологій в освітньому процесі» (Слов'янськ, 2018); «Інноваційні трансформація освітнього простору: зміст, напрями і технології реалізації» (Чернігів, 2019, 2020);

- *регіональних конференціях та методичних нарадах закладів загальної середньої освіти*: «Наукові дискусії кафедри педагогіки, психології та методики фізичного виховання» (Чернігів, 2012-2020); методичні наради ЗЗСО (ПП «Приватна школа «МудрАнгелики», Ріпкинська гімназія імені Софії Русової).

**Публікації.** Основні положення та результати дисертаційного дослідження опубліковано у 26 наукових працях. Основний зміст дисертації висвітлено у 12 публікаціях, із них 1 колективна монографія, 1 методичний посібник, 9 статей у виданнях, включених до Переліку наукових фахових видань України, 1 стаття у зарубіжних періодичних наукових виданнях. Матеріали апробаційного характеру представлено у 8 статтях у збірниках матеріалів наукових конференцій. Додатково відображають результати дослідження 6 публікацій.

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертаційна робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 254 сторінки, основний її зміст викладено на 168 сторінках. У роботі міститься 40 рисунків і 17 таблиць. Список використаних джерел охоплює 322 найменування, із яких 17 – іноземними мовами.

**РОЗДІЛ 1**  
**ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ**  
**ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ**  
**МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

**1.1. Здоров'язбережувальна компетентність особистості як наукова та педагогічна проблема**

Реформування сучасної системи освіти в Україні є частиною процесів оновлення освітніх систем, що відбуваються останні роки в європейських країнах і пов'язані з визнанням значимості знань як рушія суспільного добробуту та прогресу. Ці зміни передбачають не тільки створення нових освітніх стандартів, а й оновлення та перегляд навчальних програм, навчально-дидактичних матеріалів, підручників тощо [12]. Нова українська школа (НУШ) принципово відрізняється від існуючої системи освіти не тільки дидактичними принципами й підходами, а й докорінно змінює засади педагогічної взаємодії та режим їх практичної реалізації.

Провідним у модернізації системи освіти України проголошується компетентнісний підхід як одне з важливих концептуальних положень оновлення змісту освіти. Відповідно Концепції НУШ компетентнісний підхід – це місток, який поєднує школу з реальним світом і тими потребами, які ставить перед людиною життя [227].

Теорія компетентнісного підходу в освіті розроблялася й була представлена в працях як зарубіжних учених Д. Мертенса [312], Б. Оскарсона [240], Д. Дюбуа [308], так і вітчизняних. Українські перспективи компетентнісного підходу в сучасній освіті досліджували вчені І. Бех [34], Н. Бібік [40], Л. Ващенко [56], А. Вітченко [66], М. Євтух [129], І. Єрмаков [133], О. Локшина [190], В. Огнев'юк [236], С. Паламар [244], Л. Парашенко [246], К. Рудніцька [266], С. Трубачева [289], Л. Хоружа [293] та інші.

Українські вчені під поняттям «компетентнісний підхід» розуміють спрямованість освітнього процесу на формування та розвиток компетентностей

особистості, тобто інтегрованої характеристики людини. Основною ідеєю компетентнісного підходу є діяльнісний характер змісту освіти [241, 269].

За твердженням О. Пометун компетентнісний підхід «це спрямованість освітнього процесу на формування й розвиток ключових (базових, основних) і предметних компетентностей особистості» [259].

У сучасній науковій літературі глобального поширення набуло визначення «компетентності як сукупності знань і вмінь, необхідних для ефективної професійної діяльності: вміння аналізувати, передбачати наслідки професійної діяльності, використовувати інформацію», запропоноване С. Гончаренком [264].

На думку І. Беґа «трактування поняття компетентність дуже широке...» [37]. Компетентний у широкому розумінні – «це знаючий, обізнаний у певній галузі»; у вузькому розумінні – той, хто має право авторитетного судження, як спеціаліст високого рівня в певному колі питань.

У Концепції НУШ «компетентність – це динамічна комбінація знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей, що визначає здатність особи успішно соціалізуватися, провадити професійну та/або подальшу навчальну діяльність» [227].

У працях Г. Селевка знаходимо: «під компетентністю розуміється інтегральна якість особистості, що виявляється в загальній здатності та готовності до діяльності, яка базується на знаннях і досвіді, здобутих у процесі навчання і соціалізації й орієнтованих на самостійну й успішну участь у діяльності» [271]. Поняття компетентності, на думку вченого, значно ширше поняття ніж знання, або вміння, або навички, воно містить не тільки когнітивну (знання) й операційно-технологічну (вміння) складові, а й мотиваційну, етичну (ціннісні орієнтації), соціальну та поведінкову. Тому оволодіння компетентністю вимагає ментальної організованості, значного інтелектуального розвитку: абстрактного мислення, саморефлексії, визначення власної позиції, самооцінки, критичного мислення та ін.



О. Пометун зазначає, що в межах проекту Програма розвитку Організацій Об'єднаних Націй «Освітня політика та освіта «рівний – рівному» запропоновано такий перелік ключових компетентностей: уміння вчитись (навчальна); громадянська; загальнокультурна; компетентність з інформаційних та комунікаційних технологій; соціальна; підприємницька; здоров'язбережувальна [256] (рис.1.1).

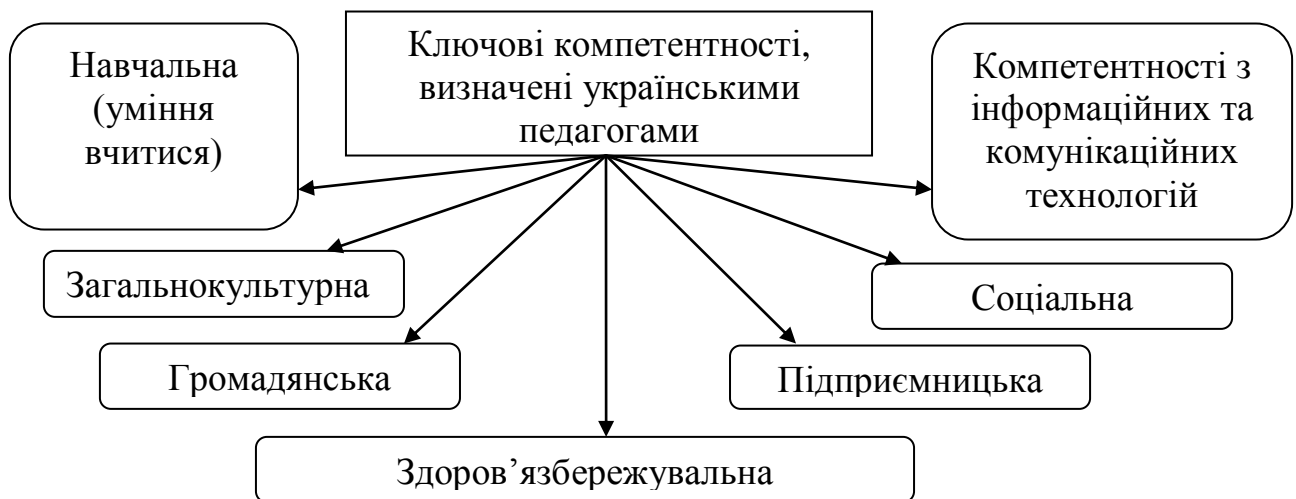


Рис. 1.1. Ключові компетентності (за О. Пометун) [256]

Ідея збереження найважливішої цінності, якою є здоров'я, постійно привертає увагу вчених. Сучасні наукові дані свідчать про те, що здоров'я – це складне явище, яке є індивідуальною суспільною характеристикою, що нескінченно взаємодіє з довкіллям. Даний феномен відносять до медичного, економічного, філософського та соціального класів. На це вказують новітні наукові відомості [252].

Значне навчальне навантаження, порушений режим сну, відсутність збалансованого харчування, малорухомий спосіб життя, – на ці чинники погіршення стану здоров'я в сучасного покоління вказують лікарі. Саме тому в пріоритеті шкіл головною метою повинно стояти зміцнення стану здоров'я дітей шляхом реформації освітнього процесу на зменшення оціночного тиску та акцентування на потенційні можливості, бажання учнів.

Аналіз сучасних наукових джерел свідчить, що існує багато визначень поняття «здоров'я людини». У міжнародному вжитку загальноприйнятим

вважається визначення поняття здоров'я, викладене в преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (1948): «Здоров'я – це стан повного фізичного, душевного й соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних вад» [51].

На думку І. Брехмана, здоров'я – це повна гармонія людини з усіма фізичними та психологічними складовими, а не тільки відсутність хвороб. Він вважає, що здоров'я людини – це здатність зберігати відповідну віку стійкість в умовах різких змін кількісних і якісних параметрів триєдиного джерела сенсорної, вербальної та структурної інформації [49].

На думку академіка М. Амосова, здоров'я організму визначається й оцінюється максимальною тривалістю функцій органів при збереженні якісної границі [7].

Е. Буліч, І. Мурахов вважають, що значення різноманітних класифікованих станів здоров'я потребує більшої уваги та конкретизації їх трактування. Існує понад 300 дефініцій здоров'я. Критичне осмислення великої кількості визначень стану здоров'я свідчить про те, що це поняття багатобічне і має різні трактування, які потребують конкретизації й певної визначеності [52].

С. Попов вважає, що абсолютне здоров'я є абстракцією і крім того, що це визначення спочатку виключає людей, які мають які-небудь (вроджені або набуті) фізичні дефекти, навіть у стадії компенсації [260].

В. Казначеев трактує «здоров'я, як процес збереження й розвитку біологічних, фізіологічних і психічних функцій оптимальної працездатності, соціальної активності людини при максимальній тривалості життя» [157].

Чималий інтерес викликає визначення поняття здоров'я, запропоноване Д. Венедиктовим. Автор розглядає дане визначення як системне поняття, що має інтегрований характер: «Здоров'я – динамічна рівновага організму з навколишнім середовищем, коли всі закладені в біологічній та соціальній сутності людини фізичні, духовні та інші здібності виявляються найбільш повно і гармонійно, всі життєво важливі підсистеми людського організму функціонують з максимально можливою інтенсивністю, а загальне поєднання

підтримується на рівні, оптимальному для збереження цілісності організму, його працездатності, а також швидкої адаптації до природного й соціального середовища, що безперервно змінюється» [60].

Частіше більшої ваги набирають дослідження, у яких поняття «здоров'я» розглядається з точки зору системного підходу. На думку, Г. Апанасенко «людина – це система з пірамідальним принципом побудови, у якій необхідно виділяти три рівні: нижчий (тілесний), середній (психічний) і вищий (духовний) елемент. У новій феноменології здоров'я автор виділяє три рівні здоров'я – безпечний, межовий (донозологічна форма) і рівень становлення патологічного процесу. Необхідність повернення індивіда до безпечного рівня здоров'я є запорукою формування кожної нації зокрема і здоров'я населення світу загалом» [14].

О. Міхеєнко, зазначає, що «здоров'я – це завжди результат взаємодії особистості й оточення, яке не можна зрозуміти без комплексного вивчення біосоціального феномена людини». Автор вказує, що «здоров'я людини являє собою складну понятійну конструкцію, у якій досить важко коротко й однозначно виділити багатогранні її сторони, тому створити єдину погоджену думку досить важко» [210].

Узагальнюючи аналіз поняття «здоров'я», ми спираємося на твердження А. Изуткіна та Г. Царегородцева про те, що «здоров'я – це стан оптимальної саморегуляції організму та його динамічної взаємодії із середовищем, сукупність відносно урівноважених психосоматичних станів, що забезпечують можливість оптимального функціонування людини в різних сферах життя [151]. Здоров'я – це не тільки відсутність захворювань, а й здатність організму швидко й своєчасно пристосовуватися до змінюваного соціально-психологічного й природного оточення та виконання видоспецифічних функцій, властивих людині. Здоров'я – це така форма життєдіяльності, що включає біологічні та соціальні ознаки» [254].

І. Рядинська при визначенні теоретичних підходів до визначення сутності поняття здоров'я звертається до наведених А. Іванюшкіним рівнів опису

цінності здоров'я: 1) біологічний – початкове здоров'я припускає досконалість саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів і, як наслідок, мінімум адаптації; 2) соціальний – здоров'я є мірою соціальної активності, діяльного відношення людини до світу; 3) особовий, психологічний – здоров'я є не відсутність хвороби, а швидше заперечення її, в сенсі подолання. Здоров'я в цьому випадку виступає як «стратегія життя людини» [268].

Н. Башавець, вважає доцільним виокремлювати і четвертий рівень опису цінності здоров'я – педагогічний, коли здоров'я слугує мірою цілеспрямованої діяльності в цьому напрямі. Здоров'я – це феномен, що інтегрує принаймні чотири його складові – психічну (розумову), фізичну, соціальну (суспільну) й духовну. Усі ці складові тісно взаємопов'язані між собою і саме в сукупності визначають стан здоров'я людини. У кожного вони по-різному взаємодіють, утворюючи цілісність, своєрідне явище – феномен індивідуального здоров'я. Саме тому людина живе, визначає та задовольняє свої потреби й можливості, планує певні дії задля збереження життя і зміцнення свого здоров'я та здоров'я інших [24].

Індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, фізіологічні функції організму в різних умовах, генетична спадковість, рівень фізичного розвитку органів і систем організму, довкілля – чинники, які визначають фізичне здоров'я [230].

Здатність адекватно оцінювати й сприймати свої почуття й відчуття, свідомо керувати своїми емоціями забезпечується психологічним здоров'ям людини. Урівноважена особистість здатна протистояти стресовим навантаженням, знаходити безпечні виходи для негативних емоцій. Людина наділена інтелектом, і це дає змогу пізнавати світ, досягати поставлених цілей, вчитися і працювати, розвиватися духовно [286].

Ознаками духовної складової є здатність людини перейматися співчуттям до інших, надавати їм допомогу, чинити добро. Це вміння бачити прекрасне в довкіллі та в собі, цінувати життя й здоров'я, відповідально ставитися до себе та свого життя, до оточуючих людей [94].

Соціальне здоров'я характеризується функціонуванням особистості в ролі повноправного члена суспільства, її безконфліктну взаємодію з навколишнім світом, доброзичливі взаємини в колективі однолітків, у сім'ї, суспільстві [44].

О. Васильєва розглядає чинники, що можуть впливати на кожну з складових здоров'я, зокрема таких, як фізичне, психічне, соціальне й духовне. Система харчування, дихання, фізичних навантажень, загартування, гігієнічні процедури – чинники, що впливають на фізичне здоров'я. До поведінкових факторів, що негативно впливають на психічне здоров'я, належать тривалі негативні стресові ситуації, невміння підтримувати адекватні відносини з оточуючими, конфлікти, недостатній відпочинок, малорухомий спосіб життя, зовнішні подразники. Важливим критерієм соціального здоров'я є показник соціальної адаптованості людини, який пов'язує з її здатністю ефективно спілкуватися та налагоджувати здорові міжособистісні стосунки, адаптуватися до соціальних норм і правил, що існують у суспільстві, взаємодіяти з державними інституціями [55].

І, нарешті, духовне здоров'я залежить від духовного світу особистості, обумовлюється її стосунками з такими складовими, як освіта, наука, релігія, мораль. Свідомість людини, її ментальність, життєва самоідентифікація, ставлення до сенсу життя, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей – усе це обумовлює стан духовного здоров'я індивіда [268].

Усі аспекти здоров'я особистості однаково важливі й мають розглядатися у взаємозв'язку та реалізовуватися в освітньому процесі закладів загальної середньої освіти [276].

У Державному стандарті початкової освіти можемо знайти тлумачення поняття здоров'язбережувальної компетентності. Здоров'язбережувальна компетентність – здатність учня застосовувати в умовах конкретної ситуації сукупність здоров'язбережувальних компетенцій, дбайливо ставитися до власного здоров'я та здоров'я інших людей [114].

Проблема формування здоров'язбережувальної компетентності особистості знайшла своє відображення у працях Н. Белікової [38],

В. Бобрицької [41], Т. Бойченко [45], Ю. Бойчука [46], Т. Бондаренко [48], Д. Вороніна [87], Т. Куценко [176], О. Леонтєва [183], Т. Миронюк [208], С. Новописьменного [229], Н. Поліщук [252] та ін.

Здоров'язбережувальна компетентність І. Зимнею визнається однією із ключових компетентностей людини, які мають бути обов'язково сформовані у кожної особистості для її повноцінної життєдіяльності й життєтворчості. Вона розглядається як основа буття людини, де основним є усвідомлення важливості здоров'я, здорового способу життя для всієї життєдіяльності особистості [148].

На думку О. Ващенко «здоров'язбережувальна компетентність дитини» – це комплекс знань, умінь, ставлень та цінностей, які спрямовані на збереження й укріплення здоров'я – свого та оточуючих, на уроках та в позаурочній діяльності [58].

Т. Шаповалова визначає «здоров'язбережувальну компетентність як інтегральну динамічну рису особистості, що проявляється в здатності організувати здоровий спосіб життя й регулювати діяльність, спрямовану на збереження здоров'я; адекватно оцінювати свою поведінку, а також учинки й погляди оточуючих; зберігати та реалізовувати власні здоров'язберігаючі позиції в різних, зокрема несприятливих умовах». Виходячи з особисто засвоєних моральних норм та принципів, а не за рахунок зовнішніх сил; протистояти негативному тиску, протидіяти впливам, що суперечать внутрішнім установкам, поглядам і переконанням, активно їх перетворювати, самостійно приймати моральні рішення [299].

Отже, під визначенням поняття здоров'язбережувальна компетентність дитини, ми передбачаємо інтегральну якість особистості дитини, яка проявляється в готовності та здатності до здоров'язбережувальної діяльності, що ґрунтується на інтеграції поглядів, цінностей, способів мислення, знань, умінь, навичок, спрямованих на збереження здоров'я – свого та оточуючих.

На думку А. Добридень формування здоров'язбережувальної компетентності включає:

- концептуальні основи знань про здоров'я сучасної людини, розвиток культури духовного і фізичного здоров'я;
- прищеплення здорового способу життя;
- навички безпечної поведінки;
- культивування здоров'ятворчої, здоров'язбережувальної, життєактивної поведінки;
- оперування знаннями про здоров'я та його складовими;
- формування в особистості ціннісного ставлення до навколишнього середовища, до людей, до самої себе;
- володіння методами комплексної оцінки стану здоров'я і системою практичних умінь та навичок, які забезпечують збереження та зміцнення здоров'я;
- використання знань про збереження й зміцнення здоров'я, про саморегуляцію й самокорекцію;
- володіння методами й засобами надання першої допомоги;
- здатність проводити профілактику травматизму [117].

Характеризуючи здоров'язбережувальну компетентність, О. Онопрієнко розкриває її складові. Це – життєві навички, що сприяють здоровому способу життя. Відповідно до складників здоров'я (фізичний, соціальний, духовний, психічний), ці життєві навички передбачають реалізацію кожного з них, а саме:

- життєві навички, що сприяють фізичному здоров'ю (навички раціонального харчування, рухової активності, санітарно-гігієнічні навички, навички режиму праці та відпочинку);
- життєві навички, що сприяють соціальному здоров'ю (навички ефективного спілкування, співчуття, розв'язування конфліктів, поведінки в умовах тиску, погроз, дискримінації, спільної діяльності та співробітництва);
- життєві навички, що сприяють духовному та психічному здоров'ю (самоусвідомлення та самооцінка, аналіз проблем і прийняття рішень, визначення життєвих цілей та програм, самоконтролю, мотивація успіху та тренування волі) [238].

Здоров'язбережувальна компетентність як і будь-який інший вид компетентності, має свою структуру. Так, О. Югова у структурі здоров'язбережувальної компетентності виокремлює три компоненти: змістовий, діяльнісний, особистісний [303].

І. Сичева, зазначає, що здоров'язбережувальна компетентність сьогодні належить до ключових компетентностей і охоплює компоненти, здібності, якості, орієнтовані на збереження, зміцнення та підтримку здоров'я: соціально-трудова, загальнокультурна, когнітивна, навчально-пізнавальна, інформаційна, діяльнісний, компонент особистісного вдосконалення, комунікативний, ціннісно-смісловий компоненти [285].

Таким чином, на основі проведеного аналізу наукової літератури [34, 40, 148, 241, 244, 246, 257] можна зробити висновок, що саме компетентнісний підхід до проблеми здоров'язбереження забезпечує можливість надання дітям знань про основні ознаки складових здоров'я, умови його збереження й зміцнення, формування ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих, а також уміння користуватися в житті набутими знаннями, вміннями й навичками. Зазначені вище положення є підставою для дослідження особливостей формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

## **1.2. Теоретичне обґрунтування положень формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку**

### **1.2.1. Загальна характеристика дидактичних засад формування здоров'язбережувального навчального середовища дітей молодшого шкільного віку**

Проблема здоров'язбереження в останні десятиліття набуває глобального масштабу. Це зумовлює актуалізацію наукового пошуку щодо вивчення й розробки проблеми формування, збереження й зміцнення здоров'я учнів закладів загальної середньої освіти (ЗЗСО) України.



Зважаючи на актуальність проблеми збереження здоров'я громадян України, у більшості державних документів, які стосуються освіти, одним із пріоритетних завдань визначено формування основ здорового способу життя через освіту, створення здоров'язбережувального освітнього середовища, становлення духовного, психічного та фізичного здоров'я особистості, формування в дітей відповідального ставлення до нього як найвищої індивідуальної та суспільної цінності [11].

Згідно з Національною доктриною розвитку освіти в Україні, перед педагогами та батьками постає пріоритетне завдання – «навчання людини відповідальному ставленню до власного здоров'я і здоров'я оточуючих як до найвищих індивідуальних і суспільних цінностей. Це здійснюється через розвиток ефективної валеологічної освіти, повноцінне медичне обслуговування, оптимізацію режиму освітнього процесу, створення екологічно сприятливого життєвого простору, залучення до фізичної культури і спорту всіх учасників освітнього процесу» [221]. Питанням формування, збереження, зміцнення і відтворення здоров'я присвячені праці М. Амосова [7], Г. Апанасенко [14], В. Горашука [101], О. Дубогай [124], М. Носко [230], В. Черній [298] та ін.

Нині важливими чинниками підвищення якості сучасної освіти є здійснення навчання та виховання на засадах здоров'язбереження [26]. Л. Горяна зазначає, що «розв'язання проблеми модернізації сучасного освітнього процесу, його особистісно-діяльнісний аспект ґрунтується на впровадженні здоров'язбережувальних технологій. Саме вони є основними положеннями нової парадигми освіти» [102].

Підгірна О. пояснює поняття «здоров'язбережувальний простір» як багаторівневу освітню систему і соціально організоване виховне середовище, у якому пріоритетами є: здоровий спосіб життя, культура здоров'я, прогнозування здоров'язбережувальної діяльності [250].

Н. Міллер доводить, що «здоров'язбережувальне освітнє середовище сприяє впровадженню здоров'язбережувального навчання як процесу взаємодії учнів і вчителів, результатом якого є засвоєння знань, умінь, навичок, способів

творчої діяльності, системи цінностей і збереження здоров'я учасників освітнього процесу» [207].

Здоров'язбережувальне освітнє середовище А. Маджуга розглядає як «цілеспрямовану і професійно створювану систему дидактичних умов, у якій засвоєння знань, умінь і навичок, розвиток творчого мислення і формування емоційно-ціннісного ставлення до власного здоров'я відбувається в ситуаціях фізичного, емоційного, інтелектуального, соціального, духовного комфорту» [195].

Здоров'язбереження в освітньому просторі ЗЗСО становить процес збереження і зміцнення здоров'я, спрямований на перетворення інтелектуальної й емоційної сфер особистості учня, підвищення ціннісного ставлення до власного здоров'я і здоров'я інших людей на основі усвідомлення учнем особистої відповідальності за нього [31].

Здоров'язбереження як педагогічний феномен і компонент освітнього процесу ЗЗСО передбачає визначення мети, мотивів, цінностей, способів досягнення мети, умов, результату. У процесі здоров'язбереження названі вище компоненти виражають специфіку, яка визначається насамперед метою (здатність до самовдосконалення) і програмою дій щодо реалізації.

До основних компонентів здоров'язбереження в освітньому просторі ЗЗСО М. Лук'янченко [192] та Ю. Палічук [245] відносять:

– аксіологічний, що виявляється в усвідомленні дитиною вищої цінності власного здоров'я, переконаності в необхідності вести здоровий спосіб життя, який дає змогу реалізувати поставлені цілі, розумові і фізичні можливості. В умовах освітнього процесу цей компонент є важливою складовою у формуванні ціннісно-орієнтаційних установок на збереження власного здоров'я як невід'ємної частини життєвих цінностей;

– гносеологічний нерозривно пов'язаний з набуттям дитиною необхідних знань та умінь стосовно збереження та зміцнення здоров'я, можливістю здійснення самостійних спроб удосконалення себе, своє тіло, психіку, емоції, інтересом до питань здоров'язбереження тощо. Під час

навчання цей процес реалізується у формуванні системи наукових і практичних знань, умінь та навичок учнів, а також орієнтує їх на дбайливе ставлення до свого здоров'я та здоров'я оточуючих;

– здоров'язбережувальний компонент включає в себе формування гігієнічних навичок, які необхідні для нормального функціонування організму. Важлива роль у цьому компоненті відводиться раціонально організованому робочому режиму, дотриманню правил здорового харчування, попередженню шкідливих звичок, різним оздоровчим заходам та ін.;

– емоційно-вольовий, до якого належать прояви психологічних механізмів, необхідних для збереження здоров'я. За допомогою цього компонента створюються умови для відчуття позитивних емоцій від здорового способу життя та бажання зміцнювати власне здоров'я;

– фізкультурно-оздоровчий компонент, в основі якого закладено володіння засобами діяльності, що сприяють руховій активності. До нього також належать загартовування, масаж, фізіотерапія, ароматерапія, лікувальна фізкультура та ін. Метою цього компонента є формування важливих особистісних якостей, що сприятимуть підвищенню працездатності, кращому самопочуттю, позитивним емоціям, а також розвитку навичок особистої гігієни.

Ю. Палічук у своїх наукових працях виділяє такі функції здоров'язбереження:

– формувальну, що здійснюється на основі біологічних і соціальних закономірностей становлення особистості, спадкових якостей, які зумовлюють індивідуальні фізичні та психічні властивості;

– інформативно-комунікативну, що забезпечує трансляцію досвіду організації здорового способу життя, спадкоємність традицій, ціннісних орієнтацій, які формують дбайливе ставлення до власного здоров'я й життя;

– діагностичну, що спрямована на моніторинг розвитку школярів на основі прогностичного контролю, порівняння зусиль і дій педагога відповідно до їх природних можливостей;

- адаптивну, що передбачає виховання в дітей спрямованості на здоровий спосіб життя, оптимізацію стану власного організму й підвищення стійкості стресогенним чинникам природного й соціального середовища;
- рефлексивну, що полягає в переосмисленні попереднього особистісного досвіду стосовно збереження здоров'я;
- інтеграційну, що об'єднує освітні стандарти у сфері фізичного виховання, різні наукові концепції й системи виховання, народний досвід щодо збереження здоров'я майбутнього покоління [245].

Особливе значення організація здоров'язбережувального освітнього середовища має для дітей молодшого шкільного віку. Саме цей період вікового розвитку дитини має виключне значення як для формування функціональних резервів не тільки здоров'я особистості, так і для становлення рис і характеру особистості, засвоєння основ знань щодо формування здорового способу життя [10].

Процес формування, збереження та зміцнення здоров'я у молодших школярів буде ефективнішим, якщо його здійснювати, використовуючи здоров'язбережувальні технології, що сприятимуть створенню здоров'язбережувального освітнього середовища у початковій школі, поліпшенню в учнів показників як фізичного, так і розумового розвитку, зростанню даних рухової підготовленості, зменшенню пропусків навчальних днів через хворобу, своєчасному зняттю розумової втоми та поліпшенню успішності молодших школярів. Успішність реалізації таких технологій визначається такими умовами: доцільне поєднання традиційних та інноваційних педагогічних технологій, спрямованих на формування, збереження здоров'я; застосування інтерактивних методів навчання; забезпечення участі учнів у діяльності щодо покращення здоров'я [156, 298].

З позиції сьогодення застосування здоров'язбережувальних технологій у ЗЗСО сприяє підвищенню якості освітнього процесу, розвитку оздоровчих систем, формуванню у школярів стійкої мотивації на здоровий спосіб життя.

Отже, на основі аналізу педагогічних, психологічних та соціальних досліджень можна констатувати, що питання реалізації здоров'язбережувальних освітніх технологій в освітньому процесі є пріоритетним завданням сучасного ЗЗСО. Оскільки в сучасному розумінні метою навчання є всебічний розвиток дитини з урахуванням її вікових та індивідуальних особливостей разом із збереженням та зміцненням здоров'я, то, зрозуміло, відповідно здоров'язбережувальні технології постають як єдина система організаційних форм та технологічних одиниць, головною метою яких є збереження та зміцнення здоров'я особистості [192].

### **1.2.2. Здоров'язбережувальні технології: сутність, понятійний апарат у системі освіти**

В останні роки проблема здоров'язбереження підростаючого покоління набула особливої гостроти. Це обумовлено певними чинниками, а саме: емоційним дискомфортом, спричиненим труднощами освітнього процесу; перевантаженням програмним матеріалом; складнощами стосунків у системі «учні-вчителі-батьки»; недостатньою руховою активністю, браком організації здорового дозвілля, раціонального харчування; слабким упровадженням системи здоров'язбереження; відсутністю сформованої мотивації на здоровий спосіб життя та культури здоров'я у дітей [31,180].

Така ситуація потребує впровадження у практику роботи ЗЗСО здоров'язбережувальних технологій, які є важливою складовою здоров'язбережувального освітнього середовища й передбачають взаємозв'язок та взаємодію всіх ключових ланок освітнього процесу, спрямованих на формування, збереження і зміцнення здоров'я дітей.

Поняття «здоров'язбережувальні технології» з'явилося у педагогіці і в останні роки широко використовується у дисертаційних дослідженнях і методичних посібниках (О. Дубогай [122], В. Єфімова [135], М. Носко [230], І. Поташнюк [261]).

О. Дарюга акцентує увагу на тому, що поняття «здоров'язбережувальні технології» об'єднує всі напрямки діяльності ЗЗСО щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я учнів. Під здоров'язбережувальними технологіями вчені пропонують розуміти: сприятливі умови навчання дитини в школі (відсутність стресових ситуацій, адекватність вимог, методик навчання та виховання); ефективну організацію навчального процесу (відповідно до вікових, статевих та індивідуальних особливостей та гігієнічних норм); повноцінний та раціонально організований руховий режим [108].

І. Єрохіна визначає поняття «здоров'язбережувальні технології» в освіті як «сукупність форм, засобів і методів, що спрямовані на досягнення оптимальних результатів у підтриманні фізичного, психічного, етичного й соціального благополуччя людини у формуванні здорового способу життя» [127].

За висновками дослідників О. Ващенко і С. Свириденко, поняття «здоров'язбережувальні технології» об'єднує в собі всі сфери діяльності ЗЗСО щодо формування, збереження та поліпшення здоров'я учнів [57].

М. Смірнов пропонує під терміном «здоров'язбережувальні технології» розуміти ті «психолого-педагогічні технології, програми, методи, які спрямовані на виховання в учнів культури здоров'я, особистісних якостей, які сприяють його збереженню та зміцненню, формування уявлення про здоров'я як цінність, мотивацію на ведення здорового способу життя» [277].

Мета всіх здоров'язбережувальних технологій – сформувати в учнів необхідні знання, вміння та навички здорового способу життя, навчити їх використовувати отримані знання в повсякденному житті. Виходячи з цього, система сучасної освіти повинна зменшити негативний вплив школи на здоров'я учнів і вчителів. Це перш за все створення комфортного безпечного освітнього середовища та впровадження здоров'язбережувальних технологій у освітній процес [108].

У системі освіти поширеною є класифікація О. Ващенко, у якій розрізняють такі типи здоров'язбережувальних технологій [57]:

*Здоров'язбережувальні* – це технології, що створюють безпечні умови для перебування, навчання та праці в ЗЗСО та ті, що вирішують завдання раціональної організації освітнього процесу (з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей та гігієнічних норм), відповідність навчального та фізичного навантажень можливостям дитини.

*Виховання культури здоров'я* – це виховання в учнів особистісних якостей, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я, формуванню уявлень про здоров'я як цінність, посиленню мотивації на ведення здорового способу життя, підвищенню відповідальності за особисте здоров'я, здоров'я родини.

*Технології навчання здоров'ю* – це гігієнічне навчання, формування життєвих навичок (керування емоціями, вирішення конфліктів тощо), профілактика травматизму та зловживання психоактивними речовинами, статеве виховання. Ці технології реалізуються завдяки включенню відповідних тем до предметів загально-навчального циклу, введення до варіативної частини навчального плану нових предметів, організації факультативного навчання та додаткової освіти.

*Оздоровчі* – це технології, спрямовані на вирішення завдань зміцнення фізичного здоров'я учнів, підвищення потенціалу (ресурсів) здоров'я. До оздоровчих технологій відносять фізіотерапію, аромотерапію, гімнастику, масаж, фітотерапію, загартування, музичну терапію, технології, засновані на використанні дихальних вправах, які є ключовою ланкою в системі класифікації оздоровчих технологій. Даних технологій є багато (рис. 1.2).

М. Смирновим запропонована інша класифікація усіх здоров'язбережувальних технологій. Серед здоров'язбережувальних технологій, вживаних у системі освіти, фахівець пропонує виділити декілька груп, у яких використовується різний підхід до охорони здоров'я, а також і різні форми й методи роботи: медико-гігієнічні, фізкультурно-оздоровчі технології; екологічні здоров'язбережувальні технології, забезпечення безпеки життєдіяльності; здоров'язбережувальні освітні технології. На думку автора,

здоров'язбережувальні освітні технології слід визнати найбільш значущими з усіх перерахованих за ступенем впливу на здоров'я учнів. Головна їх відмінна ознака не місце, де вони реалізуються, а використання психолого-педагогічних прийомів, методів, технологій, підходів до вирішення проблем, що виникають [277].

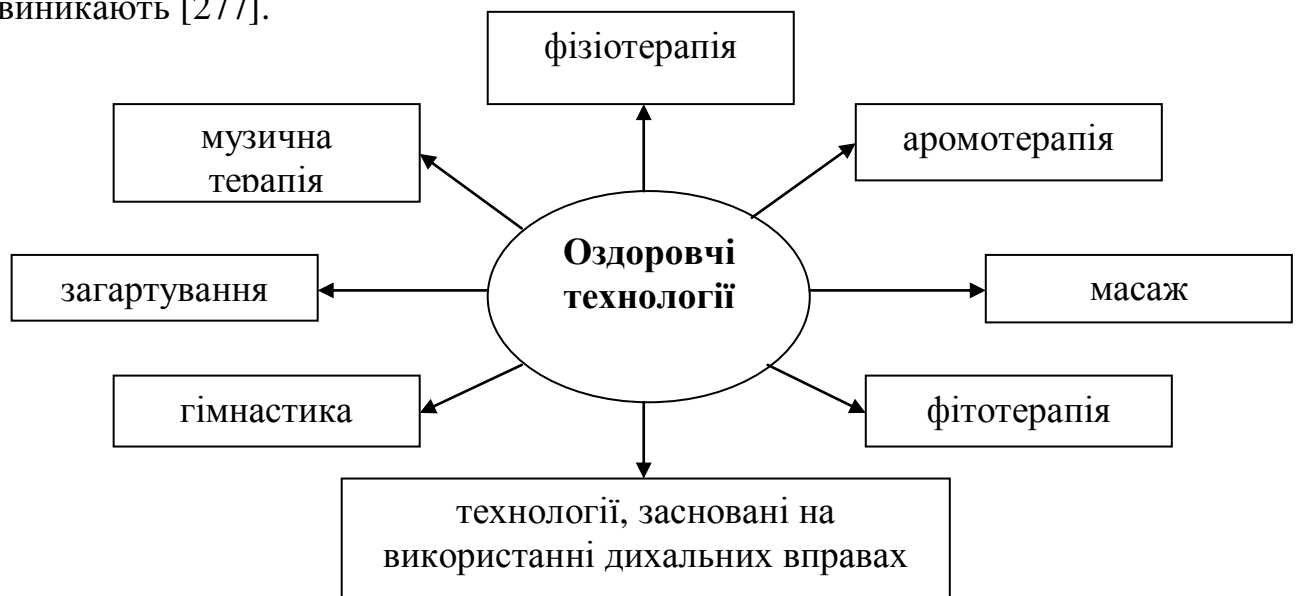


Рис. 1.2. Класифікація оздоровчих технологій (за О. Ващенко, 2006) [57]

Окреме місце займають ще дві групи технологій: соціально адаптивні та особистісно-розвивальні. Вони включають такі форми й методи, що забезпечують формування та зміцнення психологічного здоров'я учнів, підвищення ресурсів психологічної адаптації особистості. Сюди належать різноманітні соціально-психологічні тренінги, програми соціальної і сімейної педагогіки; лікувально-оздоровчі технології складають самостійні медико-педагогічні області знань: лікувальну педагогіку й лікувальну фізкультуру, які забезпечують відновлення фізичного здоров'я [230].

Однією з маловідомих є класифікація Є. Мітіної, де технології поділяються за характером діяльності на спеціальні (медичні, освітні, соціальні, психологічні) і комплексні (технології комплексної профілактики захворювань, корекції та реабілітації здоров'я, педагогічні технології, що сприяють здоров'ю, та технології, що формують здоровий спосіб життя) [209].



Не зважаючи на значну кількість класифікацій здоров'язбережувальних технологій та різнобічність їх трактувань, можна стверджувати, що вони є сукупністю принципів, методів і прийомів педагогічної роботи, які, доповнюючи традиційні технології навчання й виховання, мають ознаки здоров'язбереження.

### **1.3. Пріоритетні напрямки формування здоров'язбережувальної компетентності у дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання**

Здорова дитина – головна мета найближчого й віддаленого майбутнього будь-якої країни, тому що весь потенціал й економічний, і творчий, всі перспективи соціального й економічного розвитку, високого рівня життя, науки й культури – все це є підсумком рівня досягнутого дітьми здоров'я, фізичної й інтелектуальної їхньої працездатності.

На сьогодні в Україні спостерігається різке погіршення стану здоров'я та фізичної підготовленості підростаючого покоління, особливо дітей молодшого шкільного віку. Молодший шкільний вік – важливий період фізичного розвитку, формування рухової функції та становлення особистості учня. Ряд авторів [29, 89, 96, 136, 191, 214] підкреслюють, що саме молодший шкільний вік є головними в житті дитини, створюючи передумови для розвитку організму та особистості школяра.

В останнє десятиліття здійснено ряд досліджень, у яких розглядаються різні аспекти проблеми здоров'язбереження та формування здорового способу життя дітей (Вільчковський Е. [64], Оржеховська М. [239], Сущенко Л. [284] та інші).

Нормативно-правові документи нашої країни, зокрема Закон України «Про освіту» [143], Державні національні програми «Діти України» [111] та «Освіта» (Україна ХХІ століття) [112], Національна доктрина розвитку освіти [221], «Про національну стратегію розвитку освіти України на період 2012-2021 роки» [223], Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020» [282] також

спрямовані на пріоритетність завдання формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей, важливість орієнтації на вирішення проблеми формування ціннісного відношення до здоров'я, мотивації до здорового способу життя підростаючого покоління.

Л. Піндер [248] у своїх роботах зазначає, що з точки зору державної політики сучасний підхід до сфери освіти, заснований на результатах наукових досліджень із проблем формування та збереження здоров'я населення, є більш ефективним і економічно доцільнішим порівняно з нескінченними витратами на лікування наслідків нездорового способу життя. Найбільшу користь для держави, враховуючи майбутнє, очевидно, повинно принести формування здоров'язбережувальної компетентності підростаючого покоління. Ще в 1974 р. Відділення шкільного здоров'я американської асоціації громадського здоров'я (School Health Section of the American Public Health Association) висловило свою позицію, що «освіта в сфері здорового способу життя має стати тривалим процесом від зачаття до смерті, і що така освіта повинна бути обов'язковою, інтегрованою і планомірною» [306].

Фізична культура розглядається як найважливіший, іноді вирішальний чинник зміцнення здоров'я молодого покоління і його стійкості до несприятливих умов довкілля. Важливим завданням фізичного виховання є зміцнення здоров'я людини як складової повноцінного розумового й морального розвитку особистості ще з раннього дитинства [318].

Загальновідомо, що під фізичним вихованням розуміють педагогічний процес формування гармонійно розвиненої особистості, який переважно базується на використанні фізичних вправ у комплексі з іншими засобами. За даними фахівців [20, 173, 174, 187, 300, 301], національна система фізичного виховання, головною метою якої є зміцнення здоров'я дітей, не забезпечує повністю реалізацію зазначеної мети.

Фізичне виховання учнів ЗЗСО в сучасних умовах передбачає успішне вирішення освітніх, оздоровчих і виховних задач з метою забезпечення не тільки тимчасового адаптивного ефекту у фізичному розвитку, але й створення

передумов доцільного й компетентного використання занять фізичними вправами.

Фізичне виховання дітей молодшого шкільного віку здійснюють засобами, спрямованими на охорону здоров'я дітей (створення гігієнічних умов життя та діяльності, організація раціонального харчування, сну, перебування на свіжому повітрі), а також засобами, покликаними забезпечити активний вплив на організм дитини задля його фізичного розвитку (загартовувальні процедури, спеціальні фізичні вправи, гігієнічна гімнастика).

Пошуку засобів підвищення ефективності фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку в напрямку формування здоров'язбережувальної компетентності присвятили свої дослідження різні вчені. Організаційно-педагогічне та методологічне підґрунтя удосконалення системи фізичного виховання школярів висвітлено в дослідженнях Л. Волкова [86], О. Дубогай [121], Т. Круцевич [172], Б. Шияна [300].

У працях сучасних дослідників (Т. Бережна [30], В. Горащук [101], В. Оржеховська [239] та інші) наголошується на необхідності запровадження здоров'язбережувального виховання в ЗЗСО і формування у дітей здоров'язбережувальної компетентності та ціннісного ставлення до здоров'я, здорового способу життя.

Не зважаючи на актуальність питання та велику кількість наукових доробок [9, 30, 87, 90, 95, 99, 136, 158, 163, 228, 242, 253], на сьогодні проблема формування здоров'язбережувальної компетентності дітей шкільного віку, на жаль, залишається відкритою саме в аспекті пошуку пріоритетних напрямків формування здоров'язбережувальної компетентності в процесі фізичного виховання.

На основі аналізу літературних джерел [12, 21, 30, 42, 47, 61, 94, 116, 123, 139, 146, 162, 165, 229, 252, 273] нами було систематизовано наявні напрямки формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

Великі перспективи для формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку має *валеологічна підготовка*. У низці науково-педагогічної літератури [116, 246, 273,] висвітлюється питання забезпечення валеологічного виховання в ЗЗСО, розкриваються можливості валеологізації освітнього процесу, аналізується вплив валеологічних знань і вмінь на якісні показники фізичної культури молодших школярів.

Валеологічна освіта дітей молодшого шкільного віку є базою для формування свідомого ставлення до свого здоров'я, найбільш повного розвитку духовних, фізичних, психічних можливостей особистості, оптимального добору методів для зміцнення свого організму. Сучасна школа має забезпечити виховання навичок здорового способу життя, навчити дитину берегти та зміцнювати своє здоров'я, здоров'я членів своєї сім'ї та оточення. Отже, важливим завданням педагогів є навчання валеологічної культури здобувачів освіти, здатних нести відповідальність за своє здоров'я і здоров'я свого оточення.

Сучасні дослідники В. Дмитрук [116], С. Замрозович-Шадріна [146], В. Синіговець [273] вказують на необхідність включення в процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку валеологічних знань. На думку авторів, це допоможе створити в ЗЗСО умови, що дозволяють учням зберігати й зміцнювати своє здоров'я. Валеологізація освітнього середовища та навчального процесу з фізичного виховання має будуватися таким чином, щоб кожен урок і будь-які шкільні заходи мали ефект оздоровлення.

Питанням засвоєння учнями знань про здоров'я та формування ціннісних орієнтацій дітей на здоровий спосіб життя розглядаються в працях сучасних дослідників. С. Кондратюк на основі результатів власного дослідження звертає увагу на необхідність виховання в молодших школярів здорового способу життя через призму інтегративного підходу до вирішення цієї проблеми. Оскільки проблема здорового способу життя комплексна за своїм змістом та є предметом дослідження багатьох наук, автор звертає увагу на інтеграцію

теоретичних положень медико-біологічної та психолого-педагогічної наук [165].

Л. Височан вважає найбільш ефективними шляхами формування цінностей здоров'я та здорового способу життя, спрямованих та зорієнтованих дорослими (учителем, вихователем, психологом, дорослими в сім'ї), самостійну роботу, яка сприятиме активній та успішній соціалізації дитини в освітній установі; розвиватиме здатність розуміти свій стан; знати способи й варіанти раціональної організації режиму дня та рухової активності, харчування, правил особистої гігієни [61].

О. Гнатюк [94] акцентує увагу на необхідності при формуванні здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку звертати увагу не тільки на процес фізичного виховання, а й на можливість упровадження валеологічної освіти в урок «Основи здоров'я (за новою програмою «Я пізнаю світ») різних методів і прийомів інтерактивного навчання, що базуватиметься на принципах активної участі учнів (моделювання, програмування тощо) через зв'язок із життєвим досвідом дітей. Ю. Кобан та Ю. Лимар [162] вбачають необхідність у розробці та впровадженні міжпредметних навчальних проектів валеологічної спрямованості.

Низка авторів [21, 123, 212, 271, 272, 309] акцентують свою увагу на необхідності *поєднання пізнавальної й рухової діяльності* з метою не тільки формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, а й задля підсилення освітнього, оздоровчого й виховного ефектів процесу фізичного виховання.

В освітніх документах акцентується увага на розвитку інноваційних навчальних програм з метою забезпечення переходу навчання на нову, особистісно-орієнтовану парадигму. На думку Л. Лисенко, відмінною особливістю особистісно-орієнтованого навчання є взаєморозуміння, взаємодія, творча співпраця вчителя та учнів [186].

Аналіз наукових досліджень [123, 212, 258] засвідчує, що одні автори вказують на можливість формування пізнавальної активності за рахунок

використання засобів і методів, що сприяють розвитку самостійності, інші – за рахунок використання засобів і методів, спрямованих на розвиток творчого мислення, ерудованості, допитливості. Більшість авторів для формування пізнавальної активності виділяють такі засоби і методи, які підвищують на уроках фізичної культури емоційний інтерес та ініціативність.

У дослідженні Н. Мельникової-Єгорченко відображено шляхи активізації пізнавальної діяльності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання:

- включення учнів у самостійну пошукову діяльність, запровадження у освітньому процесі різноманітних видів самостійної діяльності;
- упровадження інтегрованих уроків фізичної культури зі змістом теоретичного матеріалу, який представлений у зошитах за Н. Москаленко;
- інтеграція рухової й пізнавальної активності;
- стимулювання відчуття руху не тільки опорно-руховим апаратом, а й психоемоційним станом (В. Губом та Я. Казаковим);
- використання різноманітних методів навчання (проблемне навчання, інтерактивне та евристичне навчання; активні методи навчання) [205].

Задля підсилення взаємозв'язку пізнавальної й рухової діяльності дітей молодшого шкільного віку в процесі формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, вбачаємо за необхідне впроваджувати інтерактивні методи навчання.

Проблема впровадження інтерактивних методів в освітній процес ЗЗСО була в центрі уваги таких дослідників, як О. Пометун [255], Л. Пироженко та ін., які обґрунтовують необхідність використання інтерактиву для підсилення ефективності процесу навчання.

У роботі Л. Лисенко розглядається технологія впровадження інтерактиву в урок фізичної культури. Зазначено, що для реалізації програми впровадження інтерактивних технологій в урок фізичної культури необхідно створювати функціональну систему управлінських впливів на процес навчання, яка проявляється в побудові раціонального алгоритму дій педагога і учнів з

метою досягнення певного результату. Впровадження інтерактивних методів навчання дозволяє вирішувати такі завдання: активне включення кожного учня в процес засвоєння навчального матеріалу; підвищення пізнавальної мотивації; вміння працювати з командою і в команді; виховання лідерських якостей та здатності приймати на себе відповідальність за спільну і власну діяльність по досягненню результату [193].

Одним із актуальних напрямків формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання, на думку ряду авторів [11, 30, 41, 58, 261, 298], є здійснення навчання й виховання на засадах здоров'язбереження.

Аналіз досліджень проблеми формування здоров'язбережувального освітнього середовища шляхом реалізації здоров'язбережувальних освітніх технологій у освітньому процесі [31, 57, 108, 135, 192] свідчать про спроби вчених переглянути загальні підходи до формування здоров'язбережувального освітнього середовища, з'ясувати новий зміст, форми, методи реалізації цієї проблеми в умовах сучасної ситуації в освітній сфері.

Ряд авторів [162, 205, 212, 242, 317] актуалізують питання пошуку шляхів формування здоров'язбережувальної компетентності дітей, одним із яких може бути використання, окрім загальноприйнятих засобів фізичної культури, нетрадиційних оздоровчих засобів, вплив яких на фізичний розвиток дітей, їх функціональний стан і здоров'я вивчені недостатньо, а саме: рухливі ігри та ігротерапія [47, 217]; роуп-скіпінг [33, 160, 189, 263]; оздоровча гімнастика [275], бейсбол і софтбол [50, 215]; стріт воркаут [274]; танцювальні та ритмічні вправи [50]; різноманітні фітнес-технології (класична аеробіка із м'ячем або скакалкою, фітбол-гімнастика, степаеробіка; танцювальна аеробіка; фітнес-гімнастика, силова аеробіка з гантелями, гімнастичними палицями, м'ячами, дитяча йога, фітнес з елементами бойових мистецтв (тай-бо, карате) [39, 92, 105, 152, 225, 283, 288, 292, 320], казкотерапія [149, 166, 201], аромотерапія та фітотерапія [50, 110, 160, 290], кольоротерапія [91, 93, 109, 134, 161], дихальна гімнастика [128, 167, 304, 305]. Основу цих технологій складають

універсальність, доступність природних локомоцій, вплив усвідомленої рухової дії на формування усіх процесів зростання й розвитку організму дітей.

Аналіз літературних джерел [7, 52] та власні спостереження дають можливість стверджувати, що існує велика кількість різних підходів, технологій, методик формування здоров'язбережувальної компетентності. Але тільки в комплексі, поєднуючи їх між собою, можна отримати позитивний вплив на фізичний розвиток дітей молодшого шкільного віку, зміцнення їх здоров'я, самопочуття та настрою та як результат формування здоров'язбережувальної компетентності.

Слід зауважити, що традиційні засоби фізичного виховання (фізичні вправи, гігієнічні фактори, оздоровчі сили природи) [20, 174, 300] залишаються основним арсеналом у роботі вчителя фізичної культури і саме їм належить провідна роль у вирішенні задач фізичного виховання. Однак, інтеграція традиційних й нетрадиційних засобів фізичного виховання (рис 1.3) дозволяє підсилити ефективність процесу фізичного виховання за рахунок комплексності вирішення задач уроку з метою досягнення оздоровчого ефекту. Підтвердженням даної тези є отримані нами в попередніх дослідженнях результати, щодо позитивного впливу різноманітних здоров'язбережувальних технологій та педагогічних впливів на підвищення резистентності організму до різних захворювань, рівня фізичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

На пошуковому етапі дослідження нами було визначено ефективність використання дихальних технологій як одного з дієвих способів збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку. Дане питання у своїх працях розкривають В. Язловецький, Т. Кузнецова, П. Ливитський [305]. Як зазначають автори, найбільш ефективним засобом впливу на резерви потужності дихальної системи є дихальні вправи, які сприяють посиленню кровообігу, насиченню крові киснем та покращенню обміну речовин. Застосування дихальних вправ під час фізичних навантажень сприяє підвищенню працездатності організму, прискорює процеси відновлення та ліквідації кисневого боргу [304].



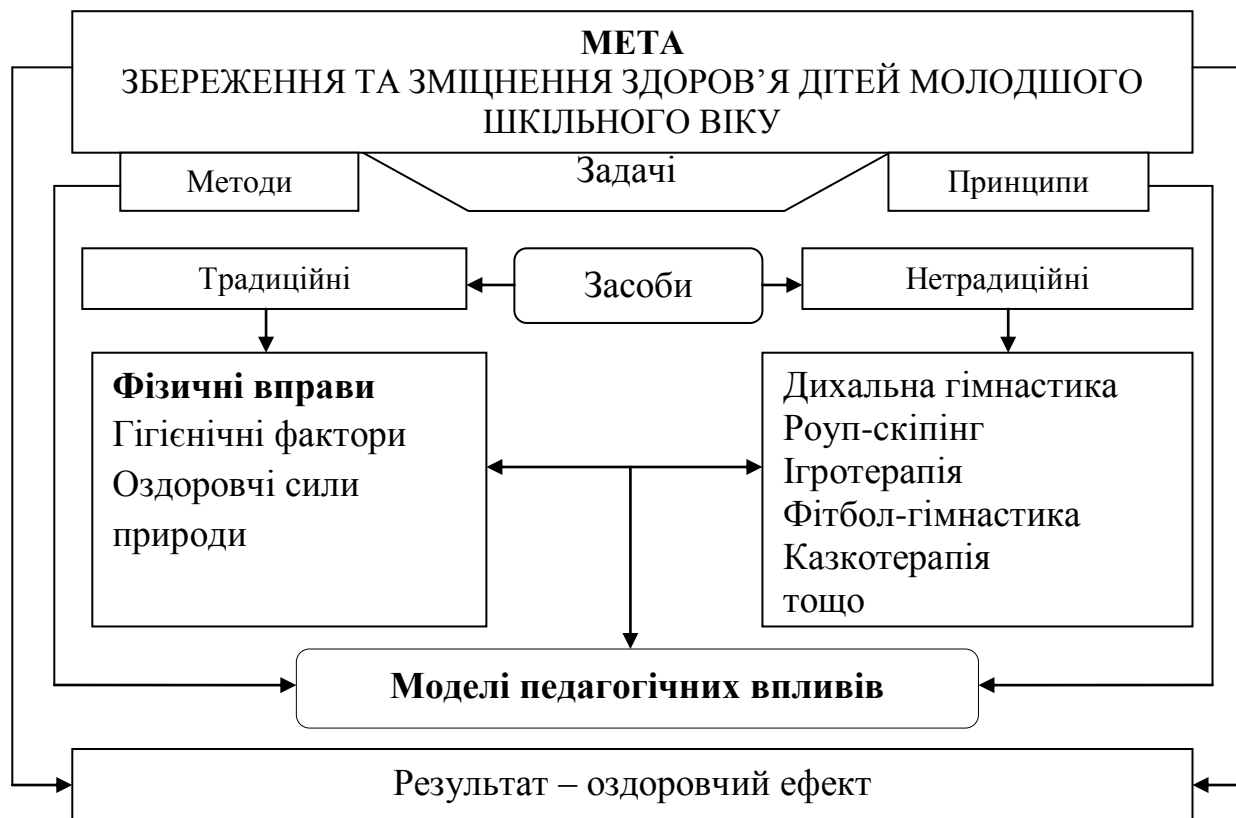


Рис. 1.3. Дидактичне забезпечення уроку фізичної культури за рахунок інтеграції традиційних та нетрадиційних засобів фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку [184]

Дихання – це біологічний процес забезпечення організму киснем ( $O_2$ ) та виведення з нього газовидних речовин метаболізму ( $CO_2$  – вуглекислоти). Дихання поділяється на *довільне – усвідомлене* з можливістю регулювання за глибиною та частотою фаз вдиху-видиху і обмеженого затримання дихання. Інше – *мимовільне*, як правило, рівномірне дихання, яке використовується в пересічних життєвих умовах і активізується автоматично в моменти підвищення рухової та емоціональної активності. Як зазначає М. Озолін: «Дихальна система є важливим фактором у роботі, починаючи з помірної потужності до максимальної» [237].

За даними В. Язловецького, порушення функцій дихання, особливо при фізичних навантаженнях, затруднює кровообіг, веде до зниження рівня насиченості крові киснем та до порушення обміну речовин [304]. Дихальні вправи полегшують роботу серця, спонукають до нормалізації нервової

регуляції дихання та ліквідації порушень діяльності дихальної системи, ведуть до покращення постави, позитивно впливають на загальний стан дітей. Діти не вміють управляти своїм диханням, довільно регулювати глибину та частоту дихання, поєднувати співвідношення фаз дихання та рухів з м'язовим зусиллям, не володіють навичкою повного дихання.

Особисті спостереження за дітьми молодшого шкільного віку в процесі занять фізичними вправами дозволили виявити, що при виконанні різних вправ уже незначні навантаження викликають відносно дихання такі ознаки: різні за тривалістю затримки дихання, саме дихання носить частий, поверхневий та неритмічний характер, вдих-видих виконуються, головним чином, у вихідному положенні, або в паузах проміж окремими фазами вправи, частіш усього короткими дихальними рухами: форсовано і невиправдано різко [63].

Л. Айунц та В. Айунц відмічають, що при виконанні вправ серіями, у школярів нерідко спостерігаються запаморочення, некоординованість фаз дихання (вдих-видих) з елементами рухів. Після виконання вправ не виправдано довго зберігається частота дихання. Деякі пози («місток», «берізка», нахили в стійці) виявляють «невміння» дихати в незвичайних положеннях [3].

Аналіз спеціальної літератури доводить, що у дітей під час вирішення завдань, виконання трудових процесів та нових важких фізичних вправ, які вимагають великої уваги, дихальні рухи гальмуються, дихання стає поверхневим, неритмічним, що прискорює кисневу недостатність та прискорює стомлення. Такі ж зміни відбуваються і при навчанні фізичним вправам.

Несвідоме гальмування дихання у дітей відбувається під час письма, читання, при відповідях, на змаганнях та в інших складних ситуаціях. Свідома регуляція дозволяє зняти втому, нормалізувати ритм та глибину дихання, підвищити працездатність школяра. Застосування дихальних вправ під час фізичних вправ підвищує працездатність організму після фізичних навантажень, прискорює відновлення процесів, ліквідує кисневу недостатність.

Зазначені вище аргументи, щодо значення правильного дихання в процесі виконання фізичних вправ, навчальної й трудової діяльності підсилюють значення проблеми формування у дітей молодшого шкільного віку навичок свідомої регуляції дихання з метою збереження їх здоров'я в умовах різних рухових дій (статичних, динамічних, ритмічних, із проявом значних зусиль тощо) та забезпеченням подальшого *позитивного переносу* на більш складні дії [3].

В рамках магістерської роботи та подальшого наукового пошуку було розроблено та впроваджено здоров'язбережувальну технологію комплексного застосування дихальних вправ в процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку. Важливим аспектом реалізації цієї технології був взаємозв'язок між використанням дихальних вправ, як на уроці фізичної культури так і в процесі самостійних занять фізичними вправами [188]. Виявлено позитивні зміни в критерії резерву й економізації функції серцево-судинної системи (показник індексу Руф'є), життєвий індекс, меншу кількість пропусків занять через хворобу ( $p < 0,05$ ) [147, 188].

У сумісних наукових дослідженнях зі студентами наукового гуртка «Управління адаптивним функціонуванням організму людини в процесі занять фізичними вправами» нами отримано позитивний ефект від впровадження нетрадиційних засобів та методів фізичного виховання, а саме:

- технологія збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку засобами ароматерапії позитивно вплинула на зменшення кількості пропусків занять через хворобу та рівень прояву тривожності дітей молодшого шкільного віку [184];

- впровадження системи занять фітбол-аеробікою значно вплинуло на показники фізичного розвитку дітей (індексу Кетле ( $p < 0,05$ ), плечового індексу ( $p < 0,01$ )); фізичної підготовленості (покращення швидкісних, швидкісно-силових, силових якостей та гнучкості і спритності ( $p < 0,05$ )) [73];

- педагогічна технологія формування правильної постави дітей молодшого шкільного віку на основі взаємодії їх фізичного і інтелектуального

розвитку позитивно вплинула як на формування постави дітей молодшого шкільного віку, так і на їх рівень здатності оперування знаннями про поставу ( $p < 0,05$ ) [79, 83]. Особливістю педагогічної технології була спрямованість на активізацію пізнавальної діяльності учнів (проведення дослідницьких та практичних завдань);

– впровадження системи занять роуп-скіпінгом в процес фізичного виховання позитивно вплинуло на зміни показників координації рухів [302], достатній рівень яких буде впливати на зміцнення здоров'я дітей, адже сприяє зменшенню локального м'язового напруження, скутості; тренує рівновагу і дихання; покращує рухливість і поставу; вчить володіти своїм тілом [186];

– впровадження методики занять оздоровчим плаванням, яка ґрунтувалася на діяльнісному підході (навчання через свідоме оволодіння рухами і управління диханням) та педагогіці партнерства (інтерактивні та рефлексивні методи навчання) позитивно вплинула на рівень фізичного здоров'я школярів (визначеного за методикою Г. Апанасенка) ( $p < 0,05$ ) [78,82];

– впровадження методів візуалізації (відео-скрайб теоретико-практичного заняття «Оздоровчі технології в моєму житті») дає можливість підсилити пізнавальний інтерес та зацікавленість уроками фізичної культури, розвивати навички образного мислення та творчого потенціалу дитини, підвищувати мотивацію до освітньої діяльності тощо [72, 80];

– використання різноманітних завдань творчо-пошукового характеру (створення скетч та скрайб розповідей, релакс сторінки, творчі руханки тощо) в щоденниках здоров'я активізує навички самоконтролю та самопізнання, бажання займатися самостійно фізичними вправами [72, 74, 147].

Отримані результати досліджень у науковому гуртку та апробація різних підходів до інтеграції пізнавальної та рухової діяльності учнів, поєднання в уроці фізичної культури традиційних засобів фізичного виховання та різноманітних нетрадиційних засобів і методів навчання дали можливість обґрунтувати корисний ефект для формування здоров'я та здоров'язбережувальної компетентності. Отримані дані дозволили

прогнозувати, що розробка та обґрунтування моделі освітнього процесу з фізичного виховання, яка інтегрує перераховані складові стане потужним методичним підґрунтям для вчителів фізичної культури щодо формування здоров'язбережувальної компетентності.

### **Висновки до розділу 1**

На основі проведеного аналізу спеціальної науково-методичної літератури та власного практичного досвіду з проблеми формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку встановлено, що в умовах сучасної школи надається значна увага розробці та впровадженню в освітній процес ЗЗСО різноманітних педагогічних впливів, спрямованих на формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

Але незважаючи на велику увагу вчених до проблеми збереження, зміцнення та формування здоров'я дітей, наразі недостатньо напрацьовано підходів, використання яких забезпечувало б вирішення проблеми формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку у процесі фізичного виховання.

Визначено, що пошук новітніх педагогічних шляхів формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, який характеризується інтенсивними змінами в фізіологічному та психологічному розвитку дитини є актуальною проблемою сучасної педагогіки. В умовах реформування системи початкової освіти питання здоров'язбережувальної діяльності знайшли відображення в Концепції нової української школи, ключові компоненти якої визначають нові підходи до організації освітнього процесу дітей за допомогою впровадження нового змісту освіти, що ґрунтується на формуванні у дітей молодшого шкільного віку компетентностей, необхідних для самоорганізації в суспільстві, як повноцінної його складової; побудови системи виховання, яка формує цінності у дітей. В той же час існуюча система фізичного виховання недостатньо передбачає цілеспрямовану

роботу по формуванню цінностей, знань, умінь, навичок формування, збереження та зміцнення здоров'я, які є основою здоров'язбережувальної компетентності особистості.

Узагальнено дані щодо визначення дефініції «здоров'язбережувальна компетентність», яку ми розглядаємо, як інтегровану якість особистості дитини, що проявляється у готовності та здатності до здоров'язбережувальної діяльності, й ґрунтується на інтеграції поглядів, цінностей, способів мислення, знань, умінь, навичок, спрямованих на формування, збереження та зміцнення здоров'я – свого та оточуючих.

Визначено, що основними напрямками формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання є: валеологічна підготовка, поєднання пізнавальної та рухової діяльності, здійснення навчання та виховання на засадах здоров'язбереження. Констатовано, що тільки в комплексі, поєднуючи різні підходи між собою, можна отримати позитивний вплив на фізичний розвиток дітей молодшого шкільного віку, зміцнення їх здоров'я, самопочуття, настрою і ціннісного ставлення до здоров'я, та як результат сформуванню здоров'язбережувальну компетентність.

Результати аналізу літературних джерел та експериментальні дані пошукового етапу дослідження, дозволили нам зробити припущення, що ефективність формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку стане вищою за допомогою впровадження інтегрованого підходу в процес фізичного виховання, а це в свою чергу позитивно вплине, як на пізнавальну їх діяльність, так і поліпшить фізичну культуру особистості та надасть користь суспільству.

Основні наукові результати розділу опубліковано в наукових працях автора [62, 63, 69, 72, 73,74, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 184].

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ І ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Методи дослідження

Методи дослідження визначалися виходячи із системного підходу до предмета дослідження, необхідності отримання об'єктивних його результатів, статистичного аналізу отриманих даних, що включає:

1. Теоретичні методи дослідження: аналіз, синтез та узагальнення даних науково-методичної літератури, інформаційних ресурсів мережі Інтернет і передового досвіду з питань формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

2. Емпіричні методи дослідження: педагогічне спостереження за організацією процесу фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку; педагогічний експеримент у формі констатувального та формуального експерименту для визначення стану фізичного розвитку та показників здоров'я дітей молодшого шкільного віку; медико-біологічні методи дослідження; опитування.

3. Статистичні методи дослідження: статистичний аналіз даних, отриманих у процесі педагогічного експерименту.

##### 2.1.1. Теоретичні методи дослідження

Використання теоретичних методів дослідження ґрунтувалось на здійсненні аналізу, синтезу, узагальнення та порівняння теоретичної інформації стосовно об'єкта й предмета дослідження. На основі проведеного аналізу було сформовано понятійний апарат дослідження, його проблематику, низку невирішених питань процесу фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку; визначено мету, завдання, предмет дослідження.

**Аналіз й узагальнення даних науково-методичної літератури, документальних матеріалів.** У межах реалізації програми дослідження та

вирішення питань аналізу й узагальнення даних розглянуто такі види наукових видань: науково-методичної, педагогічної, психологічної й спеціальної літератури; матеріалів наукових конференцій різного рівня, періодичних видань, дисертацій та авторефератів, інформації з мережі Internet, законодавчих і нормативних актів, навчальних програм та навчальних планів, що відповідали тематиці дисертаційного дослідження.

Проведення аналізу науково-методичної літератури дало підставу розкрити сутність поняття здоров'я як соціальної цінності, визначити фактори, що впливають на здоров'я, особливості формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного, засоби та методи підвищення рівня здоров'я дітей і підвищення рівня ціннісного відношення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

Отримані в результаті теоретичного аналізу дані дали змогу оцінити ступінь розгляду досліджуваної проблеми та сприяли обговоренню й інтерпретації результатів дисертаційного дослідження.

У межах дослідження реалізовано розгляд документальних матеріалів, законодавчих та нормативних документів України, що регламентують організацію процесу фізичного виховання в закладах загальної середньої освіти: Концепція НУШ [227], типова освітня програма початкової освіти для закладів загальної середньої освіти [287]; законодавчі й нормативні акти щодо збереження та зміцнення здоров'я дітей шкільного віку та організації фізичного виховання в ЗЗСО [111, 112, 113, 222, 223]. Аналіз документальних матеріалів також передбачав вивчення й аналіз медичних карток дітей молодшого шкільного віку з метою виявлення індивідуальних даних про стан здоров'я досліджуваних. У процесі реалізації методу аналізу науково-методичної літератури проаналізовано понад 300 джерел.

### **2.1.2 Емпіричні методи дослідження**

Комплекс емпіричних методів дослідження реалізовано у вигляді педагогічного спостереження, педагогічного експерименту.



**Педагогічне спостереження.** Було здійснено педагогічне спостереження за процесом організації фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку в ЗЗСО з метою отримання первинної інформації щодо виявлення дієвих шляхів збереження, зміцнення здоров'я та формування здоров'язбережувальної компетентності.

**Педагогічний експеримент.** На різних етапах реалізації завдань дослідження педагогічний експеримент реалізовано у вигляді констатувального та формувального експериментів.

Етап констатувального дослідження проводили у формі констатувального педагогічного експерименту. Серед завдань його проведення – аналіз стану фізичного розвитку та показників здоров'я дітей молодшого шкільного віку: рівень фізичного розвитку й соматичного здоров'я; рівень рухової активності; ступінь опірності організму дітей молодшого шкільного віку до несприятливих факторів зовнішнього середовища; аналіз сформованості ціннісного відношення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

Констатувальний експеримент побудовано відповідно до послідовності проведення педагогічного пошуку та проведено в 2016-2018 н.р. задля отримання інформації про фізичний стан дітей молодшого шкільного віку та формування передумов розробки інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

У констатувальному етапі дослідження взяло участь 300 учнів 3-4 класів ЗЗСО м. Чернігова та області (Чернігівський ЗЗСО №33, Чернігівський колегіум № 11, приватне підприємство «Приватна школа «МудрАнгелики» м. Чернігів, Ріпкинська гімназія імені Софії Русової, Ріпкинський опорний ЗЗСО I-III ступенів Ріпкинської селищної ради).

У межах проведення формувального експерименту (2018-2019 н.р.) було здійснено оцінку ефективності інтегрованої технології формування

здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

Процедура проведення формувального експерименту передбачала аналіз двох груп досліджуваних: контрольна група (КГ) та експериментальна (ЕГ), до яких входили діти 4 класу Чернігівського колегіуму № 11 та приватного підприємства «Приватна школа «МудрАнгелики». У КГ діти молодшого шкільного віку займалися за звичайною програмою з фізичної культури [287]. Учасники ЕГ займалися за запропонованою інтегрованою технологією формування здоров'язбережувальної компетентності в процесі фізичного виховання в школі та в самостійній роботі.

**2.1.3. Антропометричні методи дослідження.** Антропометричні методи дослідження включали вимірювання довжини тіла, маси тіла та проводилися стандартним обладнанням за загальноприйнятими й уніфікованими методиками. Вимірювання довжини тіла (ДТ) проводили за допомогою антропометра Мартина. Маса тіла (МТ) визначалася за допомогою електронних медичних ваг з точністю до 50 гр. Співвідношення МТ із ДТ оцінювалося за *індексом маси тіла* (ІМТ), який розраховували за формулою:

$$\text{ІМТ} = \frac{\text{МТ (кг)}}{\text{ДТ (м)}^2}$$

де ІМТ – індекс маси тіла,  $\text{кг} \cdot \text{м}^{-2}$ ;

МТ – маса тіла, кг;

ДТ – довжина тіла стоячи, м.

Для визначення *сили згиначів кисті* використовували кистьовий динамометр. Методика використання: необхідно взяти динамометр у руку стрілкою до долоні, витягнути руку вбік і стиснути кисть. Точність вимірювання 2 кг. *Силовий індекс* (СІ) визначали через співвідношення динамометрії сильнішої руки та маси тіла за формулою:

$$\text{СІ} = \frac{\text{ДК (кг)}}{\text{МТ (кг)}} , \text{ ум.од}$$

де СІ – силовий індекс, ум.од.;

ДК – динамометрія кисті, кг;

МТ – маса тіла, кг.

**2.1.4. Фізіометричні методи дослідження.** В основу фізіометричних методів дослідження покладені виміри параметрів функціональних систем. Важливим компонентом для визначення функціонального стану організму та стану здоров'я дітей є оцінка функціонального стану серцево-судинної системи (ССС) і дихальної систем (ДС).

Для визначення стану ССС використовувалися два найбільш поширених показники оцінювання: вимірювання частоти серцевих скорочень (ЧСС) і артеріального тиску (АТ).

Частота серцевих скорочень (ЧСС) вимірювалася пальпаторно, пульс підраховувався за 15 секунд з подальшим перерахуванням на 1 хвилину [233].

Для виміру артеріального тиску (АТ) використовувався аускультативний (слуховий) метод, при якому АТ вимірюється на плечовій артерії. Вимір АТ здійснювався за допомогою тонометра, слуховим методом Короткова Н.С.. Визначалися показники систолічного та діастолічного тиску.

Функціональний стан дихальної системи вивчали шляхом визначення *життєвої ємності легенів* (ЖЕЛ) за допомогою сухого портативного спірометра за загальноприйнятою методикою. Методика використання: обстежуваний спочатку робить 2-3 вільних пробних вдиху й видиху, потім робить максимальний вдих, бере мундштук у рот, щільно обхопивши його губами і одночасно затиснувши ніс пальцями вільної руки, робить спокійний, плавний, максимально можливий видих протягом приблизно 5-ти секунд. Процедуру повторюють тричі з інтервалом у пів хвилини. Реєструють найкращу спробу. *Життєвий індекс* (ЖІ) визначали за формулою на основі співвідношення ЖЕЛ та маси тіла:

$$\text{ЖІ} = \frac{\text{ЖЕЛ (мл)}}{\text{МТ (кг)}} \quad , \text{ мл} \cdot \text{кг}^{-1}$$

де ЖІ – життєвий індекс, мл·кг<sup>-1</sup>;

ЖЄЛ – життєва ємність легень, мл;

МТ – маса тіла, кг.

**Індекс Робінсона (ІРобінсона)** характеризує систолічну роботу серця й розраховується за формулою:

$$\text{Індекс Робінсона} = \frac{\text{ЧСС}_{\text{сп}} (\text{уд/хв}) * \text{АТ}_{\text{сист.}} (\text{мм.рт.ст.})}{100}, \text{ ум.о.}$$

ЧСС<sub>сп</sub> – частота серцевих скорочень у стані спокою, уд\*хв<sup>-1</sup>;

АТ<sub>сист</sub> – артеріальний тиск систолічний, мм.рт.ст.;

100 – постійний коефіцієнт.

**2.1.5. Методи визначення рівня фізичної працездатності.** До простих, але опосередкованих методів визначення фізичної працездатності відносять функціональну пробу Руф'є. Особливість проби полягає в тому, що після відносно невеликого навантаження визначається ЧСС в різні періоди відновлення. У положенні лежачи на спині дитина знаходиться впродовж перших 5 хв. На останній хвилині відпочинку визначається ЧСС за 15 с (Р). Потім учасник тестування впродовж 45 с виконує 30 присідань. Після цього він лягає , і у нього знову підраховують ЧСС за перші 15 с (Р<sub>2</sub>), а потім за останні 15 с першої хвилини періоду відновлення (Р<sub>3</sub>). Визначення індексу Руф'є (ІРуф'є) за формулою:

$$\text{Індекс Руф'є} = \frac{4 * (P_1 + P_2 + P_3) - 200}{10}, \text{ ум.од}$$

Р<sub>1</sub> – ЧСС за 15 с на останніх хвилинах відпочинку, уд\*хв<sup>-1</sup>;

Р<sub>2</sub> – ЧСС за перші 15 с після навантаження (30 присідань / 45 с), уд\*хв<sup>-1</sup>;

Р<sub>3</sub> – ЧСС за останні 15 с першої хвилини відпочинку після 30 присідань, уд\*хв<sup>-1</sup>.

4, 200 та 10 – постійні коефіцієнти.

### 2.1.6. Методи оцінки рівня фізичного розвитку й соматичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку

Кількісна оцінка рівня фізичного здоров'я дітей визначалася за методикою Г.Л. Апанасенко [15] за допомогою обчислення наступних показників: ЖІ,  $\text{мл}\cdot\text{кг}^{-1}$  (бали); СІ, % (бали); ІРобінсона, у. о. (бали); ІМТ (бали); ІРуф'є, у. о. (бали). Оцінка рівня фізичного здоров'я здійснювалася відповідно до значень, представлених у табл.2.1.

Таблиця 2.1

#### Експрес-оцінка рівня фізичного здоров'я школярів, бали (Г.Л. Апанасенко, 1992) [4]

| Показник   | Стать | Рівень соматичного здоров'я |                   |                  |                  |                      |
|--|-------|-----------------------------|-------------------|------------------|------------------|----------------------|
|  |       | низький                     | нижче середнього  | середній         | вище середнього  | високий              |
| Життєвий індекс, $\text{мл}\cdot\text{кг}^{-1}$ (бали) | х     | 50 і менше<br>(0)           | 51-55<br>(1)      | 56-65<br>(2)     | 66-75<br>(3)     | 76 і більше<br>(4)   |
|  | д     | 45 і менше<br>(0)           | 46-50<br>(1)      | 51-60<br>(2)     | 61-70<br>(3)     | 71 і більше<br>(4)   |
| Силовий індекс, у.о (бали)                             | х     | 45 і менше<br>(0)           | 46-50<br>(1)      | 51-60<br>(2)     | 61-65<br>(3)     | 66 і більше<br>(4)   |
|  | д     | 40 і менше<br>(0)           | 41-45<br>(1)      | 46-50<br>(2)     | 51-55<br>(3)     | 56 і більше<br>(4)   |
| Індекс Робінсона, у. о (бали)                          | х     | 96 і більше<br>(0)          | 86-95<br>(1)      | 76-85<br>(2)     | 71-75<br>(3)     | 70 і менше<br>(4)    |
|  | д     | 96 і більше<br>(0)          | 86-95<br>(1)      | 76-85<br>(2)     | 71-75<br>(3)     | 75 і менше<br>(4)    |
| Відповідність маси довжині тіла (бали)                 | х     | 18,9 і менше<br>(-3)        | 19,0-20,0<br>(-1) | 20,1-25,0<br>(0) | 25,1-28<br>(0)   | 28,1 і більше<br>(0) |
|  | д     | 16,9 і менше<br>(-3)        | 17,0-18,0<br>(-1) | 18,1-23,8<br>(0) | 23,9-26,0<br>(0) | 26 і більше<br>(0)   |
| Індекс Руф'є, у.о. (бали)                              | х     | 15 і більше<br>(-2)         | 10-14,9<br>(-1)   | 6-9,9<br>(2)     | 4-5,9<br>(5)     | 3,9 і менше<br>(7)   |
|  | д     | 15 і більше<br>(-2)         | 10-14,9<br>(-1)   | 6-9,9<br>(2)     | 4-5,9<br>(5)     | 3,9 і менше<br>(7)   |
| Сума балів   | х     | 2 і менше                   | 3-5               | 6-10             | 11-12            | 13 і більше          |
|  | д     | 2 і менше                   | 3-5               | 6-10             | 11-12            | 13 і більше          |

Підсумовуючи бали за всіма п'ятьма показниками і зіставляючи їх зі шкалою, отримали оцінку рівня фізичного здоров'я – низький, нижче середнього, середній, вище середнього й високий.

### 2.1.7. Метод визначення рівня добової рухової активності

Одним з підходів оцінки рівня добової рухової активності дітей є метод визначення енерговитрат. Енерговитрати, що супроводжують рухову активність (РА), включають також енерговитрати на основний обмін [206].

На сьогодні одним із розповсюджених методів оцінки енергетичних витрат при виконанні будь-якої фізичної роботи є розрахунок метаболічного еквіваленту (МЕТ). МЕТ (*metabolic equivalent of task*) є фізіологічним поняттям, яке характеризує інтенсивність енерговитрат при виконанні певної фізичної діяльності й визначається як співвідношення швидкості метаболізму впродовж виконання фізичної діяльності до величини основний обмін у стані спокою, що відповідає споживанню 3,5 мл  $O_2$ /кг\*хв і еквівалентно 1,0 ккал/кг\*хв або 4,184 Дж/кг\*хв у стані спокійного положення сидячи.

Визначення добових енерговитрат проводиться згідно з класифікацією окремих видів РА (Додаток А). Визначають низьку РА з енерговитратами менше 2,9 МЕТ, помірну – з енерговитратами 3-5,9 МЕТ та високу – з енерговитратами більше 6 МЕТ. Зважаючи на результати попередніх наукових досліджень, було визначено усереднені коефіцієнти МЕТ для окремих рівнів ДРА.

Цей спосіб визначення рівня добової рухової активності передбачає використання результатів хронометражної самозвітності для визначення тривалості різних (за інтенсивністю) видів РА, визначення добових енерговитрат та оцінювання за їх величиною рівня рухової активності конкретного учня або групи дітей.

Карта формалізованого самозвіту (Додаток Б) складається з двох блоків: характеристики буденного й вихідного дня. Діти молодшого шкільного віку проводять хронометраж разом з батьками або класним керівником / тьютором. Результати хронометражу школярі заносять у стовпчики (а) та (б): у стовпчик (а) – час початку певного виду діяльності, у стовпчик (б) – тривалість цієї діяльності у хвилинах.

Якщо у карті формалізованого звіту школяр не знаходить деяких видів своєї діяльності, він може сам дописати їх.

Енерговитрати під час виконання певного виду діяльності розраховуються шляхом множення МЕТ роботи (дані стовпчику (в)) на її тривалість у хвилинах протягом доби (дані стовпчику (б)).

Отримані дані порівнюються зі шкалою оцінки добових енергетичних витрат на рухову активність дитини з урахуванням віку і статі, на основі центильної шкали розподілу величини енерговитрат (табл.. 2.2).

Таблиця 2.2

**Шкала оцінки рівня рухової активності дітей 6 – 10 років за показником добових енергетичних витрат (ккал)**

| Віково-статеві групи    | Рівні рухової активності        |                                |                                 |                           |
|-------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
|                         | дуже низький<br>< 10-го центиля | низький<br>10-й – 25-й центилі | середній<br>25-й – 75-й центилі | високий<br>>75-го центиля |
| 6 – 10 років (хлопчики) | <2 466,25                       | 2466,25 – 2565,00              | 2656,01 – 2932,50               | >2932,50                  |
| 6 – 10 років (дівчатки) | <2450,00                        | 2450,00 – 2550,00              | 2550,01 – 2830,00               | >2830,00                  |

Характеристика рівнів рухової активності за показником добових енергетичних витрат:

1. Дуже низький – обмеження кількості та інтенсивності рухів, що зумовлено способом життя або станом здоров'я, нехтування фізичною культурою; супроводжується негативним впливом на процеси росту й розвитку організму та зміни стану здоров'я дитини в діапазоні «морфо-функціональні порушення – патологічні зміни органів і систем організму»;

2. Низький – обмеження кількості та інтенсивності рухів, що зумовлено способом життя, гігієнічно нераціональною організацією освітнього процесу в закладах освіти, обмеження вибору засобів фізичного виховання, відсутністю вільного часу; діти з низьким рівнем РА формують групу ризику щодо можливого негативного впливу гіпокінезії на фізичний розвиток та

функціональні можливості організму, формування захворювань серцево-судинної, ендокринної, кістково-м'язової систем;

3. Середній – діапазон оптимальних енерговитрат ДРА, що забезпечує нормальний розвиток фізичних і психічних якостей, підвищення рівня функціональних можливостей організму, збереження і зміцнення здоров'я;

4. Високий – збільшення енергетичних витрат ДРА зумовлено підвищеною РА за рахунок інтенсифікації (спортизації) шкільного фізичного виховання, участі у спортивних секціях та збільшення тривалості активних форм дозвілля; діти з високим рівнем РА формують групу ризику щодо можливого негативного впливу гіперкінезії зі специфічним комплексом функціональних порушень з боку центральної нервової системи, виснаженням симпато-адреналової системи, зниженням неспецифічної резистентності організму.

### **2.1.8. Метод оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я та здоров'я оточуючих**

Для визначення ціннісного відношення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я нами було проведено інтегральну оцінку рівнів сформованості ціннісного ставлення до здоров'я за методикою Єжової О.О [130]. Ця методика розроблена на основі використання умовних одиниць – балів та включає в себе 3 компоненти: *когнітивний* («Знання та уявлення про здоров'я та здоровий спосіб життя»), *ціннісно-мотиваційний* («Вмотивованість до збереження здоров'я») та *діяльнісно-поведінковий* («Здоров'язбережувальні дії та вчинки»).

Критерій «Знання» характеризується наявністю чи відсутністю певного рівня знань як про складові здоров'я (фізичне, психічне, соціальне й духовне здоров'я особистості), так і про здоров'я в цілому, про елементи здорового способу життя, вплив різноманітних факторів на здоров'я людини, сформованістю чи відсутністю пізнавального інтересу до проблем здоров'я (при цьому провідну роль відіграють основні для особистості джерела



інформації щодо питань про здоров'я), адекватністю самооцінки здоров'я на основі тих уявлень і знань, які має конкретна людина [132].

Критерій «Ціннісні орієнтації» поєднує в собі ціннісну, мотиваційну й емоційну складові ціннісно-мотиваційного компонента ставлення до здоров'я. Цей критерій вимагає встановлення місця здоров'я як інтегрального поняття в ієрархії особистісних життєвих цінностей учня. Важливим показником цього критерію виступає сформованість потреби особистості до збереження, зміцнення і формування власного здоров'я та здоров'я оточуючих, особистісні спонуки, мотиви, що формують спосіб життя та діяльність щодо збереження й зміцнення здоров'я учня [131].

Критерій «Вчинки, що впливають на здоров'я людини обумовлено розумінням того, що формування ціннісного ставлення до здоров'я можливе лише за умови постійної здоров'яспрямованої діяльності особистості. Вчинок розглядається як одиничний акт поведінки, особистісно усвідомлений, сконструйований та реалізований, що має суб'єктивний мотив, суспільно значущий результат, зовнішні умови переходу мотиву в результат [36]. Цей критерій дозволяє визначати відповідність вчинків особистості складовим здорового способу життя, простежувати рівень саморегуляції її вчинків стосовно збереження й зміцнення свого здоров'я [131]. Загальна оцінка усіх критеріїв буде показувати інтегральну оцінку ціннісного ставлення до здоров'я.

Всі показники ціннісного ставлення до здоров'я об'єднані єдиною бальною шкалою від «0» до «1» [10]. Ці умовні одиниці (бали), за якими пропонується охарактеризувати кожний показник ціннісного ставлення до здоров'я, виражають його відповідність установленому значенню (еталону). Варіанти відповідності показника встановленому значенню можуть бути такими:

1 бал – показник характеризується відповідністю встановленому значенню (на запитання анкети одержано більше 70 % правильних відповідей);

0,5 бала – показник частково відповідає еталону (на запитання анкети відсоток правильних відповідей знаходиться в діапазоні від 50 % до 70 %);

0 балів – показник не відповідає встановленому значенню (на запитання анкети одержано менше, ніж 50 % правильних відповідей) [131].

Збір інформації відбувається шляхом анкетування. Для визначення всіх показників кожного з компонентів ціннісного ставлення до здоров'я розроблені спеціальні анкети (Додатки В-Д). Заповнення карти інтегральної оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я учня відбувається на основі опрацьованих анкетних даних.

Після заповнення карти інтегральної оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я учня визначається результат оцінювання кожного показника ( $x \cdot w$ ), який є добутком оцінки в умовних балах ( $x$ ) і вагового коефіцієнту ( $w$ ). Далі розраховується інтегральна оцінка ціннісного ставлення до здоров'я (ІО ЦСЗ) на підставі загальної суми результатів оцінювання показників усіх критеріїв за формулою середньозваженої арифметичної величини з використанням тільки тих значень та їх вагових коефіцієнтів, що були визначені під час дослідження рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я учня [132].

$$\text{ІО ЦСЗ} = \frac{x_1 w_1 + x_2 w_2 + \dots + x_n w_n}{w_1 + w_2 + \dots + w_n}$$

де  $x_1, x_2, x_n$  – оцінки в балах обраних показників ціннісного ставлення до здоров'я;

$w_1, w_2, w_n$  – вагові коефіцієнти показників ціннісного ставлення до здоров'я.

Для інтегральної оцінки ціннісного ставлення до здоров'я на основі відповідей анкети заповнюється таблиця «Карта інтегральної оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я учнів» (Додаток Е).

Встановлення рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я відбувається шляхом зіставлення одержаної інтегральної оцінки ціннісного ставлення до здоров'я учня з показниками таблиці інтегральних оцінок рівнів ціннісного ставлення до здоров'я, розрахованих методом сигнальних відхилень (табл. 2.3).

**Інтегральна оцінка рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я учнів**

| <b>Інтегральна оцінка ціннісного ставлення до здоров'я</b> | <b>Рівень ціннісного ставлення до здоров'я</b> | <b>Якісна оцінка рівня ціннісного ставлення до здоров'я</b> |
|--|--|---|
| менше 0,297  | I  | низький   |
| 0,298-0,435  | II   | нижчий за середній  |
| 0,436-0,574  | III  | середній  |
| 0,575-0,712  | IV   | вищий за середній   |
| Більше 0,713   | V  | високий   |

Підсумовуючи бали за всіма показниками й зіставляючи їх зі шкалою, отримали оцінку рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я учнів – низький, нижчий за середній, середній, вищий за середній і високий.

**2.1.9. Методика визначення рівня навичок самоконтролю і самооцінки дітей молодшого шкільного віку**

Методика визначення рівня сформованості навичок самоконтролю і самооцінки дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання здійснювалась на основі отриманих результатів самооцінювання дітей молодшого шкільного віку за допомогою інтерактивної методики «рефлексивної мішені» та експертної оцінки.

Рівень сформованості визначали за різницею результатів самооцінки учнів і оцінки експертів.

*Самооцінка.* Наприкінці уроку фізичної культур учні «вистрілюють у мішень» (що вища оцінка, то ближче до центру мішені) – оцінюють свою активність на уроці, наскільки їм вдалося сформувати навичку певної рухової дії, розуміння нового матеріалу, якість заповнення щоденника самоконтролю (карток самоконтролю) тощо.

*Експертна оцінка.* Здійснюється на основі спостережень за учнями в освітньому процесі фізичного виховання з метою оцінювання їх діяльності.

**Шкала критеріїв оцінювання сформованості навичок самоконтролю і самооцінки дітей молодшого шкільного віку**

| Рівень           | К-ть балів | Рівень прояву  |
|------------------|------------|--|
| низький          | 0-1        | Несформовані навички до самоконтролю та самооцінки. Не об'єктивність самооцінки (помилка 8-9 балів), не здатність контролювати і оцінювати результати власної рухової діяльності, діяльності інших. Низький рівень самоконтролю. Небажання працювати зі щоденником самоконтролю.               |
| нижче середнього | 2-3        | Несформовані навички до самоконтролю та самооцінки. Часткова здатність контролювати і оцінювати результати власної рухової діяльності (6-7). Низька робота зі щоденником самоконтролю. Завдання виконуються частково, вибірково і не систематично.   |
| середній         | 4-5        | Частково сформовані навички самоконтролю та самооцінки. Невелика похибка в об'єктивності самооцінки (помилка 4-5 бали), вміння контролювати і оцінювати результати рухової діяльності власної. Робота зі щоденником самоконтролю часткова (виконується до 50 % завдань).                       |
| вище середнього  | 6-7        | Сформовані навички самоконтролю та самооцінки. Об'єктивність самооцінки (помилка 2-3 бали), вміння контролювати і оцінювати результати рухової діяльності. Об'єктивність оцінки діяльності в ролі вчителя. Бажання працювати зі щоденниками самоконтролю (виконання 75% завдань зі щоденника). |
| високий          | 8-9        | Сформовані навички самоконтролю та самооцінки. Об'єктивність самооцінки (0-1), вміння контролювати і оцінювати результати власної рухової діяльності та рухової діяльності інших. Бажання працювати зі щоденниками самоконтролю на високому рівні, виконання всіх завдань щоденника.           |

### 2.1.10. Статистичні методи обробки результатів

Одержані результати виконаних досліджень оброблялися за допомогою загальноприйнятих *методів математичної статистики*. Математична обробка здійснювалась на IBM PC із використанням програмового забезпечення

«Windows XP – Microsoft Office 2007», пакета прикладних програм аналізу даних.

Для статистичної обробки отриманих даних були використані наступні методи математичної статистики: метод середніх величин та кореляційний аналіз.

При цьому визначалися наступні характеристики:

- середнє арифметичне –  $\bar{X}$  ;
- стандартне відхилення (S);
- стандартна помилка середнього арифметичного ( $S\bar{x}$ );
- t – критерій Стюдента (t);
- рівень значимості вимірів (p);
- коефіцієнт варіації (V);
- коефіцієнт кореляції (r).

Вірогідність розходжень між порівнювальними показниками визначалася по t – критерію Стюдента з 95 % рівнем значимості (ймовірність помилки 5 %).

## **2.2. Організація дослідження**

Дослідження проводилося в чотири етапи на базі ЗЗСО м. Чернігова та області (Чернігівський ЗЗСО №33, Чернігівський колегіум № 11, приватне підприємство «Приватна школа «МудрАнгелики» м. Чернігів, Ріпкинська гімназія імені Софії Русової, Ріпкинський опорний ЗЗСО I-III ступенів Ріпкинської селищної ради).

*На першому етапі (2011 – 2016 рр.)* проведено аналіз літературних джерел з питань, пов'язаних з процесом формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. Вивчено та експериментально визначено напрямки формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання в ЗЗСО на основі впровадження в урок фізичної культури різноманітних оздоровчих технологій.

*На другому етапі (вересень 2016 – серпень 2018)* проведено констатувальний педагогічний експеримент.

У результаті констатувального педагогічного експерименту було визначено стан фізичного розвитку та показників здоров'я дітей молодшого шкільного віку. Констатувальний педагогічний експеримент дав змогу проаналізувати показники фізичного розвитку й соматичного здоров'я, рівня рухової активності; ступеня опірності організму дітей молодшого шкільного віку до факторів навколишнього середовища; сформованості ціннісного відношення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих та окреслити перспективи формування здоров'язбережувальної компетентності дітей у процесі фізичного виховання не лише в межах школи, а й в процесі самостійних занять фізичними вправами.

На даному етапі дослідження на основі проведеного констатувального експерименту було здійснено теоретичне обґрунтування та розробку інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

*На третьому етапі (вересень 2018 – грудень 2019)* було впроваджено інтегровану технологію формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процес фізичного виховання приватного підприємства «Приватна школа «МудрАнгелики» м. Чернігів. Ефект від упровадження авторської технології перевірявся в процесі організації формувального експерименту.

*На четвертому етапі (січень 2020 – лютий 2021)* було здійснено обробку результатів упровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

### РОЗДІЛ 3

## ПЕРЕДУМОВИ РОЗРОБКИ ІНТЕГРОВАНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Аналіз наукових джерел із проблеми формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, проведений у першому розділі, засвідчив, що на сучасному етапі розвитку суспільства зазначена проблема є надзвичайно актуальною.

Для експериментального обґрунтування порушеної проблеми було організовано та проведено констатувальний педагогічний експеримент, спрямований на визначення реального рівня фізичного розвитку та показників здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

### **3.1. Обґрунтування оцінки фізичного розвитку та показників здоров'я дітей молодшого шкільного віку**

Здоров'я школяра є характеристикою багатовимірного динамічного процесу його пристосування до умов навколишнього середовища і становить не лише біологічну, але й соціальну категорію, що визначається можливістю учнів повноцінно виконувати свої громадські обов'язки та функції.

Автори різних дефініцій здоров'я [7, 49, 52, 60, 157, 210, 262] використовують багато критеріїв, що характеризують, з їх точки зору, сутність здоров'я. Це і благополуччя, і оптимальне функціонування організму, і рівновага між індивідом та навколишнім середовищем, і життєздатність тощо.

Основою оцінки здоров'я індивіда, на думку Г. Апанасенка [16], І. Муравова [219] є життєздатність, враховуючи те, що основна відмінність живої системи від неживої полягає у здатності її до самоорганізації – саморегулювання, самовідновлення, самооновлення, а також до саморозвитку й самовідтворення. Це і є біологічна сутність здоров'я [15]. Життєздатність, на

думку Е. Буліч, І. Муравова [52] це і тривалість життя, і фізична, і розумова активність людини, що забезпечують серцебиття, артеріальний тиск тощо. Але все це, є поверхневі прояви життєздатності, а потенціал її залишається прихованим за цими зовнішніми ознаками. Тому важливо розрізняти наявну життєздатність, що характеризує опірність організму руйнуванням в даний момент, і загальний ресурс життєздатності.

Другою важливою тезою є те, що необхідно моделювати різноманітні впливи на організм людини й визначати, яким чином він реагує, яка є «ціна» адаптації до нових, обтяжувальних умов. Чим більше потенціал життєздатності, тим менш значні реакції, що характеризують «ціну адаптації» організму [51].

М. Амосов зазначає, що функціональні резерви організму як сума резервних можливостей всіх його основних функціональних систем, є показником «кількості здоров'я», тоді як «якість здоров'я» – це можливість організму адаптуватися до умов навколишнього середовища за рахунок їх використання [7].

Отже, здоров'я людини прямо залежить від її здатності адаптуватися до змін умов навколишнього середовища та якості цієї адаптації і саме запас конкретних адаптивних можливостей, тобто функціональних резервів відповідних систем, обумовлює якість адаптації до кожного конкретного фактору, що діє на організм [307].

Згідно з концепцією Г. Апанасенка, однією з перших причин розвитку змін стану здоров'я людини є ступінь стійкості термодинамічної нерівноваги організму, яка може бути використана для визначення «кількості здоров'я», оскільки чим вищі доступні біоенергетичні резерви організму, тим більші його життєздатність та адаптивні можливості [17].

Комплексна оцінка стану здоров'я дитини передбачає вивчення критеріїв, що мають як суто медичне, так і важливе соціальне, психологічне та педагогічне значення. Це зумовлює необхідність наукового пошуку, обґрунтування та прикладного використання ефективних та адекватних методів й засобів об'єктивізації критеріальних показників стану адаптаційних ресурсів



та функціональних можливостей організму людини [106]. Проблема якісної оцінки стану здоров'я дітей у першу чергу передбачає необхідність чіткого визначення комплексу його найбільш інформативних та валідних критеріальних показників.

Наукові дослідження, які були проведені в останні роки, переконливо свідчать, що аналіз стану здоров'я має ґрунтуватися не лише на показниках гострої та хронічної захворюваності, але й на даних щодо рівня та ступеня гармонійності фізичного розвитку, фізичної підготовленості та працездатності, індивідуальних особливостей реагування організму у відповідь на вплив чинників навколишнього середовища та соціальних умов життя, враховувати віддалені результати соціальної та професійної адаптації учнів, а також дані суб'єктивного скринінг-дослідження наявності ознак соматичного та психічного благополуччя, якості життя [106, 311, 315].

Серед критеріїв, які визначають рівень індивідуального здоров'я, можуть бути використані тільки ті, які пов'язані з його істотними характеристиками. До них відносяться показники, які в тій чи іншій мірі відображають діяльність механізмів самоорганізації живої системи – адаптації, гомеостаза, реактивності. У якості показників рівня здоров'я можна також використовувати характеристики прояву здоров'я – життєздатності, соціалізації особистості [17].

На думку І. Вовченко, А. Щедріної, показниками здоров'я є: рівень та гармонійність фізичного розвитку, функціональний стан організму, рівень імунного захисту, наявність будь-якого захворювання, рівень морально-вольових і мотиваційних спрямувань [84].

С. Громбах запропонував для оцінки здоров'я дітей використовувати 4 критерії, а саме: наявність або відсутність у момент обстеження хронічних захворювань, рівень функціонування основних систем організму, ступінь опору організму до несприятливих впливів, рівень досягнутого фізичного розвитку і ступінь його гармонійності [104]. На думку В. Белова важливими показниками здоров'я є: антропометричні, відсутність захворювань, показники фізичної підготовленості, показники способу життя [28].

Окремі науковці, зокрема Г. Безверхня, М. Вороб'єв, Т. Круцевич [171], вважають, що для оцінки фізичного стану молоді відповідно до сучасних поглядів необхідно виокремити 5 критеріїв: рівень фізичного розвитку, ступінь його гармонійності; рівень функціонування основних систем організму; рівень фізичної підготовленості; ступінь опору організму несприятливим впливам; наявність чи відсутність хронічних захворювань.

М. Антропова [13], А. Маркосян [197], А. Хрипкова [295] стверджують, що анатомо-фізіологічні особливості дитини є одним із головних факторів, що визначають рівень здоров'я, розвиток і прояв фізичних здібностей. Такі науковці, як зокрема Г. Апанасенко [16], В. Белов [28], С. Громбах [104], з'ясували інформативне значення показників фізичного стану та здоров'я дітей, їх взаємозв'язок та розробили комплексні інтегровані системи оцінювання.

Аналіз широкого кола наукових джерел [13, 15, 28, 104, 171, 197, 295] дозволив нам визначити найбільш вагомі критерії оцінки фізичного стану та показників здоров'я дітей молодшого шкільного віку та методики їх дослідження (рис. 3.1)



Рис. 3.1. Блок-схема показників та методик діагностування оцінки фізичного розвитку та стану здоров'я дітей молодшого шкільного віку

Аналіз навчально-методичної літератури та власний досвід роботи дозволили визначити нам доцільні показники оцінки фізичного розвитку та показників здоров'я дітей молодшого шкільного віку ми відносимо: рівень та гармонійність фізичного розвитку, рівень функціонування основних систем організму, рівень фізичної працездатності, рівень рухової активності, ступінь опору організму несприятливим впливам та рівень ціннісного ставлення до власного здоров'я. Відповідно до визначених показників було здійснено підбір методик діагностування оцінки фізичного розвитку та стану здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

### **3.2. Рівень фізичного розвитку і здоров'я дітей молодшого шкільного віку**

Вивчення особливостей фізичного розвитку дітей належить до числа ключових проблем на сучасному етапі. Виявлення певних зрушень у фізичному розвитку дитячого організму має велике прогностичне значення, оскільки дозволяє вже на ранньому етапі розробити і впровадити найоптимальніші програми профілактики, оздоровлення та корекції порушень здоров'я дітей [216].

Фізичний розвиток дітей – безперервний процес. Кожний етап вікового розвитку характеризується комплексом морфо-функціональних властивостей організму та обумовленим цими властивостями запасом фізичних можливостей. У сукупності кількісний та якісний прояв рівня фізичного розвитку, співвідношення розмірів і інтенсивність їх наростання, як і інші соматометричні ознаки, відображають фазність розвитку та рівень зрілості, притаманний кожному етапу онтогенезу [191].

Окремі науковці, зокрема А. Альошина [6], О. Андреева [8], О. Бар-Ор [23], М. Безруких [26], О. Іващенко [311], Т. Круцевич [172], Н. Москаленко [215], Т. Роуланд [23], О. Саїнчук [270], Д. Фарбер [125] вважають, що фундамент гармонійного фізичного розвитку, високий рівень фізичного здоров'я та фізичного стану школярів закладається в молодшому шкільному

віці, саме тому існує необхідність удосконалення та модернізації процесу фізичного виховання молодших школярів.

Молодший шкільний вік є одним із найбільш чутливих періодів онтогенезу, початковим етапом формування оптимальної форми функціонування регуляторних й адаптаційних механізмів організму дитини. [235]. Особливості фізіологічного і фізичного розвитку дітей 7-10 років вивчалися багатьма вченими (О. Дубогай [120], Н. Москаленко [211], С. Цвек [297], та ін.). Вони відмічають, що саме в цьому віці закладається фундамент їх подальшого фізичного розвитку, формуються основні уміння й навички, активно розвиваються інтереси й звички, формується характер.

М. Антропова, Д. Фарбер, А. Хрипкова [295] стверджують, що анатомо-фізіологічні особливості дитини є одним із головних факторів, що визначають рівень здоров'я, розвиток і прояв фізичних здібностей.

У широкому значенні розвитком називають процес якісних і кількісних змін, які відбуваються в організмі людини й зумовлюють підвищення рівня складності організації і взаємодії усіх його систем. Розвиток включає в себе три основних фактори: ріст, диференціацію органів і тканин, формотворення (набуття організмом характерних, властивих йому форм), які між собою тісно пов'язані і взаємодіють [90].

За даними Є. Неведомської [224], фізичний розвиток – це стан морфологічних і функціональних властивостей і якостей, які лежать в основі визначення вікових особливостей та фізичних властивостей організму. Основними показниками, що використовуються для оцінки фізичного розвитку організму, є маса тіла, зріст, окружність грудної клітки.

За даними літературних джерел [90, 120, 171, 224, 316], фізичний розвиток є одним з основних показників стану здоров'я та характеризується комплексом соматометричних та соматоскопічних показників. Фізичний розвиток тісно пов'язаний із показниками функціональних можливостей організму людини та відіграє важливу роль у характеристиці стану здоров'я дітей та підлітків.

Як зазначалося вище, нині існує велика кількість показників, які характеризують фізичний розвиток організму дітей. Багато вітчизняних та зарубіжних науковців з'ясували інформативне значення цих показників, їх взаємозв'язок та розробили комплексні інтегровані системи оцінювання, ще їх називають експрес-системи (Г. Апанасенко [15], В. Белов [28], С. Громбах [104] та інші).

Т. Круцевич, спираючись на дослідження Є. Купера, Г. Апанасенка, вважає найбільш інформативним показником, що характеризує фізичне здоров'я людини, відносну величину максимального споживання кисню та зауважує, що обираючи комплекс клініко-фізіологічних тестів, необхідно обрати за основу їхній кореляційний зв'язок із максимальною аеробною працездатністю дитини [171]. Експрес-оцінка рівня фізичного здоров'я хлопців і дівчат 7-16 років за Г. Апанасенком побудована саме таким чином та є практичною у використанні та достатньо інформативною для прогнозування захворюваності дітей.

У наших дослідженнях визначення рівня інтегральної оцінки фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку проводилось за експрес-оцінкою соматичного здоров'я, розробленою Г. Апанасенком [17]. Ця методика побудована на визначенні та інтерпретації антропометричних показників (довжина тіла (ДТ), маса тіла (МТ), динамометрія кисті (ДК)), фізіологічних (життєва ємність легень (ЖЄЛ), частота серцевих скорочень (ЧСС), артеріальний тиск (АТ) та функціонального показника (проба Руф'є). Усі показники були оцінені в балах та співвіднесені до статистичних даних даної експрес-оцінки. У такий спосіб ми отримували загальну оцінку рівня соматичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку.

Узагальнені результати дослідження представлені в таблиці 3.1.

Детальний аналіз отриманих результатів розрахункових індексів дозволив виявити особливості фізичного (соматичного) здоров'я дітей молодшого шкільного віку та окреслити деякі передумови та чинники розробки

інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей цієї вікової групи.

Таблиця 3.1

**Статистичні значення показників фізичного (соматичного) здоров'я дітей молодшого шкільного віку (за Апанасенко Г.), n=300**

| Показник фізичного здоров'я         | Статистичний показник | Дівчата (n=175) | Рівень           | Хлопці (n=125) | Рівень           |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|----------------|------------------|
| Життєвий індекс, мл/кг              | $\bar{x}$             | 54,9            | Середній         | 54,5           | Нижче середнього |
|                                     | $S_x$                 | 0,7             |                  | 0,7            |                  |
|                                     | S                     | 9,4             |                  | 6,6            |                  |
|                                     | V                     | 17              |                  | 15,8           |                  |
| Силовий індекс, %                   | $\bar{x}$             | 41,2            | Нижче середнього | 47,4           | Нижче середнього |
|                                     | $S_x$                 | 0,7             |                  | 0,9            |                  |
|                                     | S                     | 8,96            |                  | 19,4           |                  |
|                                     | V                     | 21,7            |                  | 40,9           |                  |
| Індекс Робінсона, ум.од.            | $\bar{x}$             | 77,2            | Середній         | 76,9           | Середній         |
|                                     | $S_x$                 | 0,6             |                  | 0,7            |                  |
|                                     | S                     | 8,0             |                  | 7,7            |                  |
|                                     | V                     | 10,4            |                  | 13,5           |                  |
| Індекс маси тіла, кг/м <sup>2</sup> | $\bar{x}$             | 18,5            | Середній         | 19,3           | Нижче середнього |
|                                     | $S_x$                 | 0,2             |                  | 0,3            |                  |
|                                     | S                     | 2,7             |                  | 3,3            |                  |
|                                     | V                     | 14,6            |                  | 17,1           |                  |
| Індекс Руф'є, ум.од.                | $\bar{x}$             | 10,3            | Нижче середнього | 7,07           | Середній         |
|                                     | $S_x$                 | 0,1             |                  | 0,1            |                  |
|                                     | S                     | 1,6             |                  | 1,7            |                  |
|                                     | V                     | 15,5            |                  | 21,3           |                  |
| Комплексний показник здоров'я       | $\bar{x}$             | 3,96            | Нижче середнього | 5,04           | Нижче середнього |
|                                     | $S_x$                 | 0,2             |                  | 0,25           |                  |
|                                     | S                     | 2,9             |                  | 2,8            |                  |
|                                     | V                     | 73,2            |                  | 55,5           |                  |

Для характеристики рівня фізичного розвитку важливе значення має гармонійне поєднання антропометричних ознак між собою [319]. У результаті визначення антропометричних показників дітей молодшого шкільного віку нами було розраховано індекс маси тіла, який дозволяє оцінити відповідність МТ дитини її ДТ. Встановлено, що середнє значення ІМТ у дівчат молодшого

шкільного віку становить  $18,5 \pm 0,2$  кг/м<sup>2</sup>, що відповідає середньому рівню, хлопців –  $19,3 \pm 0,3$  кг/м<sup>2</sup>, що відповідає нижче середньому рівню.

Середня є типовою та надійною її характеристикою, адже коефіцієнт варіації становить 14,6 % у дівчат та 17,1 % – хлопців.

Розрахунок ІМТ виявив (рис. 3.2), що 54 дівчинки (30,9 %) та 72 хлопця (57,6 %) мають низький рівень цього показника. Серед дівчат було виявлено найбільше досліджуваних із середнім рівнем ІМТ – 48,6 %, з високим та вище середнього рівнем не виявлено жодної дівчинки. Натомість серед хлопців є 14,4 % з рівнем вище середнього.

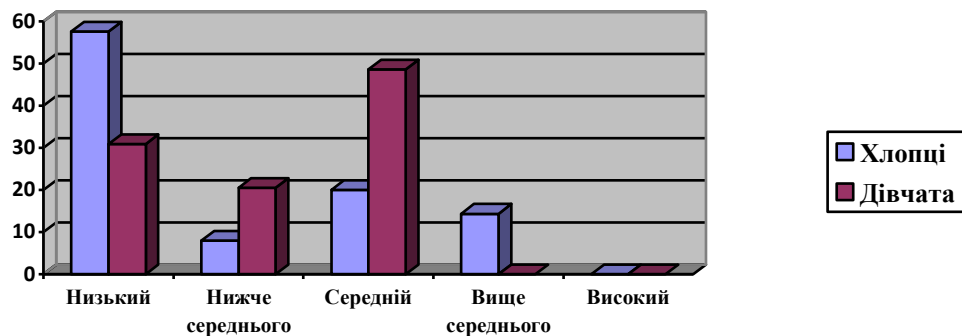


Рис. 3.2 Розподіл дітей молодшого шкільного віку за рівнем індексу маси тіла (%)

Показник, який вказує на відношення ЖЕЛ до МТ дитини та вказує на функціональні можливості системи зовнішнього дихання є життєвий індекс (ЖІ). Середнє значення ЖІ у дівчат молодшого шкільного віку становить  $54,9 \pm 0,7$  мл/кг, що відповідає середньому рівню, хлопців –  $54,5 \pm 0,7$  мл/кг, що відповідає нижче середньому рівню.

Середня є типовою та надійною її характеристикою, адже коефіцієнт варіації становить 17 % у дівчат та 15,6 % – хлопців.

Отримані нами результати частково збігаються з даними досліджень низки авторів [96, 198], однак нами отримано перевагу показника ЖІ у дівчат, над хлопцями, ця різниця не суттєва ( $p > 0,05$ ).

Аналіз результатів показника ЖІ дозволив виявити (рис. 3.3), що діти молодшого шкільного віку мали середній рівень цього показника (45,6 %). Серед досліджуваного контингенту дітей молодшого шкільного віку було виявлено 12 % дітей, у яких ЖІ відповідав високому та вище середнього рівня.

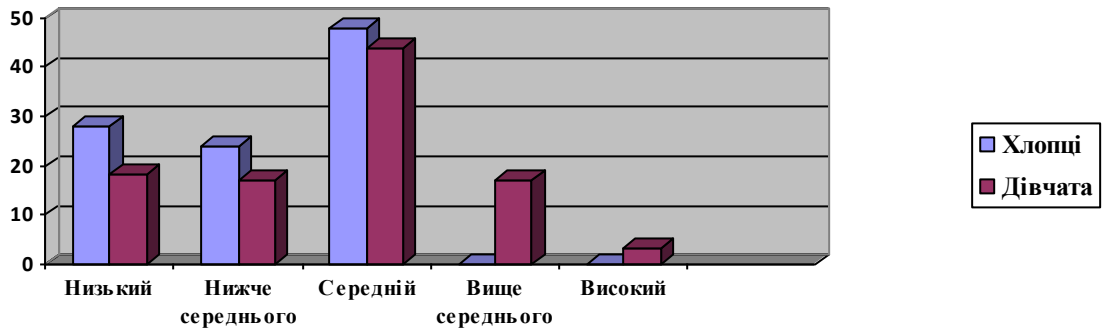


Рис. 3.3. Розподіл дітей молодшого шкільного віку за рівнем показника життєвого індексу (%)

За даними науковців із вікової фізіології суттєве збільшення ЖЄЛ як у хлопців, так і у дівчат спостерігається з 8 до 11 років. Враховуючи те, що під впливом систематичних занять фізичними вправами функціональні можливості дихального апарату збільшуються, на нашу думку, є необхідність пошуку дієвих шляхів підвищення рухової активності дітей шляхом упровадження інноваційних технологій оздоровчої спрямованості в процес фізичного виховання [67].

З огляду на те, що дихання є інтегральним показником функціонування організму людини, а застосування дихальних вправ у поєднанні з фізичними вправами може виступати фактором підсилення адаптації організму до рухової діяльності, важливо в процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку впроваджувати різноманітні технології з використанням дихальних вправ [63]. У попередніх наших дослідженнях [188] було отримано результати про позитивний вплив упровадження технології комплексного застосування дихальних вправ на критерій резерву й економізації функції серцево-судинної системи (показник індексу Руф'є), життєвий індекс. Це свідчить про



позитивний вплив регулярних занять дихальними вправами. На нашу думку, цілеспрямоване навчання дітей правильному диханню, упровадження дихальних вправ у процес фізичного виховання має посісти важливе місце в розробці інтегрованої технології формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

СІ вказує на рівень сили згиначів кисті в залежності від МТ дитини. Середнє значення показника СІ в дівчат молодшого шкільного віку становить  $41,2 \pm 0,7$  %, хлопців –  $47,4 \pm 0,9$  %, що відповідає нижче середнього рівня розвитку м'язової системи. Слід зауважити, що у хлопців показник коефіцієнту варіації становить 40,9 %, що свідчить про неоднорідність спостережень.

Аналізуючи результати наших досліджень (рис. 3.4), ми виявили, що як хлопці, так і дівчата мають низький рівень цього показника – 71,2 % хлопців та 52,57 % дівчат. Крім того, серед хлопців було виявлено 14,4 % з високим показником силового індексу та 17,15 % дівчат з вище середнім рівнем.

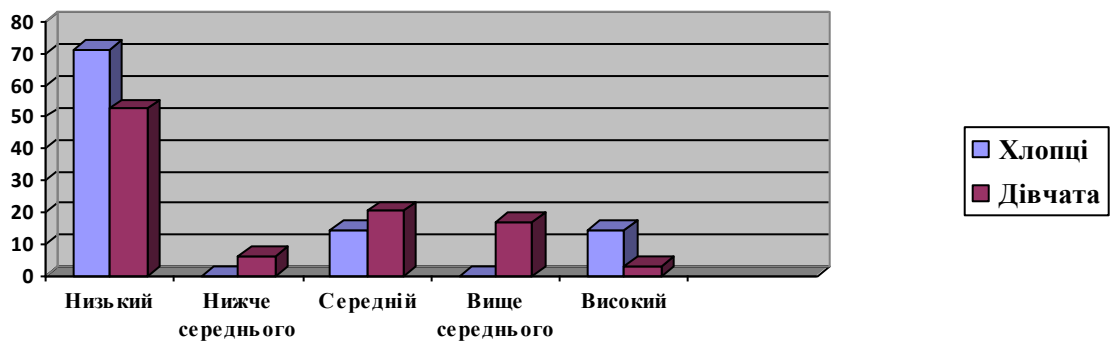


Рис. 3.4. Розподіл за рівнем силового індексу дітей молодшого шкільного віку (%)

Оптимальний розвиток м'язової системи є необхідним компонентом всебічного фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку, він стимулює функції багатьох систем та органів, сприяє формуванню рухових навичок, правильної постави й розвитку інших рухових якостей.

Наступні показники були спрямовані на аналіз діяльності системи кровообігу, яка є індикатором загальних пристосувальних реакцій організму.

Результати дослідження функціонального стану ССС дітей молодшого шкільного віку є важливою характеристикою, яка включається в комплексну оцінку рівня фізичного здоров'я, а отже, і фізичного стану дитини. Дані показники аналізувалися за двома індексами – ІРобінсона та ІРуф'є.

Критерієм резерву й економізації функцій серцево-судинної системи є показник ІРобінсона (подвійний добуток або показник функціональної здатності серця) у спокої, який вказує на роботу серця. За допомогою його дається оцінка систолічній роботі серця, він є показником резерву й економічності діяльності ССС.

Середнє значення ІРобінсона в дівчат молодшого шкільного віку становить  $77,2 \pm 0,6$  ум.од., хлопців –  $76,9 \pm 0,7$  ум.од., що відповідає середньому рівню резервних можливостей ССС. Середня є типовою та надійною її характеристикою, адже коефіцієнт варіації становить 10,4 % у дівчат та 13,5 % – хлопців.

Детальний аналіз результатів досліджень ІРобінсона у дітей молодшого шкільного віку дозволив виявити, що 80,8 % хлопців та 52 % дівчат мають середній рівень функціональної здатності серця, а решта 19,2 % хлопців і 48 % дівчат мають високий рівень цього показника (рис. 3.5).

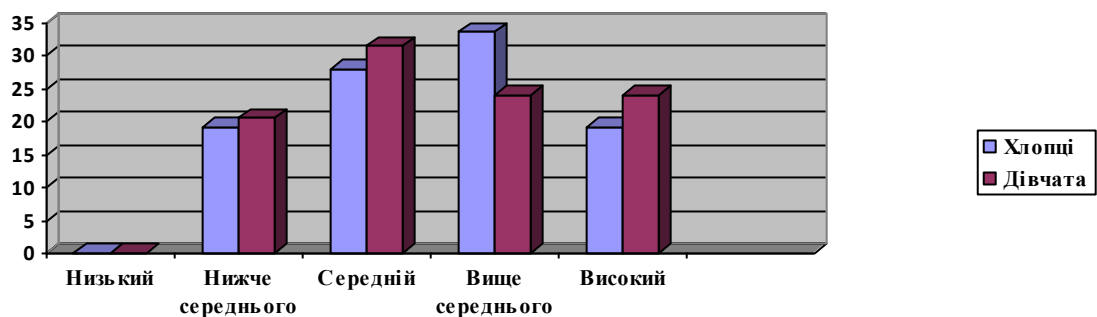


Рис. 3.5. Розподіл за рівнем значення індексу Робінсона дітей молодшого шкільного віку (%)

Серед досліджуваного контингенту дітей молодшого шкільного віку ми не виявили низького рівня за критерієм резерву й економізації ССС, адже середньостатистичні значення ЧСС та АТ відповідали нормі для цієї вікової

групи. Як свідчать дослідження Р. Калюжної [159], саме у віці восьми років уповільнюється плавне підвищення тиску в школярів.

Для визначення рівня фізичної працездатності організму дітей молодшого шкільного віку ми провели пробу Руф'є з короткотривалим навантаженням, яка є одним з важливих показників функціонального стану та резервних можливостей ССС.

Середнє значення ІРуф'є в дівчат молодшого шкільного віку становить  $10,3 \pm 0,1$  ум.од., що відповідає нижче середньому рівню та хлопців –  $7,07 \pm 0,1$  ум.од., що відповідає середньому рівню. Середня є типовою та надійною її характеристикою, коефіцієнт варіації результатів дослідження становить 15,5 % у дівчат та 21,3 % – хлопців. Результати дослідження свідчать, що у хлопців процеси відновлення протікають швидше, ніж у дівчат ( $p < 0,05$ ).

На рисунку 3.6 наведено дані щодо рівня працездатності дітей молодшого шкільного віку. Відповідно до отриманих результатів, серед хлопців (76 %) ми виявили середній рівень фізичної працездатності та нижче середнього рівень у дівчат (62,9 %). Крім того, виявлено 3,4 % дівчат, які мають низький рівень фізичної працездатності. Дітей з високим рівнем фізичної працездатності в досліджуваному контингенті не виявлено.

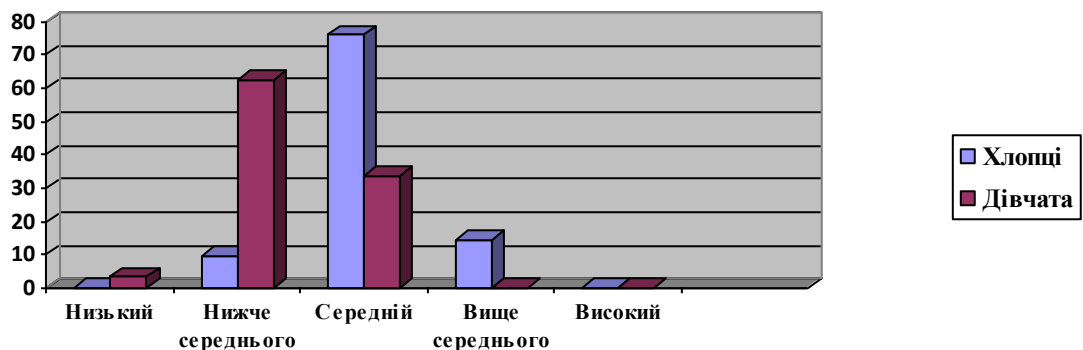


Рис. 3.6. Розподіл за рівнем значенням індексу Руф'є дітей молодшого шкільного віку (%)

Результати досліджень дітей молодшого шкільного віку у пробі Руф'є показали, що більшість дітей як хлопців, так і дівчат виконали тест на оцінку,

що характеризує рівень працездатності як середній та нижче середнього. Отримані нами результати узгоджуються з результатами досліджень О. Головатой [96], Л. Мельничук [204], С. Бандури [204].

На нашу думку, знижують адаптацію школярів до фізичних навантажень часті ГРВІ, хронічні захворювання, недостатня рухова активність, відсутність усвідомленого значення занять фізичними вправами. Важливою причиною є гетерохронний характер розвитку ССС, який обумовлює появу «критичних» періодів онтогенезу [278], що може проявлятися в реакціях на навантаження, тому це потребує індивідуалізації освітнього процесу з фізичної культури, комплексності оцінки результатів фізичного розвитку.

За даними Л. Мельничук, С. Бандури [204], показники толерантності до фізичних навантажень залежать від фізичного розвитку дитини. При гармонійному фізичному розвитку функціонально-резервні можливості серцево-судинної системи вищі, ніж при ознаках диспропорційного розвитку.

Оцінка соматичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку свідчить про його переважно незадовільний стан. Середнє значення індексу комплексного показника здоров'я у дівчат молодшого шкільного віку становить  $3,96 \pm 0,2$  ум.од., хлопців –  $5,04 \pm 0,3$  ум.од., що відповідає нижче середньому рівню. Спостерігається високий коефіцієнт варіації результатів дослідження, який відповідно складає - 73,2 % у дівчат та 55,5 % – хлопців та свідчить про неоднорідність отриманих результатів. У хлопців статистичне значуще комплексного показника соматичного здоров'я вище порівняно з дівчатами ( $p < 0,05$ ).

На рис 3.7 можемо спостерігати, що 68 % обстежених школярів молодшого шкільного віку за комплексним показником соматичного здоров'я віднесено до низького та нижче середнього рівнів.

Аналізуючи результати тестування дітей, ми дійшли висновку, що кожна друга дитина має нижче середнього рівень фізичного здоров'я. Якщо подивитися окремо на цей показник у хлопців та дівчат, то можна спостерігати, що у дівчат він дорівнює 72,5 %, а у хлопців – 61,6 %.

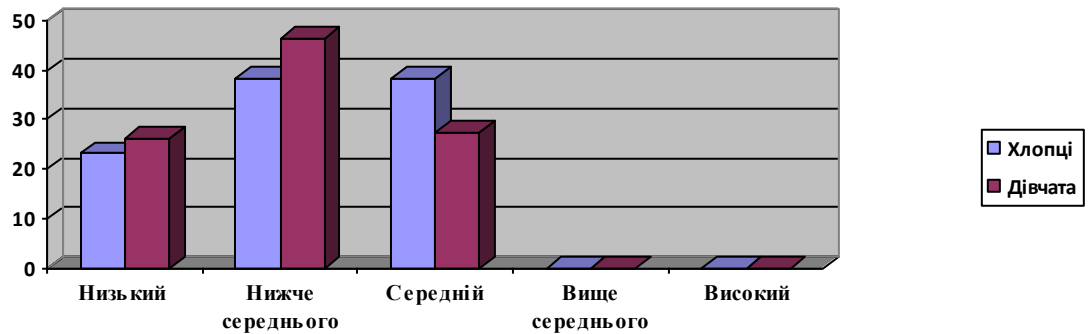


Рис. 3.7. Розподіл дітей молодшого шкільного віку за рівнем значення індексу комплексного показника соматичного здоров'я (%)

Середній рівень фізичного здоров'я має 32 % школярів, серед них 38,4 % хлопців та 27,42 % дівчат. Вище середнього рівня фізичного здоров'я немає у жодного учня, хоча з числа дітей молодшого шкільного віку, які мають середній показник фізичного здоров'я, є 60 учнів, які дуже близькі до показників вище середнього рівня. Серед протестованих дітей ми не виявили жодної дитини з високим рівнем фізичного здоров'я.

Отже, встановлено, що діти молодшого шкільного віку у своїй більшості мають нижче середнього та середній рівень фізичного здоров'я. Це вказує на знижені адаптивні можливості організму і фізичної працездатності дитини, значну «ціну» адаптації до різних подразнень (навчання, навантаження, погодні умови тощо) [309]. Визначено, що чим нижчий рівень фізичного здоров'я тим більша вірогідність ряду захворювань.

Рівень захворюваності дітей молодшого шкільного віку визначався на основі аналізу медичних карток відповідно до класифікатора захворювань МКХ – 10. Дані результати дають змогу констатувати наявність проблем у здоров'ї дітей. Кожен учень впродовж навчального року хворіє в середньому 3-4 рази на рік та пропускає в середньому 20-25 навчальних днів у школі. Найбільший пік захворювань припадає на зимові місяці (грудень-лютий).

Найбільш поширеними хворобами серед школярів даної вікової групи є захворювання органів дихання (45 %), хвороби кістково-м'язової системи

(35 %), захворювання органів травної системи (12 %), захворювання пов'язані із зоровими аналізаторами (8 %).

У структурі захворювань органів дихання дітей молодшого шкільного віку переважають гострі захворювання, лише 13,5 % складають хронічні стани: хронічний риніт, назофарингіт, фарингіт, ларингіт, ларинготрахеїт, хронічні хвороби мигдаликів та аденоїдів. 1,6 % досліджуваних респондентів мають бронхіальну астму. Великої поширеності серед захворювань дихальної системи (29,9 %) належить хронічному бронхіту та пневмонії.

За чисельністю захворювань наступна група – хвороби кістково-м'язової системи й сполучної тканини. Найбільше в дітей молодшого шкільного віку в цій групі переважають такі захворювання: сколіоз (42 %) та порушення постави (31 %), плоскостопість (14 %), порушення прикусу зубів та карієс (10 %), інші захворювання (3 %).

Захворювання шлунково-кишкового тракту, переважно функціонального характеру, мали 12 % дітей. Патології органів зору були виявлені у 8 % дітей.

Наведені вище дані підтверджують помірний кореляційний зв'язок між рівнем фізичного здоров'я і кількістю захворювань упродовж навчального року ( $r=0,65$ ).

Результати дослідження доводять, що в учнів молодшого шкільного віку недостатній рівень фізичного здоров'я, що актуалізує порушену нами проблему і є передумовою розробки інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

### **3.3. Аналіз показників рівня рухової активності дітей молодшого шкільного віку**

Основні біологічні потреби людини – повітря, вода, їжа та рух. Загальновідомо про користь фізичних вправ і рухової активності (РА) на організм, який росте, на пристосування його до зовнішніх і внутрішніх змін.

Дослідниками доведено (С. Адирхаєв [2], О. Дубогай [120], Т. Круцевич [172]), що організм дітей постійно потребує виконання рухових дій.

Підвищення життєздатності організму, збільшення оздоровчих можливостей не в повній мірі дають шанс бути здоровим. Прогрес у медико-біологічній сфері, застосування профілактично-оздоровчих заходів хоч і покращує життєздатність людини, але інформаційно-технічний прогрес послаблює зв'язок людини із зовнішнім середовищем [194].

Упродовж останніх років у силу високого навчального навантаження в школі, інтенсифікації навчального процесу в більшості дітей шкільного віку спостерігається недостатня РА, що спонукає до появи гіпокінезії, що може викликати ряд негативних змін в організмі школяра. Дослідження науковців у галузі гігієни свідчать, що до 82-85 % денного часу діти шкільного віку знаходяться в статичному положенні (сидячи). Навіть у дітей молодшого шкільного віку доволі низька РА (ходьба, ігри) займає лише 16-19 % добового часу, із них на фізичне виховання припадає лише 1-3 %. Загальна РА дітей за час навчання в школі знижується на 50 % від молодших класів до старших [88].

Результати досліджень М. Носка, С. Гаркуші, О. Воеділової [234], Т. Кравчук, Ю. Голенкової, Н. Санжарової [168], І. Рядинської [268] підтверджують той факт, що сьогодні одним із основних факторів кризового стану здоров'я населення України є обмежена РА. Потреба в конкретних формах руху формується в процесі виконання учнями певних соціальних функцій, тобто РА є змінною функцією в ході онтогенезу й обумовлена як біологічними, так і соціальними факторами [314]. Це означає, що вона формується індивідуально в процесі виховання. Завдання фізичного виховання – спрямувати цей процес у поле культури, забезпечуючи поступове накопичення особистістю цінностей фізичної культури, пріоритетними серед яких є здоров'я (О. Аксьонова [4], В. Бальсевич [22], Г. Безверхня [25], Т. Круцевич [170], Б. Шиян [300] та ін.). Важливим у цьому зв'язку виступає період молодшого шкільного віку (сенситивний період), коли закладаються основи формування цілісного ядра особистості як концентрованого відбиття смислів людського буття в багатогранній культурі людини.

Аналіз спеціальної літератури показав, що значна кількість досліджень (Л. Аліфанова [5], М. Махінова [203] та ін.) присвячена питанням впливу режимів РА на фізичний стан та стан здоров'я молодших школярів. Авторами показано (Ю. Голенкова, Т. Кравчук, І. Рядинська, Н. Санжарова), що навчальне навантаження в поєднанні з пониженою РА негативно впливає на здоров'я школярів різних вікових груп [168].

Неодноразово в дослідженнях вчених (Г. Апанасенко [15], В. Бальсевич [22], О. Дубогай [123] та ін) існує думка, що сучасна система навчання дітей на уроках фізичної культури не відповідає вимогам за змістом та об'ємом, інтенсивністю навантажень організму дитини, а головне, не враховує індивідуальних особливостей школярів. Наявність вмотивованого залучення до РА дітей всіх вікових категорій є недостатньою, щоб до завершення школи вони усвідомлено займались оздоровленням власного організму та вели здоровий спосіб життя [313]. Лише в окремих ЗЗСО застосовуються креативні педагогічні підходи, що, однак, є радше виключеннями із ситуації, що склалась [291].

Рухова активність – це поєднання усіх рухів, що виконує людина в процесі життєдіяльності. Розрізняють звичайну й спеціально організовану РА. До звичайної РА, згідно з визначенням ВООЗ, належать усі види рухів, що пов'язані з природними потребами людини (сон, гігієна, їжа; зусилля спрямовані на її приготування тощо), а також навчальна й виробнича діяльність. Спеціально організована м'язова діяльність (фізкультурна активність), передбачає різноманітні форми занять фізичними вправами, активний рух до школи, зі школи (на роботу) [18].

Упродовж життя людини РА забезпечує нормальний ріст й розвиток організму, сприяє повноцінному прояву генетичного потенціалу, підвищує опір до захворювань. Саме в період росту, організм дуже чутливо реагує на вплив негативних факторів зовнішнього середовища, включаючи й обмежену рухову активність [171].



У дитячому та підлітковому віці рухову активність можна умовно поділити на три складові частини: РА у процесі фізичного виховання; РА, яка здійснюється під час навчання та суспільно корисної діяльності; спонтанна РА у вільний час [206].

Важко однозначно визначити оптимальний обсяг навантаження з метою досягнення оздоровчого ефекту. Нормою РА в дитячому віці визнано таку величину, яка повністю задовольняє біологічні потреби в рухах, відповідає можливостям організму, сприяє його розвитку й зміцненню здоров'я.

Критерії оптимальної норми РА – надійність функціонування всіх систем організму, здатність адекватно реагувати на умови, навколишнього середовища, що змінюються. Порушення гомеостазу та неадекватність реакцій вказують на вихід за межі оптимальної норми, що приводить до погіршення здоров'я.

Л. Левандовська спираючись на дослідження Р. Силла нормує РА за часом, витраченим на виконання рухів різної інтенсивності, класифікує види діяльності залежно від кратності підвищення обміну речовин щодо рівня основного обміну [179].

Норма РА повинна ґрунтуватися на доцільності й корисності для здоров'я. Для цього потрібно орієнтуватися на показники, що характеризують фізичне здоров'я дітей [185].

Важливо не тільки знати, скільки потрібно рухатися й робити локомоцій протягом доби й тижня, а й із якою метою, якого рівня фізичного стану потрібно досягти, що вимагає визначення спрямованості фізичних вправ, параметрів фізичних навантажень.

Для дітей молодшого шкільного віку природною є потреба у високій РА. При вільному режимі в літній час за добу діти здійснюють від 12 до 16 тис. рухів. Природна добова РА дівчат на 16-30 % нижча, ніж у хлопців. Взимку РА дітей знижується на 30-45 %, у цей час необхідно забезпечити дітям відповідно до їх віку та стану здоров'я достатній об'єм добової РА. Після навчальних занять у школі діти повинні не менше півтори-дві години проводити на свіжому повітрі граючи в рухливі й спортивні ігри [194].

Одним із підходів оцінки рівня РА дітей є метод визначення енерговитрат через розрахунок метаболічного еквіваленту, який широко використовується в практиці лікарів зарубіжних країн (США, Канади тощо) [206]. Визначення добових енерговитрат проводиться згідно з класифікацією окремих видів рухової активності (табл. 3.2). Визначають низьку РА з енерговитратами менше 2,9 ум. од. метаболічного еквіваленту, помірну – з енерговитратами 3–5,9 ум. од. метаболічного еквіваленту та високу – з енерговитратами більше 6 ум. од. метаболічного еквіваленту.

За даними формалізованого звіту окремо хлопців та дівчат ми визначили час, який витрачено впродовж доби на різні (за інтенсивністю) категорії рухової активності, визначено середні добові енерговитрати дітей та їх рівень рухової активності в цілому (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Середній показник рівня рухової активності дітей молодшого шкільного віку впродовж тижня за показником добових енерговитрат (ккал), n=300**

| Понеділок | Вівторок | Середа  | Четвер  | П'ятниця | Субота  | Неділя  |
|-----------|----------|---------|---------|----------|---------|---------|
| Дівчата   |          |         |         |          |         |         |
| 2738±36   | 2649±18  | 2675±20 | 2753±26 | 2556±13  | 2525±18 | 2492±15 |
| 2674±18   |          |         |         |          | 2509±14 |         |
| p<0,05    |          |         |         |          |         |         |
| Хлопці    |          |         |         |          |         |         |
| 2731±34   | 2670±24  | 2721±22 | 2795±30 | 2594±19  | 2506±15 | 2422±7  |
| 2702±20   |          |         |         |          | 2464±9  |         |
| p<0,05    |          |         |         |          |         |         |

Метод визначення енерговитрат через розрахунок МЕТ передбачає використання результатів хронометражної самозвітності для визначення тривалості різних (за інтенсивністю) видів РА, визначати добові енерговитрати та за їх величиною оцінювати рівень РА конкретного учня.

За даними анкетного опитування дівчат молодшого шкільного віку встановлено, що середньодобові енерговитрати становлять 2674±18 ккал у будній день та відповідають середньому рівню (загально визначена норма якого для дівчат складає 2550,01–2830,00 ккал). У вихідний день показник добових

енерговитрат у дівчат відповідає низькому рівню РА  $2509 \pm 14$  ккал (норма даного показника - 2450,00–2550,00 ккал). Різниця між показником буденного та вихідного днів з достовірною ( $p < 0,05$ ).

Натомість у хлопців цей показник вищий саме за кількісним показником витрачених ккал упродовж доби. Так, середній показник РА буднього дня складає  $2702 \pm 20$  ккал, що відповідає середньому рівню добових енерговитрат (показник норми 2565,01–2932,50 ккал). У вихідний день рівень РА хлопців за кількісним показником відповідає низькому рівню та складає  $2464 \pm 9$  ккал (показник норми 2466,25–2565,00 ккал). Різниця між показником буденного та вихідного дня є достовірною ( $p < 0,05$ ).

Коефіцієнт варіації в більшості випадків менше 10 - середня є типовою та надійною її характеристикою.

У попередніх наших дослідженнях, у яких визначався рівень РА дітей 7-8 років, отримано схожі результати [67], які підтверджують, що в режимі вихідного дня діти молодшого шкільного віку мають недостатню за тривалістю РА і її рівень відповідає низькому. Схожі закономірності прослідковуються і в наукових дослідженнях Гончарової Н. [99].

Характер змін показників рівня РА дітей молодшого шкільного віку впродовж тижня змінювався наступним чином (рис.3.8): найвищий рівень РА у дітей спостерігається в понеділок, середу та четвер у зв'язку з тим, що саме в ці дні у них уроки фізичної культури та музично-ритмічні заняття, а також 40 % опитуваних відвідують два рази на тиждень секції з різних видів спорту (танці, футбол, єдиноборства) саме в будні дні. Також не менш важливим показником є те, що більшість дітей (70 % опитуваних) до школи та зі школи ходять пішки й на це витрачають від 15 до 30 хвилин часу.

Аналіз результатів опитування показує, що більшість дітей молодшого шкільного віку (55 %) виконують ранкову гімнастику несистематично. Лише 20 % учнів виконують її регулярно, 15 % не виконують цей вид рухової діяльності взагалі.

Визначено, що лише 20 % школярів регулярно займаються фізичною культурою у вихідні дні. 30 % молодших школярів надають перевагу пасивному відпочинку на вихідних. Цікавою виявилася інформація про те, що 70 % молодших школярів виконують фізичну роботу в побуті регулярно та 15 % – нерегулярно.

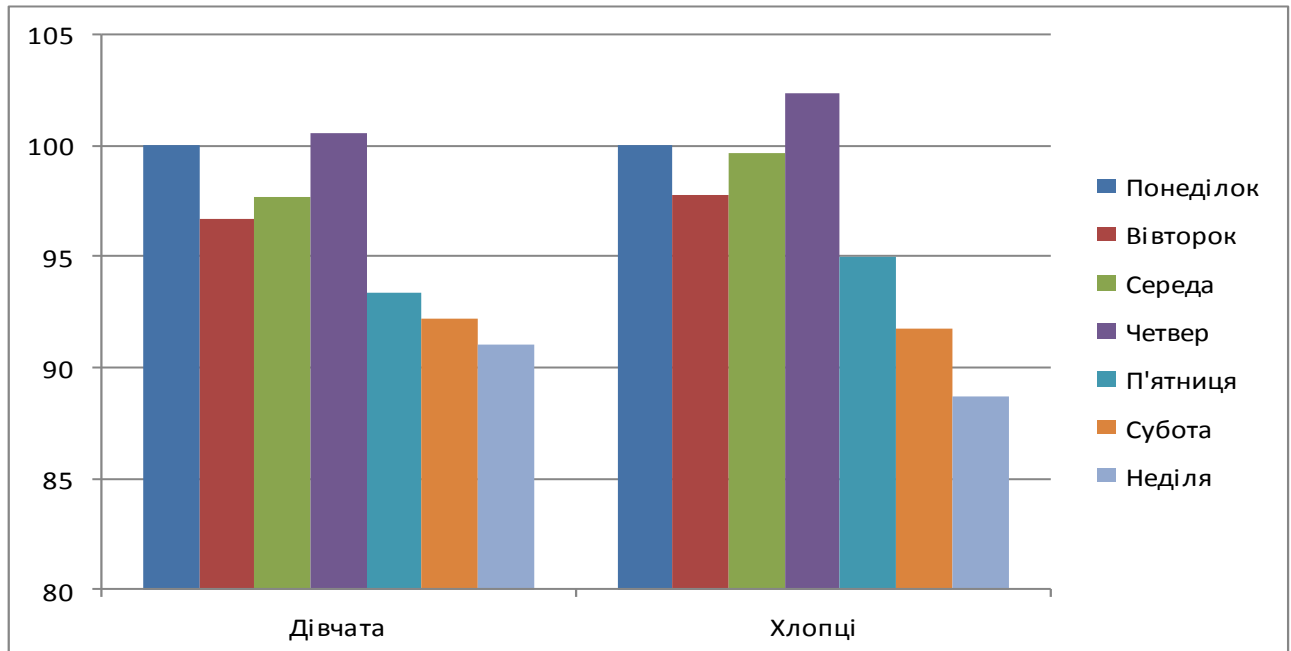


Рис. 3.8. Характеристика змін середньодобових енерговитрат дітей молодшого шкільного віку впродовж тижня (%)

Якщо порівнювати саме кількісні показники РА хлопців та дівчат, то в будній день цей показник у хлопців більший ніж у дівчат, у зв'язку з тим, що саме хлопці на перервах між уроками віддають перевагу прогулянкам на свіжому повітрі (відпочивають на дитячому майданчику, бігають). Натомість дівчата цей час проводять у приміщенні. Така відмінність полягає саме в індивідуальних та статевих особливостях хлопців та дівчат молодшого шкільного віку.

Слід зазначити, що рівень РА у вихідний день є низьким порівняно з РА буденного дня. Це свідчить про малорухомий спосіб життя дітей і має загрозливу перспективу для здоров'я та розвитку школярів (отримано тісний кореляційний зв'язок між показником РА та кількістю пропущених днів через хворобу ( $r=0,73$ )). Основна РА вихідного дня припадає на допомогу батькам по

господарству, а так більшу частину свого часу як хлопці, так і дівчата витрачають на підготовку домашнього завдання та проводять свій вільний час за комп'ютером, планшетом або телевізором, що негативно впливає не лише на рівень РА, а й на показники захворюваності.

Отримані нами результати можна вважати як орієнтовні для оцінки достатнього чи недостатнього рівня РА дітей молодшого шкільного віку. На нашу думку, норма повинна визначатися її доцільністю та користю для здоров'я. Для цього треба орієнтуватися на показники, що характеризують здоров'я дітей. Рух і кількість локомоцій не повинні бути самоціллю, а стати засобом досягнення бажаного рівня фізичного стану. А це потребує визначення спрямованості фізичних вправ, параметрів фізичних навантажень та усвідомлення необхідності займатися фізичними вправами.

У сучасних умовах важливим завданням сім'ї та школи в роботі щодо підвищення рівня РА дітей молодшого шкільного віку є формування свідомого ставлення до власного здоров'я та стійкого інтересу до занять фізичними вправами в школі та вдома. Батьки та вчителі повинні заохочувати дітей до занять фізичними вправами, піклуватися про їх всебічний гармонійний розвиток.

Отже, недостатня РА негативно впливає на розвиток всіх функціональних систем організму дитини. Потреба в рухах - одна з основних фізіологічних особливостей дитячого організму, яка надзвичайно необхідна для його нормального формування й розвитку [7, 14, 219, 230]. Рухи в будь-якому їх прояві, адекватні руховим можливостям дітей, завжди виступають оздоровчим фактором. Саме цим можна пояснити високу ефективність різних методик, коли їх основою є загальний вплив рухової діяльності на організм людини в поєднанні зі спеціальними фізичними вправами [67].

На нашу думку, для вирішення цього питання необхідно активізувати самостійну роботу учнів – набуття ними необхідних компетенцій з теорії й методики фізичного виховання та досвіду самостійних занять фізичними вправами, самоконтролю, самокоректування тощо [68]. Необхідно створити

ефективну систему управління самостійною роботою занять фізичними вправами молодших школярів, яка має складатися із сукупності свідомих цілеспрямованих дій учителя по відношенню до учнів з метою поліпшення їх рухової активності та показників здоров'я загалом.

### **3.4. Аналіз сформованості ціннісного ставлення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я та здоров'я оточуючих**

Більшість дітей молодшого шкільного віку характеризується низьким рівнем фундаментальних знань щодо раціонального формування, збереження та зміцнення власного здоров'я впродовж всього життя. Вимоги сучасності ставлять перед сучасною школою завдання виховати покоління дітей здатних *ціннісно* та *свідомо* ставитись до свого здоров'я та здоров'я оточуючих.

На сьогодні проблемою ціннісного ставлення до власного здоров'я переймаються філософи, педагоги, соціологи, психологи, розглядаючи її в різних аспектах. У психолого-педагогічній літературі існують різні трактування поняття «цінність». Як зазначають І. Бех [36], С. Лапаєнко [178], І. Поташнюк [261], ціннісне виховання значно підвищує ефективність виховної роботи школи оскільки цінності стають виховним фактором завдяки тому, що перетворюються у внутрішні мотиви поведінки особистості.

В. Бобрицька виокремлює сутнісні характеристики даного поняття як складника мотиваційної сфери особистості, цінність є те, що задовольняє інтереси й потреби особистості [42].

У працях Т. Белинської [27], Р. Березовської [32], Г. Нікіфорова [226] поняття «ціннісне ставлення» до здоров'я розуміється як внутрішній механізм регуляції поведінки, що ґрунтується на високій суб'єктивній значущості здоров'я та його усвідомленні як передумови реалізації життєвих завдань, а також супроводжується прагненням до його збереження та зміцнення.

Психологи І. Бех [36], С. Кулачківська [175], С. Ладивір [177], Т. Піроженко [249] та ін. досліджують взаємозв'язок категорії «цінність» із процесом розвитку, життєдіяльності та поведінки особистості. Т. Бутківська

[53], М. Головатий [97], А. Ручка [267], представники соціології, тлумачать цінність як інструмент взаємозв'язку між інтересами, потребами, світоглядом особистості та її діяльністю.

На думку О. Матвієнко, Н. Лещенко, змістові характеристики аксіокатегорій обумовлюються внутрішніми властивостями їхніх носіїв, їхньою мотиваційною сферою. Тож ціннісні орієнтації особистості трактуються як система її ставлень до світу, інших людей та самої себе [202].

Сучасні дослідники К. Абульханова-Славська [1], О. Асмолов [19], О. Леонтєва [183], А. Маслоу [200], В. М'ясищев [220], С. Рубінштейн [265] та ін. зробили значний внесок у розкриття дефініції «ціннісне ставлення», дослідивши механізм та структуру формування ставлень і мотивацій особистості.

У педагогічних працях Е. Вільчковського [65], Н. Денисенко [109], О. Дубогай [120] проблема ціннісного ставлення до власного здоров'я розглядається в контексті підвищення ефективності системи фізичного виховання.

У роботі О. Масалової ставлення до здоров'я визначається як системне і динамічне особистісне утворення, що зумовлене певним рівнем спеціальних знань, наявністю соціально-духовних цінностей, накопичених внаслідок освіти та самоосвіти, виховання й самовиховання, мотиваційно-ціннісної орієнтації, які мають втілення у практичній життєдіяльності [199].

У роботах І. Журавльової ставлення до здоров'я визначається як оцінка власного здоров'я на основі знань, що має особистість, усвідомлення значення здоров'я, а також дії, що спрямовані на зміни стану здоров'я [138].

О. Матвієнко, Д. Мороз як інтегративну властивість особистості ціннісне ставлення до здоров'я структурують на когнітивний, ціннісно-мотиваційний та діяльнісно-поведінковий компоненти [202]. Кожному з них відповідають такі критерії: знання, ціннісні орієнтації, вчинки, що впливають на здоров'я людини.

Формування будь-якого психічного утворення вимагає певних знань, що усвідомлені особистістю. Тільки спираючись на знання, можна здійснювати вплив на ціннісно-мотиваційний, а значить і на поведінково-діяльнісний компоненти ставлення до здоров'я, проводити дієву здоров'яформувальну діяльність у навчальних закладах. Для когнітивного компонента ціннісного ставлення до здоров'я властивим є сукупність знань про складові здоров'я (фізичне, психічне, соціальне й духовне здоров'я особистості) і здоров'я в цілому, організм людини, фактори, які впливають на самопочуття та здоров'я людини (як позитивно, так і негативно), про елементи здорового способу життя, уміння застосовувати ці знання в процесі своєї життєдіяльності, сформованість чи відсутність пізнавального інтересу до проблем здоров'я, адекватність самооцінки здоров'я на основі тих уявлень і знань, які має учень [202].

Для якісної організації й управління процесом формування ціннісного ставлення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я виникає необхідність у проведенні діагностики рівнів сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я. У сучасній психолого-педагогічній літературі ми знайшли велику кількість методик дослідження даного феномену, наприклад: опитувальник «Ставлення до здоров'я» Р. Березовської [32], «Індекс ставлення до здоров'я» С. Дерябо та В. Ясвіна [115].

Для визначення ціннісного ставлення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я ми провели анкетування з визначення інтегральної оцінки рівнів сформованості ціннісного ставлення до здоров'я за О. Єжовою [130].

Середнє значення індексу ціннісного ставлення до власного здоров'я у дівчат молодшого шкільного віку становить  $0,44 \pm 0,01$  ум.од., хлопців –  $0,39 \pm 0,01$  ум.од., що відповідає нижче середньому рівню (табл. 3.3).

Аналізуючи отримані дані (рис. 3.9), ми можемо спостерігати, що діти молодшого шкільного віку мають середній рівень (39 % дівчат та 38,4 % хлопців) сформованості ціннісного ставлення до здоров'я, нижче середнього рівня (37,6 % дівчат та 35,2 % хлопців), низького (16 % дівчат і 18 % хлопців) та вище середнього (7,4 % дівчат, 8,4% хлопців).



**Статистичні значення показника інтегральної оцінки ціннісного ставлення до власного здоров'я дітей молодшого шкільного віку, n=300**

| Статистичний показник | Дівчата (n=175) | Рівень           | Хлопці (n=125) | Рівень           |
|-----------------------|-----------------|------------------|----------------|------------------|
| $\bar{x}$             | 0,44            | Нижче середнього | 0,39           | Нижче середнього |
| $S\bar{x}$            | 0,01            |                  | 0,01           |                  |
| S                     | 0,12            |                  | 0,11           |                  |
| V                     | 27,7            |                  | 28,2           |                  |

Якщо брати до уваги окремо кожен із компонентів ціннісного ставлення до здоров'я дітей молодшого шкільного віку, то ми можемо прослідкувати тенденцію до частково сформованих та недостатньо сформованих результатів. Такі низькі показники свідчать про недостатній сформований у дітей рівень знань про основні складові здоров'я. Формування в дітей ціннісного ставлення до власного здоров'я вимагає певних знань, що усвідомлюються особистістю.

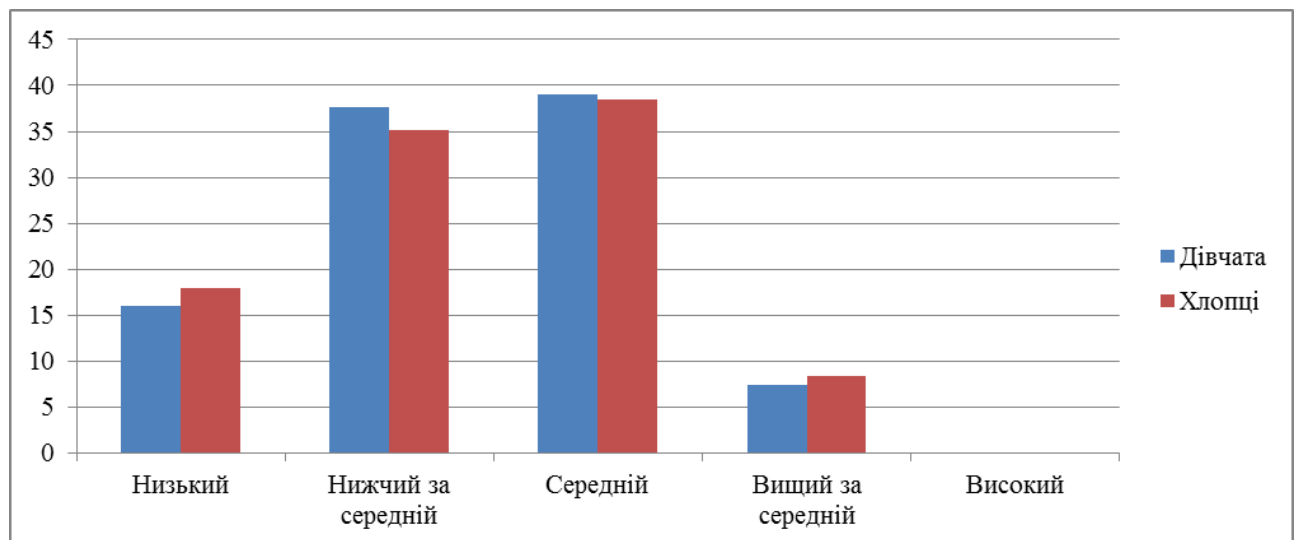


Рис. 3.9. Рівень сформованості ціннісного ставлення дітей молодшого шкільного віку до здоров'я

Провівши аналіз анкет на визначення рівня сформованості показників когнітивного компоненту ціннісного ставлення до здоров'я, ми виявили, що об'єктивні дані здоров'я дітей молодшого шкільного віку не співпадають з його самооцінкою. Це свідчить про те, що діти не вмiють оцінювати стан свого

здоров'я. Натомість, аналізуючи показник критерію інтерес до проблеми здоров'я, прослідковувалось стабільне зацікавлення дітей проблемою збереження здоров'я. Це свідчить про те, що діти хочуть бути здоровими, але їм не вистачає знань у цій області щодо вміння застосовувати ці знання в процесі життєдіяльності. Ці припущення підтвердили результати анкетування ціннісно-мотиваційного компонента в показнику потреби до збереження й зміцнення власного здоров'я. 80 % опитаних респондентів мають потребу в становленні ієрархії життєвих цінностей, мотивів, що будуть формувати здоровий спосіб життя та діяльність щодо збереження й зміцнення здоров'я.

У досліджуваній групі дітей молодшого шкільного віку було зафіксовано систематичне дотримання норм і правил відповідальної поведінки за своє здоров'я та здоров'я оточуючих. І з 300 опитаних учнів молодшого шкільного віку було виявлено 10 учнів, які вже спробували алкогольні напої та цигарки. Це свідчить про те, що вже в такому віці діти мають низький рівень відповідальності за власну поведінку щодо здоров'язбереження.

Спираючись на знання, ми можемо здійснювати вплив на ціннісно-мотиваційний, а значить і на поведінково-діяльнісний компоненти ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих, проводити дієву здоров'язбережувальну діяльність у навчальних закладах.

Отже, аналізуючи результати анкетування можна зробити висновок, що більшість дітей мають середній рівень формування ціннісного ставлення до власного здоров'я. На нашу думку, для покращення цього показника необхідно формувати у дитини стійку мотивацію на здоров'я. Як зазначає О. Леонт'єв, стимулювання сприяє перетворенню зовнішнього фактору впливу на внутрішні спонукання особистості, спрацьовує психологічний механізм перетворення уявних мотивів у реально діючі [181,182].

Згідно з психологічними уявленнями про механізм утворення мотивації, на нашу думку, доречним буде створення в навчальному закладі системи стимулювання здоров'язбережувальної діяльності учнів.

### Висновки до розділу 3

Результати проведеного дослідження дають можливість констатувати особливості фізичного розвитку й здоров'я дітей молодшого шкільного віку та ціннісне ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

Отримані дані про загальний рівень здоров'я дітей молодшого шкільного віку свідчать про те, що більшість дітей, як хлопців, так і дівчат мають низький (26,3 % дівчат, 23,2 % хлопців) або нижче середнього (46,3 % дівчат, 38,4 % хлопців) рівень фізичного здоров'я; середній рівень мали 27,4 % дівчат та 38,4 % хлопців (рис 3.10.).

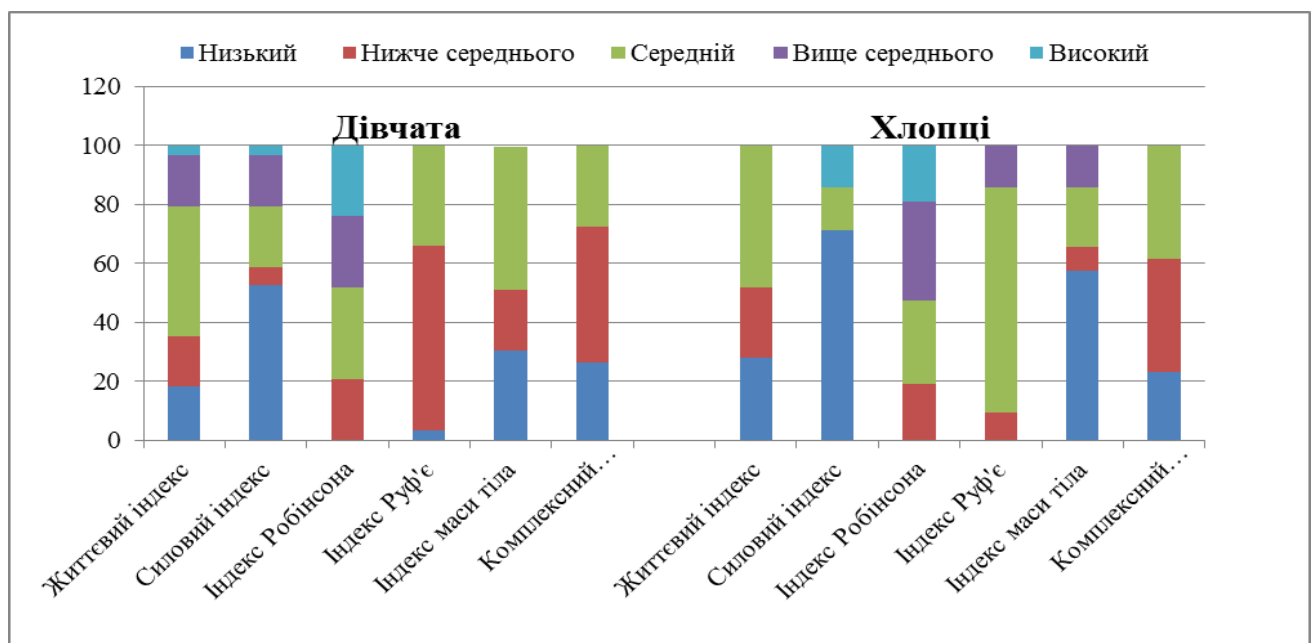


Рис. 3.10. Розподіл дітей молодшого шкільного віку за рівнем показників фізичного (соматичного) здоров'я (%)

Чим вищий рівень фізичного здоров'я, за даними Г. Апанасенка, тим менша вірогідність виникнення соматичної патології та застудних захворювань [15]. Нами отримано помірний кореляційний зв'язок між рівнем фізичного здоров'я й кількістю захворювань дітей упродовж навчального року ( $r=0,65$ ).

Детальній аналіз середнього статистичного кожного з індексів дозволив виявити, що показники силового індексу як у дівчат, так і у хлопців не відповідають віковій нормі; у дівчат нижче середнього рівень індексу Руф'є, що вказує на погану адаптацію їх ССС до фізичних навантажень; у хлопців нижче

середнього рівень життєвого індексу, що свідчить про недостатність розвитку дихальної системи та нижче середнього індексу маси тіла.

Отримані результати вказують на розвиток несприятливих адаптаційних змін у функціональному стані організму дітей молодшого шкільного віку.

Визначення добових енерговитрат через розрахунок метаболічного еквіваленту дітей молодшого шкільного віку дозволив виявити, що і у дівчат, і хлопців упродовж будніх днів тижня спостерігається середній рівень рухової активності за рахунок відвідування спортивних та хореографічних секцій, уроків фізичної культури, ходьби до школи пішки та виконання фізичної роботи в побуті. У вихідний день показник добових енерговитрат як у дівчат, так і хлопців відповідає низькому рівню рухової активності. Різниця між показником буденного та вихідного дня є достовірною ( $p < 0,05$ ).

Підсумовуючи отримані дані, слід зауважити, що у дітей молодшого шкільного віку існує дефіцит рухової активності. Результатом гіподинамії дітей є катастрофічне погіршення стану здоров'я, виникнення цілого ряду захворювань упродовж року (органів дихання (45 %), хвороби кістково-м'язової системи (35 %), захворювання органів травної системи (12 %), захворювання пов'язані з зором (8 %)).

Різко знижує функціональний стан і працездатність організму дитини дефіцит біологічної потреби в рухах, отримано тісний кореляційний зв'язок ( $r = 0,73$ ) між рівнем рухової активності й кількістю захворювань дітей впродовж навчального року [67].

Стосовно рівня сформованості ціннісного ставлення дітей молодшого шкільного віку до здоров'я необхідно констатувати недостатній його рівень – менша половини дітей мають середній або вище середнього рівень. Нижче середнього рівня мають 37,6 % дівчат та 35,2 % хлопців, низького – 16 % дівчат і 18 % хлопців.

Отримані результати досліджень підтверджують актуальність порушеної нами проблеми й дозволяють окреслити деякі *чинники* для розробки

інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

Враховуючи доволі низькі показники ціннісного відношення дітей до здоров'я, передбачаємо, що в інтегрованій технології значна частина педагогічних впливів має бути спрямована на *формування аксіологічних орієнтирів здорового способу життя* та позитивної мотивації дітей до занять фізичними вправами. Для того щоб вести здоровий спосіб життя, необхідно створити у дітей *установку* на свідоме збереження й зміцнення власного здоров'я і здоров'я інших людей й надати цій діяльності ціннісної орієнтації.

Зважаючи на низькі показники РА дітей (нижчий рівень РА у вихідний день, ніж у будні, свідчить про недостатній рівень усвідомлення дітей щодо цінності дотримання оптимального рухового режиму), майбутня технологія повинна включати чинники, що будуть здійснювати позитивний вплив на формування цінностей щодо активного та здорового способу життя, мотивацію на здоровий спосіб життя, збільшення об'єму РА та передбачати механізми стимулювання до занять фізичними вправами дітей молодшого шкільного віку.

Економічно вигідним та ефективним засобом оптимізації рівня РА, профілактики захворюваності, підвищення стійкості організму, поліпшення розумової і фізичної працездатності дітей молодшого шкільного віку є створення умов для *підвищення мотивації до самостійних та систематичних занять фізичними вправами*. Особливого значення набуває проблема ефективного управління власною діяльністю, що вимагає компетентного виконання регулюючої й контролюючої функцій, *оволодіння діями самоконтролю*. Сформовані навички самостійного й активного прояву самоконтролю в дітей молодшого шкільного віку мають забезпечити успішність розвитку їх особистості, зокрема формування здоров'язбережувальної компетентності та в цілому, фізичної культури особистості.

Недостатній рівень показника ЖІ зумовлюють утворення чинника, що буде цілеспрямовано впливати на усвідомлення правильного дихання, формування

навичок дихання, компетентності що відобразатиметься в поєднанні (інтеграції) дихальних і фізичних вправ.

Важливим положенням для реалізації технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку є *акцентована увага на застосуванні дихальних вправ у поєднанні з фізичними* [62, 63]. Інтеграція в повсякденне життя дитини природних для неї видів діяльності, головним із яких є дихальні вправи, буде сприяти розвитку рухової функції; зростанню компетентності дітей у використанні дихальних вправ у поєднанні з фізичними; підтримці фізичної й розумової працездатності та покращення функціонального показника Іруф'є; підвищенню рівня фізичної культури особистості та здатності до здоров'язбереження.

Недостатній рівень комплексного показника фізичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку обумовлює інтегровані впливи на усвідомлення цінності здоров'я, сформованість умінь і навичок його збереження та зміцнення. Ми вважаємо, що саме цінності, впливаючи на мотиви особистості є основою формування здоров'язбережувальної компетентності.

Взаємозв'язок пізнавальної й рухової діяльності в процесі занять фізичними вправами, є дуже важливим, він підсилює забезпечення освітнього, оздоровчого й виховного ефектів. Отже, ключовим положенням розробки інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку повинно бути положення щодо *організації освітнього процесу з фізичної культури на засадах інтегрованого навчання з активізацією пізнавального інтересу школярів та стимулювання внутрішньої мотивації за рахунок упровадження в освітній процес з фізичного виховання активних методів навчання, творчих навчально-пізнавальних, дослідницьких завдань, ведення щоденника самоконтролю тощо.*

Основні наукові результати розділу опубліковано в наукових працях автора [62, 63, 66, 321].

## РОЗДІЛ 4

### ОБҐРУНТУВАННЯ ІНТЕГРОВАНОЇ ТЕХНОЛОГІЇ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЯ

**4.1. Обґрунтування та розробка інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання**

**4.1.1. Характеристика інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання**

Нині в Україні набуває особливого значення діяльність, спрямована на формування здоров'я учнівської молоді. Широкий спектр освітніх інновацій, які знайшли відображення в нормативно-правових документах нашої країни та апробовані в процесі фізичного виховання, дають поштовх із принципово нової позиції розглядати підходи до формування здоров'я дітей шкільного віку.

Відповідно до концептуальних основ реформування освіти «Нова школа: основи Стандарту освіти» дитині недостатньо дати лише знання, а й важливо навчити користуватися ними. Знання та вміння, взаємопов'язані з ціннісними орієнтирами учня, формують його життєві компетентності, потрібні для успішної самореалізації у житті, навчанні та праці [227].

Ми поділяємо думку В. Старченко, яка зауважує, що «без знань немає компетентності, адже вона є сферою зв'язків між знаннями та практичною діяльністю. Але про компетентність свідчать не лише знання. Знання, що існують самі по собі, не прив'язані до життя, не гарантують достатньої компетентності в різних життєвих ситуаціях» [281].

Розв'язання завдань виховання здорового компетентного покоління потребує створення нових сучасних технологій та методик, через які можна забезпечити формування у зростаючого покоління ціннісного ставлення до

власного здоров'я і до здоров'я оточуючих, мотивації на його збереження, системи наукових і практичних знань про здоров'я й чинники його збереження, поведінку й діяльність, зорієнтованих на збереження власного здоров'я, тобто здоров'язбережувальної компетентності.

Молодший шкільний вік є найбільш сприятливим для вирішення цих завдань. Це період, коли закладається фундамент подальшого фізичного розвитку, активно розвиваються інтереси й звички, формується характер. Запорукою здоров'я та гармонійного всебічного розвитку в даний період життя дитини є оптимально організоване фізичне виховання як в режимі дня, так і в самостійних заняттях фізичними вправами.

Правильно організований освітній процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку допоможе вирішити проблему формування здоров'язбережувальної компетентності школяра як основи його культури здоров'язбереження, ціннісного ставлення до здоров'я, світоглядної орієнтованості на здоров'язбереження та ін. Досягати здоров'язбережувальної компетентності діти зможуть, набуваючи здоров'язбережувальних життєвих навичок, які, на нашу думку, являють собою комплекс доведених до автоматизму дій, спрямованих на свідомий вибір моделі поведінки й діяльності та забезпечують збереження фізичного, соціального, психічного й духовного здоров'я дитини.

Одним із напрямків формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання є організація навчання на засадах інтегрованого навчання, що було виявлено в попередніх розділах дисертаційного дослідження.

Проблема інтеграції в теорії та практиці сучасної освіти не нова. Так, проблемі інтеграції в освіті присвячено наукові праці таких учених, як І. Бех [35], О. Вознюк [85], С. Гончаренко [98], Л. Гриценко [103], Н. Данько [107], О. Дубасенюк [119], М. Іванчук [153], Є. Калініна [158] та інші.

У науково-педагогічній літературі існує велика кількість визначень поняття «інтеграції». Великий тлумачний словник української мови містить



визначення інтеграції як «доцільне об'єднання та координація дій різних частин цілісної системи» [59].

І. Підласий розуміє інтеграцію як ущільнення, структурування, виокремлення головних системоутворюючих знань, умінь, вилучення малоцінних, другорядних знань і вмінь, тобто не механічне зменшення обсягу, а структурування матеріалу [251].

Американський педагог Дж. Гіббоне висловлював думку, що інтегрувати – це поєднувати частини систем таким чином, щоб результат об'єднання в сумі перевершував їхнє значення до взаємодії.

На процесуальності та результативності інтеграції наголошує І. Козловська: «Інтеграція представляє собою процес і результат створення нерозривно зв'язаного, єдиного» [164].

На думку С. Ілляш, «інтеграція – це могутній засіб формування світогляду, який має не нормальний, а особистісний характер. За умови її успішної методологічної реалізації передбачається забезпечення якісної освіти – конкурентноздатної, спроможної створити умови кожній людині для самостійного досягнення тієї чи іншої життєвої мети, творчого самоствердження в різних соціальних сферах» [155].

Погоджуємося з ученими О. Вознюк і О. Дубасенюк, які вважають, що сукупність теоретичних положень, що пояснюють суть феномену інтеграції у сучасній педагогіці, об'єднані загальним поняттям «інтегративний підхід»: у результаті інтеграції раніше самостійні елементи поєднуються та певним чином синтезуються в цілісну систему на основі встановлення функціональних взаємозв'язків, взаємного переходу та доповнення, керування, зближення теорій навчання й виховання, об'єднання в системах організації освіти та її змісту [85].

М. Пак вважає, що інтегративний підхід є методологічним підходом зі своєю «призмою бачення» всього освітнього процесу. Інтегративний підхід забезпечує доцільне об'єднання й синтез компонентів змісту навчання внутрішньо-предметного та міжпредметного характеру, їх узагальнення на

рівні фактів, понять, теорій, ідей, формування цілісної системи узагальнених знань, способів і видів діяльності [243].

За даними В. Жукова інтегративний підхід до навчання забезпечує цілісний розвиток особистості, дозволяє активізувати пізнавальну діяльність учнів, підвищити їхній інтерес до навчального матеріалу, актуалізувати наявні знання із суміжних дисциплін [137].

Концептуальні засади інтегративного підходу в процесі фізичного виховання школярів у сучасній навчально-методичній літературі розкрито недостатньо. Дослідження І. Боднар [43] свідчать про ефективність інтегративних уроків фізичної культури для учнів 1-3 груп здоров'я, які сприяли інтеграції дітей зі зниженими можливостями в колективі та підвищення їх активності. О. Кругляком [170] здійснено реалізацію міжпредметних зв'язків у процесі фізичного виховання учнів молодшого шкільного віку. Н. Москаленко [213] досліджувала особливості побудови інтегрованого уроку фізичної культури у початковій школі, що вносять ефективні зміни в дітей, посилюють пізнавальний інтерес, сприяють всебічному розвитку особистості. Е. Вільчковський, Н. Денисенко, Ю. Шевченко розглядали можливість інтеграції рухів і музики у фізичному розвитку дітей дошкільного віку [64].

Ми поділяємо думку Н. Москаленко, А. Полякової, Г. Торбанюка, що інтегроване навчання – це навчання, яке цілісно забезпечує пізнавальну діяльність особистості учня, розвиває творчу активність, яка включає в себе і пізнання, і спілкування, і гру, і посильну працю. Інтегрована діяльність передбачає внутрішнє прагнення до активної участі в навчальному процесі, пошук дитиною самостійних шляхів вирішення проблем [213].

Однак потребує наукового обґрунтування можливості інтегрованого навчання у фізичному вихованні, яке ґрунтується на комплексному підході, і передбачає сукупність послідовних та взаємозв'язаних дій учителя й учня, які спрямовані на формування цілісного відношення до власного здоров'я та

здоров'я оточуючих. Це обумовлює необхідність перетворень у вирішенні даного питання на основі створення нових інтегрованих технологій.

На основі аналізу сучасної науково-методичної літератури та власних досліджень нами було обґрунтовано та розроблено інтегровану технологію формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання (рис. 4.1).

Технологія складається з окремих, але взаємопов'язаних між собою блоків, що забезпечують цілісність процесу формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, а саме: *концептуальний блок* (концепція, теоретико-методологічні підходи, концептуальні положення), *змістово-процесуальний блок* (дидактичне забезпечення, зміст та алгоритм реалізації технології) та *результативний блок*.

Цілісність реалізації технології забезпечується системоутворюючим компонентом – сформованістю у дітей молодшого шкільного віку здоров'язбережувальної компетентності, яку ми розглядаємо, як здатність до формування, збереження та зміцнення власного здоров'я.

Важливим цільовим компонентом інтегрованої технології є *мета* - формування всебічно гармонійно розвиненої особистості в процесі фізичного виховання, здатної до здоров'язбережувальної діяльності.

*Концептуальний блок* базується на методологічних засадах процесу формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання і складається з таких взаємопов'язаних частин: концепція, теоретико-методологічні підходи, концептуальні положення.

*Концепція* побудови авторської інтегрованої технології полягає у створенні ціннісної установки на формування, збереження та зміцнення здоров'я за рахунок ефективного управління руховою й пізнавальною діяльністю дітей молодшого шкільного віку в процесі занять фізичними вправами. Невід'ємною складовою концепції є принцип спряженого впливу на рухову й дихальну систему.

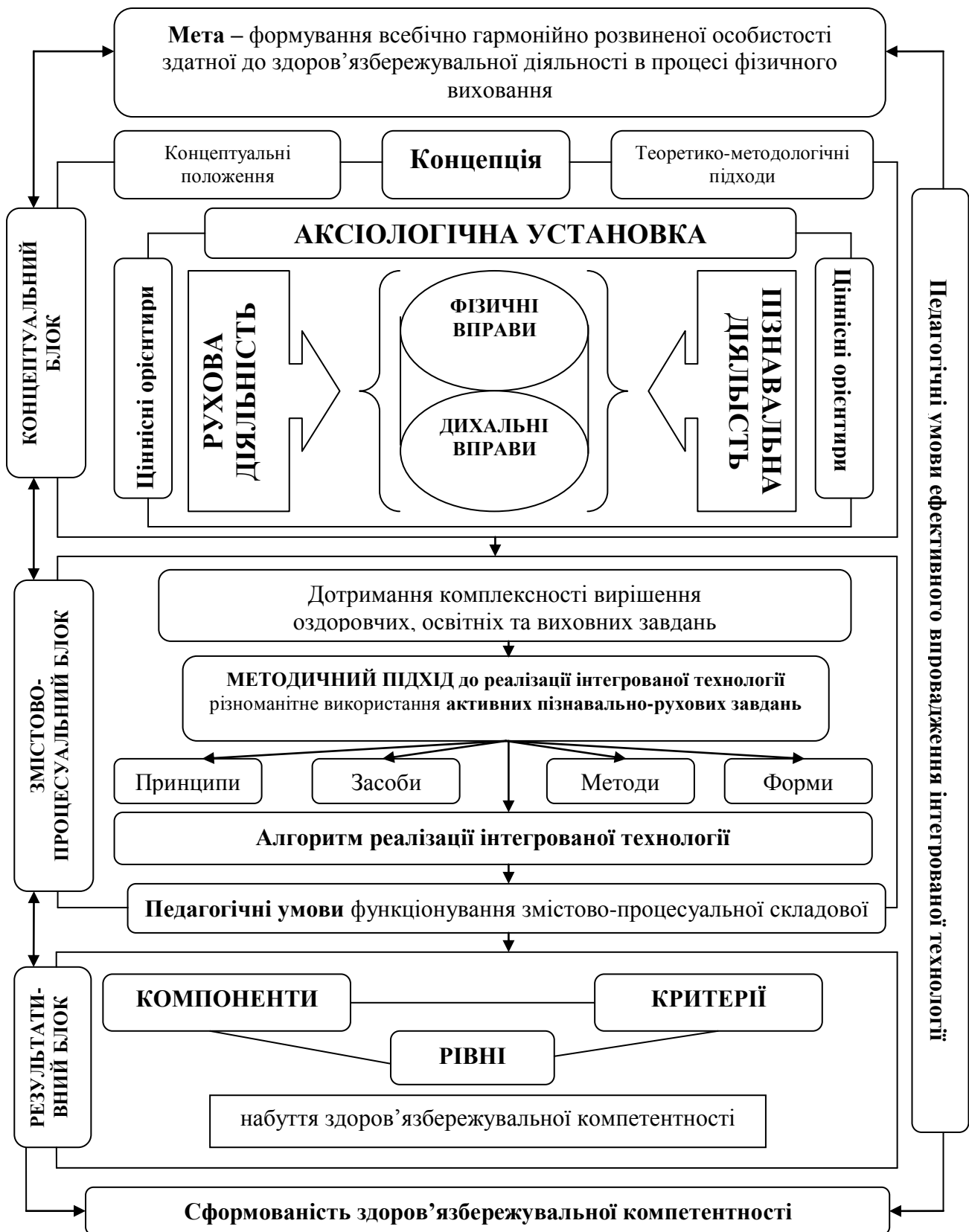


Рис. 4.1. Інтегрована технологія формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання

Інтегрована технологія формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку спрямована на поєднання фізичної й пізнавальної діяльності дітей та передбачає здійснення педагогічного процесу в напрямку:

– *аксіологічному* – виховання, спрямоване на формування ціннісних установок щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання;

– *руховому*, відбувається вирішення завдань формування рухових умінь та навичок, управління рухами, розвиток фізичних якостей, підвищення функціональних можливостей організму, збільшення рівня рухової активності, формування навичок правильного дихання;

– *пізнавальному*, що спрямовується на розвиток пізнавальної сфери дитини, саморозвитку, самовдосконалення та самовиховання тощо.

Інтегрована технологія формування здоров'язберезувальної компетентності передбачає у дітей молодшого шкільного віку формування: аксіологічних орієнтирів; знань про здоров'я як найвищу цінність життя; відповідального ставлення до здоров'я як вектору їх поведінки у повсякденному житті, як необхідної умови адекватного сприйняття та втілення в життя.

Одним з істотних моментів рухової діяльності дітей є формування особистого ставлення дитини до фізичних вправ і виховання активної життєвої позиції щодо свого здоров'я. «Тіло без руху подібне до стоячої води, яка псується, пліснявіє, гниє», – писав учений-медик Н. Максимович-Амбодик. За недостатністю РА в дітей різко ослаблюється діяльність опорно-рухової, серцево-судинної, дихальної, нервової систем [67].

Потреба в рухах – одна з основних фізіологічних особливостей дитячого організму й надзвичайно необхідна для його нормального формування та розвитку. Слід зауважити: рух у будь-якому його вияві адекватний руховим можливостям дітей, завжди виступає оздоровчим чинником. Саме цим можна пояснити високу ефективність різноманітних методик і форм проведення

занять, коли їх основою є загальний вплив на організм у поєднанні зі спеціальними фізичними вправами.

В інтегрованій технології ми передбачаємо спряжену дію як загальноприйнятих засобів фізичного виховання – фізичних вправ, так і не традиційних оздоровчих, у нашому випадку – дихальних технологій. Дихання є інтегральним показником функціонування організму людини, а застосування дихальних вправ у поєднанні з фізичними вправами виступає фактором підвищення адаптації організму до рухової діяльності.

Фізичні вправи сприяють збільшенню сили дихальних м'язів, поліпшенню газообміну в легенях і тканинах. Важливо під час занять свідомо узгоджувати рухи з диханням, лише при цьому відбуватиметься вдосконалення механізму дихання, встановлюватиметься більш повноцінно координація в роботі м'язів і внутрішніх органів, які починають працювати економічніше. Саме дихання впливає на рухову діяльність дитини.

У процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку необхідно ставити акценти не тільки на підвищення рівня рухової діяльності за рахунок інтеграції фізичних та дихальних вправ, а й на необхідність цілеспрямованого впливу через активізацію пізнавальної діяльності дитини.

Взаємозв'язок між пізнавальною та руховою діяльністю в інтегрованій технології передбачає підсилення оздоровчого, освітнього та виховного значення процесу фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку та сприяє формуванню в дітей навичок самостійної пошукової діяльності.

Теоретичний рівень обґрунтування інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання враховує наукові надбання за основними напрямками формування, збереження й зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку та ґрунтується на таких *методологічних основах*: теорія адаптації (Г. Селе, В. Платонов); теорія управління (Н. Вінер, В. Петровський, М. Амосов, В. Глушков); теорія функціональних систем (П. Анохін); теорія та

методика фізичного виховання (Л. Матвеев, Т. Круцевич, Б. Шиян, В. Бальсевич та ін.).

Формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку ми розглядаємо, як педагогічний процес спрямований на підвищення ефективності управління адаптивним функціонуванням організму дитини за рахунок безпосередньо адаптаційних ефектів від рухової діяльності (корисний ефект адаптаційних змін приводить до покращення показників здоров'я) й розширення світогляду дітей в напрямку формування та збереження їх здоров'я.

Концепція формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, крім зазначених вище методологічних теорій, спирається на такі методологічні підходи: компетентнісний (І.Бех, Д. Мертенс, Б.Оскарсон, І.Єрмаков та ін.), інтегративний (І. Боднар, В.Загвязінський, Л. Грищенко, В. Леднев та ін. ), аксіологічний (С. Анісімов, Дьюї Дж., М. Каган, К. Льюїс, А. Мейнонг, В. Момов, Р. Перрі, В. Саратовський та ін.), діяльнісний (С. Рубінштейн, О. Леонтьєв та ін.).

Розроблена нами інтегрована технологія є логічно сформованою системою, що базуються на відповідних *концептуальних положеннях*:

- створення стійкої системи спрямованості інтересів й потреб особистості (аксіологічної установки), зорієнтованої на здоров'язбереження та здоров'ярозвиток;
- дотримання принципу спряженої дії на рухову й дихальну системи;
- єдність і узгодженість рухового та інтелектуального компонентів діяльності в процесі фізичного виховання;
- реалізація інтегрованого (комплексного) вирішення завдань фізичного виховання (освітньої, оздоровчої і виховної).

**Змістово-процесуальний блок** інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку узгоджується з концептуальними засадами й вимогами НУШ та чинними програмами розвитку, навчання й виховання дітей молодшого шкільного віку в

контексті формування, збереження й зміцнення здоров'я та набуття здоров'язбережувальної компетентності.

Підґрунтям до побудови змістово-процесуального блоку інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання стали *методологічні підходи*: системний, компетентнісний, культурологічний, діяльнісний, особистісно-орієнтований [9, 36, 129, 141, 150, 169].

*Системний підхід* дозволяє розглядати процес формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання як цілісну педагогічну систему зі всіма властивостями, закономірностями та особливостями. Такий підхід доповнює знання про особливості організації освітнього процесу в напрямку формування, збереження й зміцнення здоров'я засобами дихальної гімнастики як окремого компоненту.

Системний підхід спрямований на усвідомлення та розширення нових уявлень про компоненти рухової та пізнавальної діяльності дітей молодшого шкільного віку.

*Компетентнісний підхід* побудови інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності забезпечує можливість визначити змістовий аспект та вибудовувати логічну структуру процесу формування здоров'язбережувальної компетентності відповідно до вікових та статевих особливостей дітей. На основі компетентнісного підходу було здійснено інтеграцію шляхів накопичення та реалізації дітьми набутих знань про здоров'я та чинники його формування, збереження та зміцнення засобами дихальної гімнастики в різних формах фізичного виховання, створити здоров'яспрямоване освітнє середовище, що сприятиме збереженню й зміцненню здоров'я дітей молодшого шкільного віку шляхом формування ціннісного ставлення до здоров'я.

*Культурологічний підхід* спрямовує освітній процес з фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку на закладання основ



здоров'язбереження як невід'ємної складової загальної культури особистості дитини; формує у дітей здоров'язбережувальні життєві уміння та навички; Цей підхід дозволяє враховувати у процесі формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку знання щодо можливості отримання практичних навичок цінності дихальних вправ протягом всього життя; забезпечує включення в інтегральну технологію знань, які розкривають єдність фізичного й інтелектуального розвитку.

*Діяльнісний підхід* передбачає переорієнтацію з процесу на результат освіти в діяльнісному вимірі, зміщення акценту з накопичування кількості знань, умінь і навичок на формування й розвиток у дітей молодшого шкільного віку здатності практично діяти, творчо вирішувати конкретні педагогічні ситуації та різноманітні задачі з фізичної культури. Такий підхід зумовлює використання методів, спрямованих на активізацію розумової діяльності (метод створення проблемних ситуацій, розвивального навчання, поетапного формування розумових і рухових дій, виконання науково-дослідницьких та проектних завдань), рефлексію власних рухових дій дітьми молодшого шкільного віку.

*Особистісно-орієнтований підхід* зумовлює визнання дитини активним суб'єктом педагогічного процесу, спрямованого на формування здоров'язбережувальної компетентності; розвиває індивідуальні здібності особистості, можливість для її самореалізації. Уможливорює включення дитини в різноманітні види діяльності для набуття досвіду формування, збереження й зміцнення здоров'я та формування ціннісного ставлення до здоров'я. Крім того, такий підхід передбачає співпрацю та співтворчість учня та вчителя. Головною дійовою особою навчального процесу є учень. Завдання вчителя – проаналізувати динаміку його розвитку, визначити особисті переваги в роботі з навчальним матеріалом, тобто пізнати учня як особистість, розкрити та розвинути його індивідуальні здібності.

Авторська інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку спрямована на комплексне

вирішення оздоровчих, освітніх та виховних завдань процесу фізичного виховання (рис.4.2.).

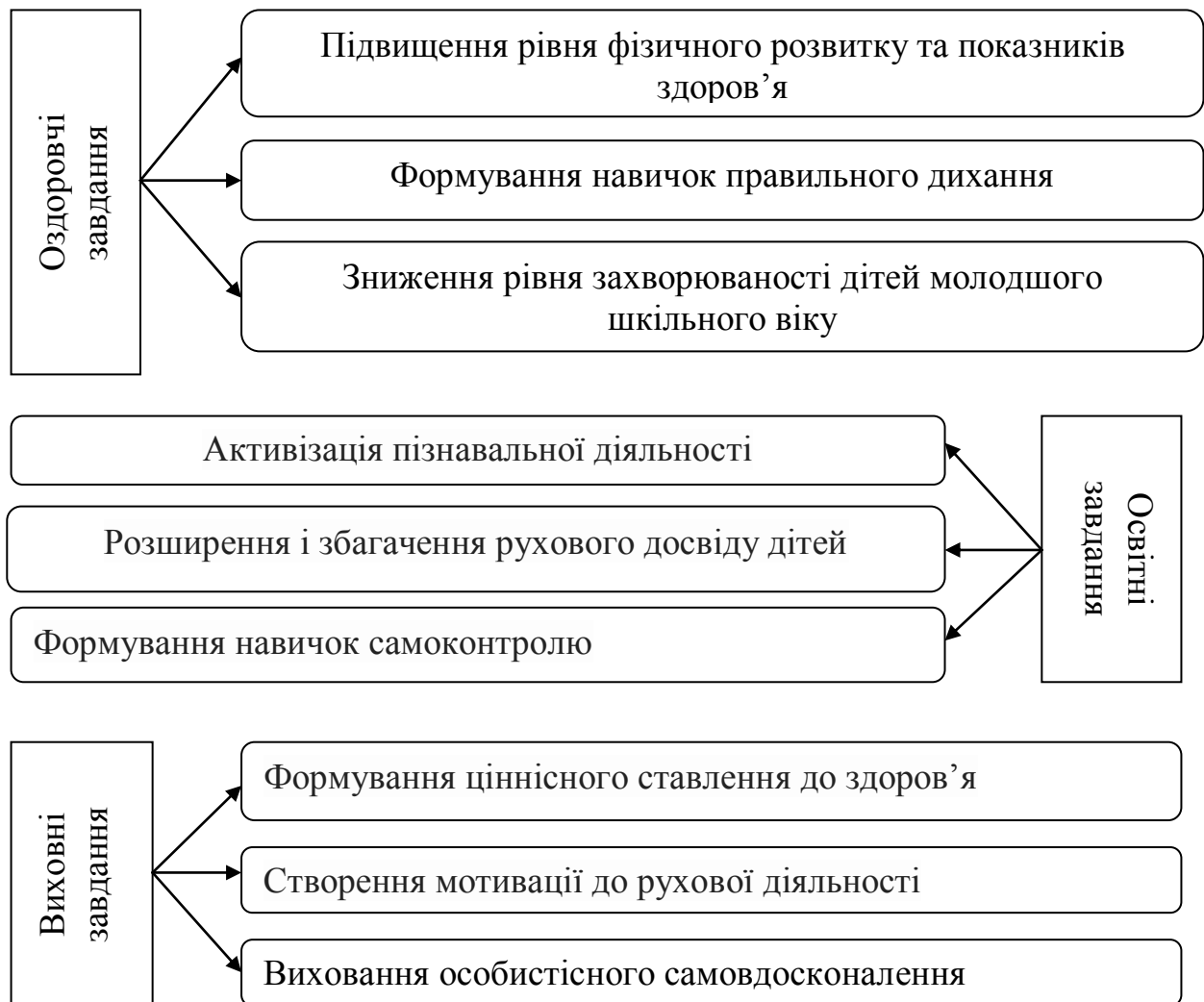


Рис. 4.2 Завдання інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку

Методичний підхід до реалізації авторської інтегрованої технології передбачає інтегрований характер використання дидактичного забезпечення рухової і пізнавальної діяльності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання з активним використанням різноманітних пізнавально-рухових завдань.

Для успішного здійснення діяльності з формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання необхідно дотримуватися певних вимог. Важливо,

щоб знання про формування, збереження і зміцнення здоров'я надавалися логічно, послідовно та зорієнтовано на можливості дітей системою. Це вимагає підбору *принципів*, які б окреслювали загальне спрямування процесу формування здоров'язбережувальної компетентності в дітей молодшого шкільного віку, вимоги до його змісту, методики й організації.

При визначенні принципів функціонування авторської технології спиралися на сутність поняття здоров'язбережувальна компетентність та особливості її формування у дітей молодшого шкільного віку. Нами було виокремлено дві групи принципів:

- *загальні дидактичні* (науковості, доступності, систематичності й послідовності, активності й самостійності, зв'язку навчання з практикою, співробітництва й співтворчості, саморозвитку, індивідуалізації та інші)

- *специфічні принципи* функціонування розробленої інтегрованої технології (принцип наступності і неперервності, принцип удосконалення життєвих навичок, принцип мотиваційного забезпечення освітнього процесу, принцип інтеграції, принцип творчої спрямованості, принцип освітньої рефлексії, принцип спряженої дії, принцип фасцинації, принцип синкретичності, принцип творчої спрямованості).

Основним *засобом* реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку є: *традиційні* засоби фізичного виховання – фізичні вправи, гігієнічні фактори, оздоровчі сили природи та *нетрадиційні* – дихальні технології, завдання дослідницького та пізнавально-пошукового характеру тощо.

При реалізації інтегрованої технології пропонуємо використовувати широкий спектр *методів* навчання: активні та інтерактивні методи навчання, проблемно-пошукові методи навчання, дослідницько-пізнавальні методи, методи інтерактивного навчання, методи візуалізації знань.

Інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання передбачає використання широкого спектру педагогічних впливів (табл. 4.1.).

**Педагогічні впливи реалізації інтегрованої технології формування  
здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку  
(Додаток Е)**

| <b>Педагогічний вплив</b>   | <b>Варіанти завдань</b>  |
|---|--|
| Ведення щоденника самоконтролю  | ✓ Завдання пізнавального характеру («Скринька-цікавинка» (інформація про здоров'я та здоровий спосіб життя), рухлива абетка («Мова твого тіла»), ранкова гімнастика з домашніми улюбленцями)   |
|   | ✓ Завдання дослідницького характеру ( <i>кодування та шифрування завдань</i> (під QR-кодами сховані відео ранкової гімнастики, фізкульт-хвилинок, фізкульт-пауз), <i>проектні роботи</i> («Ми обираємо спорт», «Вітамінки» тощо), кросворди, ребуси. |
| Впровадження рефлексивних та інтерактивних методів в урок фізичної культури               | ✓ Рефлексивна мішень, мікрофон, листи самооцінки, придумані дітьми оціночні шкали (годинник, лінійка, сходи)   |
|   | ✓ «Дерево рішень», Мозковий штурм, «Групи, що дзижчать», Шкала думок   |
| Пізнавально-пошукові та творчо-рухові завдання в уроці фізичної культури                  | ✓ Розминка «Чомучка», рухливі ігри «Хрестики, нулики», «Камінь, ножиці, папір» тощо  |
|   | ✓ «Ігри з тінню», «Мова тіла» тощо   |
|   | ✓ Вимірювання ЧСС загальноприйнятим методом та за допомогою підручних матеріалів (пластилін, шпакка, папірець). Створення скелету з підручних матеріалів (нитка, картонні втулки, папір тощо)  |
| Методи візуалізації навчального матеріалу   | ✓ Скрайб-відео, скрайб-розповіді, скетч-листки, скрайб (відображення виконаних завдань на основі 5 геометричних фігур – квадрат, трикутник, коло, лінія, капка)  |
|   | ✓ Дослідження власного тіла (серце, легені) за допомогою мобільного додатку  |
| Впровадження активних та інтерактивних методів та форм навчання в позаурочні форми роботи | ✓ Майстер класи, воркшоп, тренінг, походи, сімейні вікенди, флешмоби («Правильне харчування – міцне здоров'я»), квести («В пошуках скарбів»)   |
|   | ✓ Метод суспільних ресурсів (зустрічі з відомими спортсменами, спеціалістами в галузі здорового харчування, лікарями тощо.)  |
|   | ✓ Завдання інтерактивного характеру («Коло асоціацій», «Дерево цілей», «Символ життя», «Циркуляційний душ», колаж «Здоров'я – джерело життя» тощо)   |

Інтегрована технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного має йти через упровадження різноманітних педагогічних впливів у різні *форми занять фізичною культурою* [20, 172, 300] (рис.4.3.) Повідну роль в процесі впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку ми надаємо уроку фізичної культури та самостійним заняттям фізичними вправами.



Рис. 4.3. Форми організації занять фізичними вправами в системі фізичного виховання молодших школярів [188]

Упровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання має пройти 4 етапи. Для ефективної реалізації кожного з етапів інтегрованої технології нами розроблено комплекс методичного забезпечення, який відповідає основній концепції технології.

Отже, ефективність освітнього процесу з фізичного виховання досягається широким спектром педагогічних впливів шляхом раціонального поєднання принципів, засобів, методів і форм організації занять фізичними вправами, що забезпечують комплексний вплив на вирішення завдань уроку та віддалено на формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

Для ефективної організації впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності в процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку необхідно дотримуватися певних

педагогічних умов: компетентність вчителя, зацікавленість дітей і батьків у необхідності формування ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих, наявність здоров'язбережувального освітнього середовища в ЗЗСО.

*Результативний блок* інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання передбачає окреслення та обґрунтування критеріїв, показників та рівнів сформованості здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

Передбачуваним результатом та системоутворюючим компонентом авторської інтегрованої технології є компетентна особистість дитини щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я.

#### **4.1.2. Методичне забезпечення реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання**

Методичне забезпечення – це дидактичний комплекс (сукупність систематизованого опису реалізації освітнього процесу) управління реалізацією інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

Сітка заходів змістового наповнення представлена в табл. 4.2.

Методичне забезпечення реалізації авторської технології розроблене на основі алгоритму реалізації інтегрованої технології та передбачає впровадження пізнавально-рухових та дихальних вправ в урок фізичної культури, самостійні заняття фізичними вправами, фізкультхвилинки на загальноосвітніх уроках, рухливі перерви та позакласні заходи з фізичного виховання.

Комплекс методичного забезпечення передбачає на кожному етапі роботи оптимізацію знань щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей, формування навичок правильного дихання.

Таблиця 4.2

**План-сітка змістового наповнення інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання**

| Завдання  |  |  | Самостійна робота  | Контроль                                    | Форми організації  |
|---|--|--|--|---|--|
| Освітні   | Оздоровчі  | Виховні  |  |   |  |
| <b><i>1 етап (вересень-жовтень)</i></b>   |  |  |  |   |  |
| Розширення рухового досвіду, вдосконалення навичок життєво необхідних рухових умінь та навичок. Активізація пізнавальної діяльності. Формування навичок самопізнання та самоконтролю. | Розширення функціональних можливостей організму дитини через цілеспрямований вплив на рухову і пізнавальну діяльність дитини. Зниження рівня захворюваності дітей. | Формування стійкої мотивації до занять фізичною культурою і спортом. Формування знань про життя як найвищу цінність, і здоров'я як найважливішу умову щасливого життя. Виховання турботливого ставлення до здоров'я. | Виконання пізнавально-рухових та пізнавально-пошукових завдань. Комплекси ранкової гімнастики. Фізкультпаузи під час виконання домашніх завдань. Комплекси дихальних вправ | Комплексний моніторинг стану здоров'я дітей | Тренінги, воркшопи, бесіди, похід, рухливі перерви, квести, фізкультхвилинки, фізкультпаузи. Зустрічі з фахівцями в галузі здоров'я та спорту. Виконання пізнавально-рухових, пізнавально-пошукових завдань. |
| <b><i>2 етап (листопад – грудень)</i></b>   |  |  |  |   |  |
| Розширення рухового досвіду, вдосконалення  | Розширення функціональних можливостей організму  | Формування практичних навичок щодо самостійних занять  | Виконання пізнавально-рухових та пізнавально-  | Перевірка щоденників самоконтролю           | Тренінги, бесіди, рухливі перерви, квести, проекти, фізкультхвилинки,  |

|   |   |  |  |  |   |
|---|---|--|--|--|---|
| життєво<br>необхідних<br>рухових умінь<br>та навичок.<br>Активізація<br>пізнавальної<br>діяльності.<br>Формування<br>навичок<br>самопізнання та<br>самоконтролю.<br>Формування<br>навичок роботи<br>зі щоденниками<br>самоконтролю. | дитини<br>через<br>цілеспрямований<br>вплив на рухову і<br>пізнавальну<br>діяльність<br>дитини.<br>Формування<br>навичок<br>правильного<br>дихання.<br>Зниження рівня<br>захворюваності<br>дітей. | фізичними<br>вправами та<br>проведення<br>активного<br>відпочинку;<br>Формування<br>ціннісного<br>ставлення до<br>здоров'я.<br>Виховання<br>особистісного<br>самовдосконалення | пошукових<br>завдань.<br>Комплекси<br>дихальних вправ,<br>ранкової<br>гімнастики,<br>фізкультпаузи<br>під час<br>виконання<br>домашніх<br>завдань.<br>Робота зі<br>щоденником<br>самоконтролю. |  | фізкультпаузи. Тиждень<br>здоров'я.<br>Зустрічі з фахівцями в<br>галузі здоров'я та<br>спорту. Виконання<br>пізнавально-рухових,<br>пізнавально-пошукових<br>завдань. |
|---|---|--|--|--|---|

**3 етап(січень – лютий)**

|   |   |  |  |  |   |
|---|---|--|--|--|---|
| Розширення<br>рухового<br>досвіду,<br>вдосконалення<br>навичок<br>життєво<br>необхідних<br>рухових умінь<br>та навичок.<br>Активізація<br>пізнавальної<br>діяльності. | Розширення<br>функціональних<br>можливостей<br>організму<br>дитини<br>через<br>цілеспрямований<br>вплив на рухову і<br>пізнавальну<br>діяльність<br>дитини.<br>Формування | Формування<br>практичних<br>навичок щодо<br>самостійних занять<br>фізичними<br>вправами та<br>проведення<br>активного<br>відпочинку;<br>Формування<br>ціннісного<br>ставлення до | Виконання<br>пізнавально-<br>рухових та<br>пізнавально-<br>пошукових<br>завдань.<br>Комплекси<br>дихальних вправ.<br>Комплекси<br>ранкової<br>гімнастики.<br>Фізкультпаузи | Комплексний<br>моніторинг стану<br>здоров'я дітей<br>(січень).<br>Перевірка<br>щоденників<br>самоконтролю. | Бесіди, подорож-<br>розповідь, рухливі<br>перерви, похід,<br>фізкультхвилинки,<br>фізкультпаузи,<br>флешмоби, сімейний<br>вікенд.<br>Зустрічі з фахівцями в<br>галузі здоров'я та<br>спорту. Виконання<br>пізнавально-рухових,<br>пізнавально-пошукових |
|---|---|--|--|--|---|



|   |   |   |  |   |  |
|---|---|---|--|---|--|
| Формування навичок самопізнання та самоконтролю.  | навичок правильного дихання за системою йогів. Зниження рівня захворюваності дітей.   | здоров'я. Виховання особистісного самовдосконалення.  | під час виконання домашніх завдань. Робота зі щоденником самоконтролю.   |   | завдань.   |
| <b>4 етап(березень – травень)</b>   |   |   |  |   |  |
| Розширення рухового досвіду, вдосконалення навичок життєво необхідних рухових умінь та навичок. Активізація пізнавальної діяльності. Формування навичок самопізнання та самоконтролю. | Розширення функціональних можливостей організму дитини через цілеспрямований вплив на рухову і пізнавальну діяльність дитини. Формування навичок правильного дихання за методикою Стрельникової | Формування ціннісного ставлення до здоров'я. Формування практичних навичок щодо самостійних занять фізичними вправами та проведення активного відпочинку; Виховання особистісного самовдосконалення | Виконання пізнавально-рухових та пізнавально-пошукових завдань. Комплекси дихальних вправ, ранкової гімнастики, фізкультпаузи під час виконання домашніх завдань. Робота зі щоденником самоконтролю. | Комплексний моніторинг стану здоров'я дітей. Перевірка щоденників самоконтролю (травень). | Тренінги, воркшопи, бесіди, похід, рухливі перерви, похід, фізкультхвилинки, фізкультпаузи, флешмоби. Зустрічі з фахівцями в галузі здоров'я та спорту. Виконання творчо-рухових, пізнавально-пошукових завдань. |

При реалізації авторської інтегрованої технології на кожному етапі провідне місце надається уроку фізичної культури та самостійним заняттям фізичними вправами. Урок фізичної культури є основною формою фізичного виховання та спрямований на комплексне вирішення освітніх, оздоровчих та виховних завдань на основі поєднання репродуктивних, активних та інтерактивних методів навчання. Упровадження пізнавально-рухових завдань та дихальних вправ передбачається них різних етапах уроку. Під час підготовчої частини уроку акцентувалась увага на поєднанні фізичних та дихальних вправ, в основній частині уроку для стимуляції творчо-пізнавальних умінь використовувались пізнавально-рухових завдання (наприклад, дослідити взаємозв'язок між лінійкою та гнучкістю дитини), у заключній частині уроку передбачається використання рефлексивних методів навчання (рефлексивна мішень, мікрофон тощо). Домашні завдання з фізичної культури передбачають навчання дітей застосовувати набуті знання й навички під час самостійних занять фізичними вправами.

Однією з форм фізичного виховання, передбачених інтегрованою технологією, є рухливі перерви, які спрямовані на підвищення рухової активності дітей та на емоційне забарвлення через виконання різноманітних рухливих ігор. Наприклад, «Рухлива таблиця множення», «Класики», «Капітошка» тощо.

Під час проведення фізкультхвилинок передбачено застосовування дихальних вправ. Фізкультурні хвилинки на уроках позитивно впливають на відновлення розумової працездатності, перешкоджають зростанню втоми, підвищують емоційний рівень учнів, знімають статичні навантаження, попереджують порушення постави. Дихальні фізкультхвилинки проводились під музичний супровід (під час спокійної музики дихання дитини стає глибоким і рівномірним, а гармонійне співзвуччя уповільнює пульсацію крові). Застосовувались такі вправи: затримка дихання 20-30 с; промовляння звуків [о], [а]; «Машинка»; «Рубання дров» тощо.

Позакласні заходи передбачають проведення різних форм занять: бесіди, тренінги, воркшопи, майстер-класи, вікенди тощо.

Вирішення завдань першого етапу (рис. 4.4.) упровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання передбачає вирішення питань щодо оптимізації знань учнів молодшого шкільного віку з проблеми формування, збереження та зміцнення здоров'я на основі впровадження різних методів навчання в систему фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку.

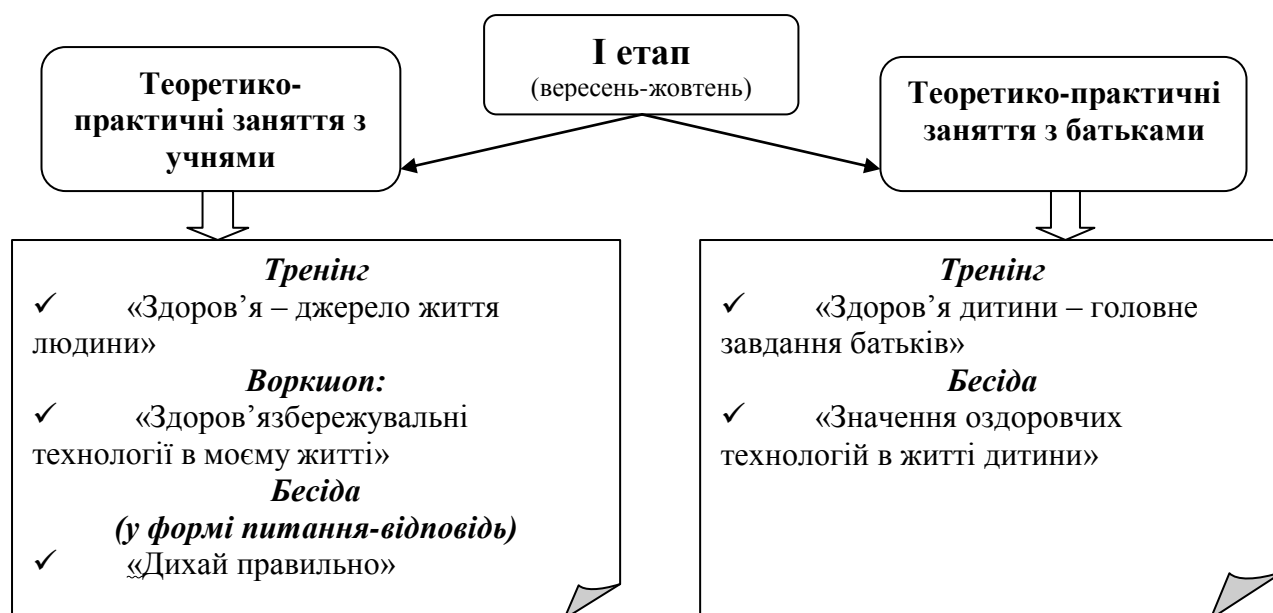


Рис. 4.4. Шляхи реалізації I етапу інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання

Теоретико-практичні заняття з дітьми молодшого шкільного віку включають в себе такі форми роботи:

- тренінг *«Здоров'я – джерело життя дитини»*;
- воркшоп *«Здоров'язбережувальні технології в моєму житті»*;
- бесіда *«Дихай правильно»* (у формі питання-відповідь).

Зміст тренінгу *«Здоров'я – джерело життя дитини»* необхідно спрямовати на:

- формування у дітей молодшого шкільного віку знань про життя як найвищу цінність і здоров'я як найважливішу умову щасливого життя, свідоме ставлення до власного здоров'я;
- розвиток почуття власної гідності й неповторності, розширення уявлення дітей про здоровий спосіб життя, про хороші й погані звички;
- виховання турботливого ставлення до особистого здоров'я та здоров'я оточуючих, навички безпечної поведінки для здоров'я.

Робота дітей під час тренінгу супроводжується різноманітними завданнями інтерактивного та пошукового характеру, а саме: вправа «Коло асоціацій», «Символ життя», «Циркуляційний душ»; колаж «Здоров'я – джерело життя дитини».

У повсякденному житті дітей молодшого шкільного віку слід використовувати найбільше оздоровчих технологій, адже вони переважно прості у використанні, дають вихованцям велике задоволення, а головне мають ефективний комплексний вплив на формування їхнього здоров'я. Здоров'ятворчі та здоров'язберезувальні технології можна використовувати в різних організаційних формах роботи, у повсякденні, інтегруючи їх у різні види діяльності. У ході воркшопу *«Здоров'язберезувальні технології в моєму житті»* діти маю змогу практикувати різноманітні оздоровчі технології.

Воркшоп *«Здоров'язберезувальні технології в моєму житті»* спрямовується на вирішення таких задач:

а) надати теоретичні знання з термінологічного мінімуму даної проблеми (розглянуто поняття здоров'язберезувальна компетентність, здоров'язберігаючі технології, оздоровчі технології та технології засновані на дихальних вправах) та проаналізувати взаємозв'язок між поняттями;

б) ознайомити учнів з існуючими оздоровчими технологіями (фізіотерапія, аромотерапія (застосування ефірного масла лаванди), загартування, гімнастика, самомасаж, фітотерапія, музична терапія (прослуховування класичної спокійної музики, яка позитивно впливає на діяльність серцево-судинної системи), дихальна гімнастика).

Зміст бесіди у форматі питання-відповідь *«Дихай правильно»* реалізовувалось через словесний взаємозв'язок між учнями та спеціалістом з техніки правильного дихання, методом «питання-відповідь». Цей захід спрямовано на ознайомлення учнів з дихальними практиками та їх апробацію (метод вольової ліквідації глибоко подиху К. Бутейка, парадоксальна гімнастика Стрельникової).

У процесі бесіди діти визначають правила правильного дихання та створюють чек-лист «Дихай правильно».

При реалізації блоку теоретико-практичних занять з учнями першого етапу реалізації інтегрованої технології формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання було проведено серію анкетувань дітей з метою виявлення знань щодо ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

Однією з важливих складових реалізації інтегрованої технології є тісний взаємозв'язок між школою, учнями та їх батьками, тому на даному етапі було організовано й проведено наступний блок теоретико-практичної роботи з батьками:

- анкетування на тему «Здоров'я дитини – головне завдання батьків!» (виявити інформаційну обізнаність батьків з питань здорового способу життя та механізмів формування здоров'язберезувальної компетентності);
- бесіда «Значення здоров'язберезувальних технологій» (розглянуто поняття здоровий спосіб життя, оздоровчі технології, технології засновані на дихальних вправах).

Підсумками I етапу реалізації інтегрованої технології є встановлення взаємозв'язку між вчителем, учнями, батьками та отримання теоретичних знань з формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, культури правильного дихання.

Наступний етапу реалізації інтегрованої технології формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання передбачає формування позитивної мотивації до

збереження та зміцнення здоров'я, формування вмінь та навичок правильного дихання (рис. 4.5.).

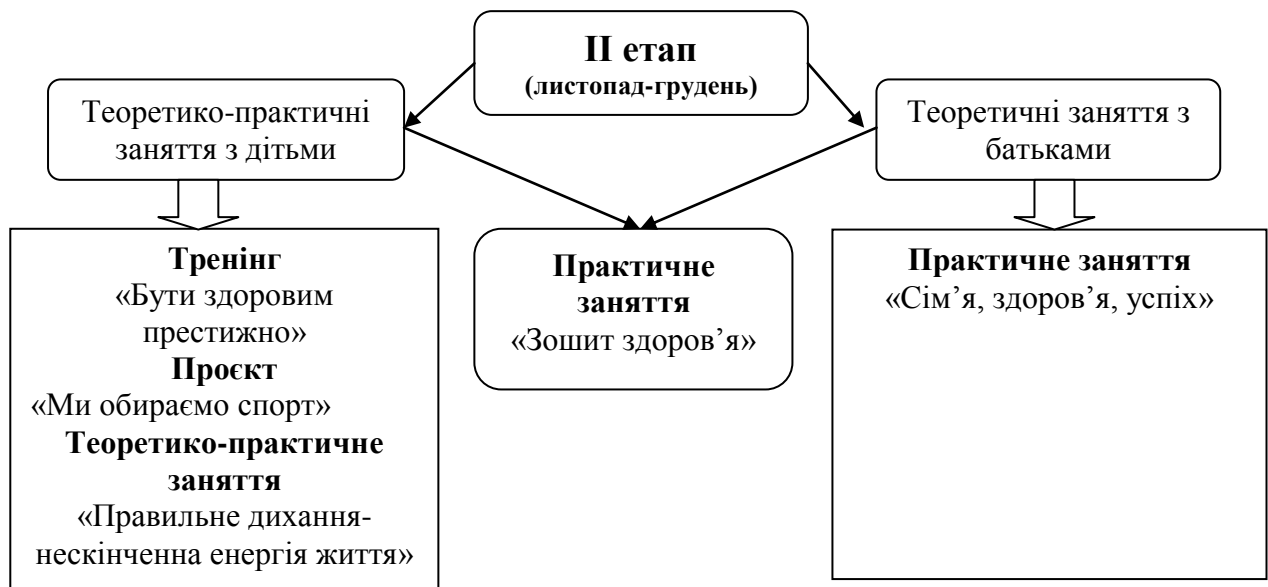


Рис. 4.5. Шляхи реалізації II етапу інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання

При реалізації другого етапу впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання вирішувались наступні завдання:

- а) сприяти підвищенню ціннісного ставлення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я та здоров'я оточуючих;
- б) ознайомити з правилами виконання правильного дихання та активізувати пізнавальний інтерес до даної проблеми;
- в) сформувати навички культури правильного дихання;
- г) сформувати практичні навички роботи зі щоденником самоконтролю «Зошит здоров'я».

Тренінг *«Бути здоровим – престижно»* спрямований на формування в дітей молодшого шкільного віку ціннісного ставлення до здоров'я, пропаганди здорового способу життя, формування особистості дитини без шкідливих звичок, виховання в дітей розуміння здоров'я як пріоритетної цінності в житті, мотивація школярів до самовиховання, самовдосконалення.

Робота на тренінгу передбачає впровадження різноманітних активних та інтерактивних методів навчання (мозковий штурм, «групи, що дзижчать» тощо).

З метою підвищення зацікавленості дітей проблемою формування ціннісного ставлення до власного здоров'я та стимуляції дослідницько-пізнавальної діяльності з даного напрямку, в інтегрованій технології передбачається блок завдань проблемно-пошукового характеру. Прикладом є розробка *проєкту «Ми обираємо спорт»*. Цей проєкт передбачає власні дослідження дитини в напрямку аналізу різних видів спорту. Крім того, учень має підібрати цікаву інформацію про видатного спортсмена та дослідити його шлях до успіху. Проєкт оформлюється у вигляді відео-репортажу та складається з таких частин: практичне представлення виду спорту; розповідь про видатного спортсмена та висновку, чому масовий спорт корисний для здоров'я.

Зміст теоретико-практичного заняття *«Правильне дихання – нескінченна енергія життя»* спрямовується на вирішення задач формування в дітей розуміння цінності навичок правильного дихання. Адже, дихання – основа нашого життя, без якого звичайна людина протримається хіба що хвилину. Саме від правильного дихання залежить і наш внутрішній стан, і зовнішній вигляд. Дихаючи на повні груди, ми наповнюємося силою, енергією, впевненістю, підвищуємо імунітет, покращуємо поставу. У ході теоретико-практичного заняття *«Правильне дихання – нескінченна енергія життя»* діти створювали ментальну карту, у якій відображали основні механізми формування навичок правильного дихання.

Практичне заняття *«Зошит здоров'я»* спрямовано на ознайомлення дитини зі змістом зошита та на формування навичок здійснення самоконтролю (ДОДАТОК Ж).

*Практичне заняття «Сім'я, здоров'я, успіх»* проводиться спільно для дітей та батьків. Сім'я відіграє велику роль у вихованні свідомого ставлення дітей до здоров'я. Прагнення дитини бути здоровим залежить від того, який спосіб життя ведуть батьки, тому що дитина, як губка, вбирає стиль поведінки

близьких людей. На практичному занятті на основі методу case-study створюється жива дискусія щодо теми заняття. Також в ході заняття передбачається створення сімейної скреч-карти «Здоров'я та успіх».

Підсумками II етапу реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання є збагачення досвіду щодо ціннісного ставлення до здоров'я, отримання теоретичних знань та сформованість вмінь техніки правильного дихання, сформованість навичок роботи зі щоденником самоконтролю «Зошит здоров'я».

Провідним завданням третього етапу реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання, окрім формування ціннісного ставлення до здоров'я дітей, є відпрацювання техніки правильного дихання за системою йогів (рис. 4.6).

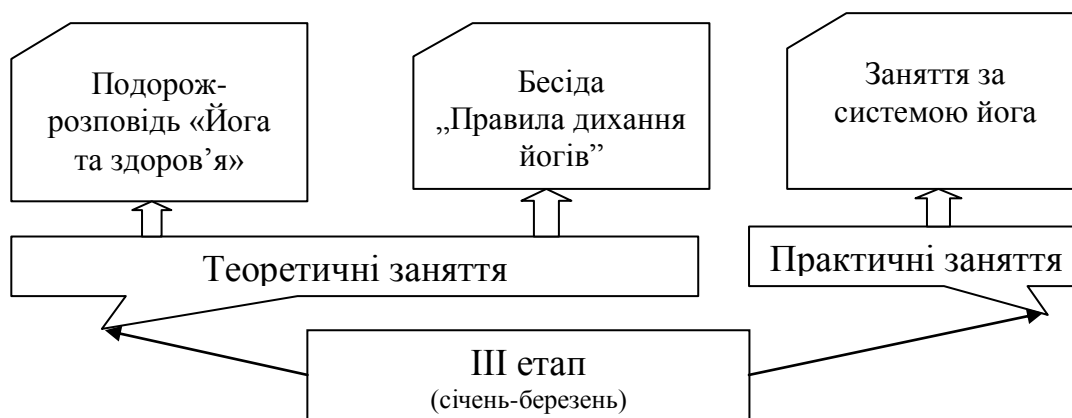


Рис. 4.6. Шляхи реалізації III етапу інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання

Для реалізації третього етапу інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання було організовано й проведено наступні заходи:

- подорож – розповідь «Йога в житті людини», що передбачає збагачення рухового й пізнавального досвіду дітей молодшого шкільного віку



через заняття з йоги. Для зацікавлення дітей використовувався метод відео-скрайбу, який максимально візуалізує «подорож у світ йоги».

- бесіда «Правила дихання за системою йоги» передбачає створення уявлення в дітей про правила дихання за системою йогів та закріплення їх у скреч-карті.
- практичні заняття з дихальної практики за системою йоги передбачають самостійне виконання дитиною дихальних вправ у різних формах фізичного виховання.

Підсумками III етапу реалізації інтегрованої технології є отримання теоретичних знань та сформованість знань, умінь та навичок щодо технології дихання за системою йоги.

Четвертим етапом реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання є ознайомлення зі спеціальними підвідними вправами та навчання застосування парадоксальної дихальної гімнастики Стрельникової (рис. 4.7.).

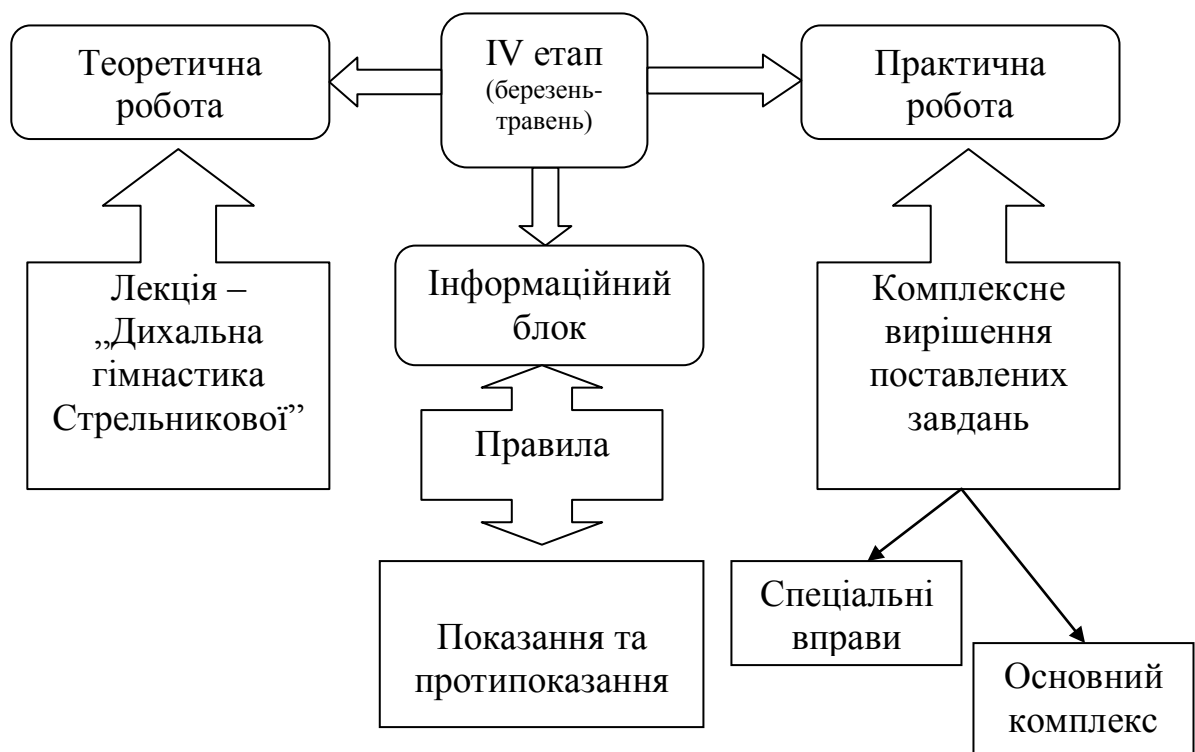


Рис. 4. 7. Шляхи реалізації IV етапу оздоровчої технології

На даному етапі вирішувалися наступні завдання:

- надати теоретичні знання на тему «Дихальна гімнастика А. Стрельникової в житті дитини»;
- розглянути основні правила, показання та протипоказання до занять дихальною гімнастикою А. Стрельникової;
- ознайомити дітей зі спеціальними підвідними та основними вправами, що застосовуються в парадоксальній дихальній гімнастиці А. Стрельникової («Долоньки», «Погончики», «Насос» та інші).

Після засвоєння учнями спеціальних підвідних вправ можна переходити до вивчення вправ основного комплексу («Маятник головою», «Перекати», «Кроки» та інші).

Підсумками IV етапу реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання є отримання теоретичних знань та сформованість вмінь щодо застосування парадоксальної дихальної гімнастики А. Стрельникової.

Отже, кожен з етапів реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку спрямований на оптимізацію цінностей, знань, умінь та навичок щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей на основі інтеграції фізичних та дихальних вправ у різних формах фізичного виховання.

#### **4.1.3. Управління самостійною роботою під час упровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання**

Реалізація інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання передбачає впровадження пізнавально-рухових завдань та дихальних вправ у різні форми фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку. Однією із

провідних форм упровадження авторської інтегрованої технології є самостійна робота учнів.

Самостійні заняття школярів фізичними вправами сприяють більш активному запам'ятовуванню необхідної інформації, допомагають ліквідувати недоліки їх рухової діяльності, оволодівши цілим рядом нових рухових умінь та навичок, стимулюють дітей до самопізнання та самовдосконалення. В інтегрованій технології формування здоров'язбережувальної компетентності ми передбачаємо самостійну роботу в різних формах фізичного виховання: виконання індивідуальних завдань на уроці фізичної культури, різноманітні форми самостійних занять під час навчання в школі та вдома (ранкова гімнастика, активний відпочинок на перерві, виконання комплексів дихальних вправ тощо).

Враховуючи власний досвід проведення уроків фізичної культури, в інтегрованій технології передбачаємо необхідність створення системи управління самостійною роботою учнів. Ця система ґрунтується на декількох формах взаємодії «учитель-учень», «учень-батьки», «учитель-батьки», що дає можливість ефективно управляти самостійною роботою учнів у процесі формування їх здоров'язбережувальної компетентності.

Основними завданнями вчителя при впровадженні інтегрованої технології є добір адекватних форм та напрямків роботи, які будуть спрямовані на формування в учнів молодшого шкільного віку ціннісного ставлення до свого здоров'я за рахунок ефективного управління їх руховою та пізнавальною діяльністю в процесі самостійних занять фізичними вправами.

У зв'язку з тим, що процес самостійного оволодіння та засвоєння вправ необхідно контролювати, для отримання об'єктивної та поточної інформації про стан здоров'я учнів та характерні зміни їх функціонального стану, внесення коректувань, якщо процес відмінний від запланованого, нами розроблено спеціальні щоденники самоконтролю «Зошит здоров'я» [76].

Щоденник самоконтролю «Зошит здоров'я» допомагає відкривати нові перспективи не лише в напрямку фізичного вдосконалення, а й для розвитку

великої кількості особистісних якостей та пізнавальних здібностей дітей. Цей щоденник складається з декількох взаємопов'язаних та взаємообумовлених складових: *вступ* (присвячено загальним питанням формування, збереження та зміцнення здоров'я), *блок самоконтролю* (містить таблиці для внесення показників функціонального стану та здоров'я), *комплекси фізичних вправ* для самостійних занять фізичними вправами (ранкова гімнастика, фізкультпаузи, фізкультхвилинки, рухливі ігри, комплекси дихальних вправ), *завдання пізнавально-рухового характеру* (ребуси, кросворди, розмальовки та ін.).

Для того щоб система управління самостійними заняттями в процесі реалізації інтегрованої технології мала позитивний характер, необхідні наступні умови: наявність керованої (учень) та керуючої (учитель) частин системи; наявність каналів прямого та зворотного зв'язку; необхідний для управління об'єм інформації; достатня для управління частота потоку інформації (термінова та періодична); кількісний характер інформації (числовий); наявність мети – опис стану, у який необхідно привести систему; критерії ефективності процесу (оздоровчий, освітній та виховний результат); система аналізу, оцінки інформації та визначення регулюючих команд.

По каналах прямого зв'язку (рис. 4.8.) вчитель передає учню команди, вказівки, розпорядження, тобто проводить заняття за інтегрованою технологією в процесі фізичного виховання, формуючи у дітей здоров'язбережувальну компетентність.

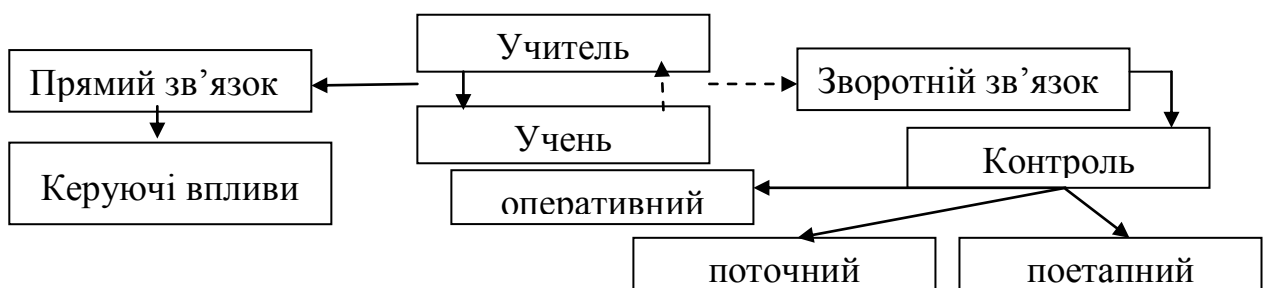


Рис. 4.8. Система управління інтегрованою технологією формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку

Щоб раціонально управляти самостійною роботою молодших школярів, вчитель повинен знати, як впливають на організм учнів завдання запропоновані, в зошитах, які зміни відбуваються у їх функціональному стані. Ці відомості вчитель по каналах зворотного зв'язку отримує від учня шляхом опитування й спостережень або за допомогою методів педагогічного й лікарського контролю.

Систематичний педагогічний і медичний контроль – складова системи управління самостійною роботою молодших школярів у процесі зміцнення й формування власного здоров'я. Лікарсько-педагогічні спостереження за станом здоров'я учнів молодших класів включають результати фізіологічних методів дослідження та дані самоконтролю.

Самоконтроль є одним з важливих методів комплексного контролю, який направлений на оптимізацію, систематизацію й суб'єктивну оцінку показників, які відображають стан учнів.

Однак слід зауважити, що впровадження лише самого щоденника самоконтролю «Зошит здоров'я» не вирішує проблему. Важливо, щоб, виконуючи завдання, школярі активізували процеси самопізнання, досліджуючи індивідуальні властивості свого організму, особливості його реакцій на зміни зовнішнього середовища, впливу соціальних факторів, навчальних умов та інше.

#### **4.2. Ефективність упровадження авторської інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання**

Інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку була впроваджена в освітній процес Приватного підприємства «Приватна школа «МудрАнгелики». Оцінка її ефективності здійснювалась на формувальному етапі експерименту.

#### 4.2.1. Порівняльний аналіз змін показників фізичного здоров'я, рухової активності, ціннісного ставлення до здоров'я та навичок самоконтролю і самооцінки дітей молодшого шкільного віку

*Вплив інтегрованої технології на показники фізичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку та загалом їх комплексний показник здоров'я*

Упровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процес фізичного виховання позитивно вплинула на показники фізичного здоров'я дітей та загалом їх комплексний показник здоров'я (табл. 4.3, 4.4).

Таблиця 4.3.

#### Зміна показників фізичного (соматичного) здоров'я дівчат молодшого шкільного віку (за Апанасенко Г.), n=35

| Показник фізичного здоров'я         | Стат. показник | Контрольна група, n=20 |        |        | Експериментальна група, n=15 |        |          |
|-------------------------------------|----------------|------------------------|--------|--------|------------------------------|--------|----------|
|                                     |                | 1 зріз                 | 2 зріз | 3 зріз | 1 зріз                       | 2 зріз | 3 зріз   |
| Життєвий індекс, мл/кг              | $\bar{x}$      | 51,5                   | 52,5   | 53,8   | 51,3                         | 54,6   | 61,1* ** |
|                                     | $S_{\bar{x}}$  | 1,6                    | 1,6    | 1,6    | 1,6                          | 1,9    | 2,4      |
|                                     | S              | 7,3                    | 7,2    | 7,3    | 6,1                          | 7,3    | 9,5      |
|                                     | V              | 14                     | 13,7   | 13,5   | 11,9                         | 13,4   | 15,5     |
| Силовий індекс, у.о.                | $\bar{x}$      | 40,9                   | 41,1   | 41,2   | 40,7                         | 43,2   | 45,4*    |
|                                     | $S_{\bar{x}}$  | 1,9                    | 1,9    | 1,9    | 1,3                          | 1,0    | 1,0      |
|                                     | S              | 8,5                    | 8,4    | 8,8    | 5,1                          | 4,0    | 4,0      |
|                                     | V              | 20,8                   | 20,4   | 21,4   | 12,5                         | 9,3    | 8,8      |
| Індекс Робінсона, ум.од.            | $\bar{x}$      | 77,3                   | 76,6   | 75,3   | 77,3                         | 74,4   | 72,1* ** |
|                                     | $S_{\bar{x}}$  | 1,14                   | 1,0    | 1,0    | 1,5                          | 1,1    | 1,3      |
|                                     | S              | 5,1                    | 4,6    | 4,7    | 5,8                          | 4,4    | 4,97     |
|                                     | V              | 6,6                    | 6,0    | 6,2    | 7,5                          | 5,9    | 6,9      |
| Індекс маси тіла, кг/м <sup>2</sup> | $\bar{x}$      | 18,7                   | 19,0   | 19,08  | 18,6                         | 19,1   | 19,5     |
|                                     | $S_{\bar{x}}$  | 0,6                    | 0,6    | 0,5    | 0,6                          | 0,6    | 0,5      |
|                                     | S              | 2,7                    | 2,5    | 2,3    | 2,3                          | 2,2    | 1,9      |
|                                     | V              | 14,4                   | 13,2   | 12,4   | 12,4                         | 11,5   | 9,7      |
| Індекс Руф'є, ум.од.                | $\bar{x}$      | 10,4                   | 9,98   | 9,8*   | 10,2                         | 8,2*   | 5,99* ** |
|                                     | $S_{\bar{x}}$  | 0,2                    | 0,2    | 0,3    | 0,6                          | 0,5    | 0,4      |
|                                     | S              | 1,0                    | 1,0    | 1,4    | 2,3                          | 2,1    | 1,4      |
|                                     | V              | 9,6                    | 10,0   | 14,3   | 22,5                         | 25,6   | 23,4     |
| Комплексний показник здоров'я       | $\bar{x}$      | 3,5                    | 4,8    | 5,6*   | 3,7                          | 5,7*   | 10* **   |
|                                     | $S_{\bar{x}}$  | 0,4                    | 0,5    | 0,5    | 0,6                          | 0,8    | 0,7      |
|                                     | S              | 1,9                    | 2,3    | 2,4    | 2,2                          | 3,1    | 2,8      |
|                                     | V              | 54,3                   | 47,9   | 42,9   | 59,5                         | 54,4   | 28       |

Примітка: \*різниця між показниками 1-2, 1-3 зрізів однієї групи; \*\*різниця між показниками 3-3 зрізів КГ і ЕГ. Статистичне значення на рівні  $p < 0,05$

Отримані дані свідчать про те, що впровадження дихальних вправ у різні форми занять фізичними вправами з дотриманням принципу спряженого впливу на рухову й дихальну системи та свідоме ставлення дітей до виконання різноманітних пізнавально-рухових завдань сприяло значному підвищенню функціональних можливостей організму й рівню здоров'я дітей ЕГ порівняно з КГ.

Таблиця 4.4

**Зміна показників фізичного (соматичного) здоров'я хлопчиків молодшого шкільного віку (за Апанасенко Г.), n=31**

| Показник фізичного здоров'я         | Стат. показник | Контрольна група, n=13 |        |        | Експериментальна група n=18 |        |          |
|-------------------------------------|----------------|------------------------|--------|--------|-----------------------------|--------|----------|
|                                     |                | 1 зріз                 | 2 зріз | 3 зріз | 1 зріз                      | 2 зріз | 3 зріз   |
| Життєвий індекс, мл/кг              | $\bar{x}$      | 54,5                   | 55,8   | 56,9   | 54,1                        | 57,4*  | 61,7* ** |
|                                     | $S\bar{x}$     | 2,26                   | 2,3    | 2,1    | 1,4                         | 1,3    | 1,4      |
|                                     | S              | 8,2                    | 8,3    | 7,8    | 6,1                         | 5,3    | 6,0      |
|                                     | V              | 15                     | 14,9   | 13,7   | 11,3                        | 9,2    | 9,7      |
| Силовий індекс, у.о.                | $\bar{x}$      | 47,1                   | 47,7   | 48,1   | 46,8                        | 47,9   | 50,1     |
|                                     | $S\bar{x}$     | 2,9                    | 3,3    | 2,9    | 1,6                         | 1,7    | 1,7      |
|                                     | S              | 10,8                   | 11,8   | 10,6   | 6,9                         | 7,2    | 7,4      |
|                                     | V              | 22,9                   | 24,7   | 22,0   | 14,7                        | 15,0   | 14,8     |
| Індекс Робінсона, ум.од.            | $\bar{x}$      | 77,5                   | 76,0   | 75,1   | 77,6                        | 74,3   | 70,8* ** |
|                                     | $S\bar{x}$     | 1,0                    | 1,0    | 0,9    | 1,5                         | 1,5    | 1,2      |
|                                     | S              | 3,7                    | 3,6    | 3,3    | 6,5                         | 6,4    | 5,2      |
|                                     | V              | 4,8                    | 4,7    | 14,2   | 13,1                        | 12,7   | 13,4     |
| Індекс маси тіла, кг/м <sup>2</sup> | $\bar{x}$      | 19,2                   | 19,6   | 20,04  | 19,5                        | 20,1   | 20,8     |
|                                     | $S\bar{x}$     | 0,5                    | 0,4    | 0,4    | 0,6                         | 0,6    | 0,5      |
|                                     | S              | 1,9                    | 1,5    | 1,5    | 2,7                         | 2,6    | 2,3      |
|                                     | V              | 9,9                    | 6,1    | 7,5    | 13,8                        | 12,9   | 11,1     |
| Індекс Руф'є, ум.од.                | $\bar{x}$      | 7,8                    | 7,4    | 7,02*  | 7,8                         | 6,9*   | 5,7* **  |
|                                     | $S\bar{x}$     | 0,4                    | 0,5    | 0,5    | 0,4                         | 0,3    | 0,3      |
|                                     | S              | 1,6                    | 1,6    | 1,6    | 1,6                         | 1,4    | 1,3      |
|                                     | V              | 20,5                   | 21,6   | 22,8   | 20,5                        | 20,3   | 22,8     |
| Комплексний показник здоров'я       | $\bar{x}$      | 4,8                    | 6,2    | 7,6*   | 4,8                         | 7,2*   | 10,1* ** |
|                                     | $S\bar{x}$     | 0,9                    | 0,9    | 0,9    | 0,6                         | 0,7    | 0,7      |
|                                     | S              | 3,2                    | 3,1    | 3,3    | 2,4                         | 2,9    | 2,9      |
|                                     | V              | 66,7                   | 51,6   | 43,4   | 50                          | 40,4   | 28,7     |

Примітка: \*різниця між показниками 1-2, 1-3 зрізів однієї групи; \*\*різниця між показниками 3-3 зрізів КГ і ЕГ. Статистичне значення на рівні  $p < 0,05$

На початку експерименту суттєвих відмінностей за показником ЖІ між КГ і ЕГ не виявлено ( $p>0,05$ ). У дівчат КГ показник ЖІ складає  $51,5\pm 1,6$  мл/кг, ЕГ –  $51,3\pm 1,6$  мл/кг, що відповідає середньому рівню, граничним з нижче середнім. У хлопців цей показник складає  $54,5\pm 2,2$  мл/кг, ЕГ –  $54,1\pm 1,4$  мл/кг, що відповідає нижче середньому рівню.

У процесі педагогічного дослідження впродовж експерименту в хлопців і дівчат ЕГ виявлено суттєве підвищення показника ЖІ, який склав у дівчат  $61,1\pm 2,4$  мл/кг (вище середнього рівень), хлопців –  $61,1\pm 1,4$  мл/кг (середній рівень). В КГ даний показник складає: у дівчат  $53,8\pm 1,6$  мл/кг (середній рівень), хлопців –  $56,9\pm 2,1$  мл/кг (середній, граничний з нижче середнім).

Темпи приросту показника ЖІ в ЕГ у дівчат досягли 19,1 % ( $p<0,05$ ), у хлопців 14 % ( $p<0,05$ ). В КГ лише 4,5 % і 4,4 %, відповідно. Різниця в значенні показника ЖІ між КГ і ЕГ достовірна ( $p<0,05$ ).

На рис. 4.9., 4.10. представлено динаміку змін життєвого індексу дітей молодшого шкільного віку в ЕГ і КГ за рівнем.

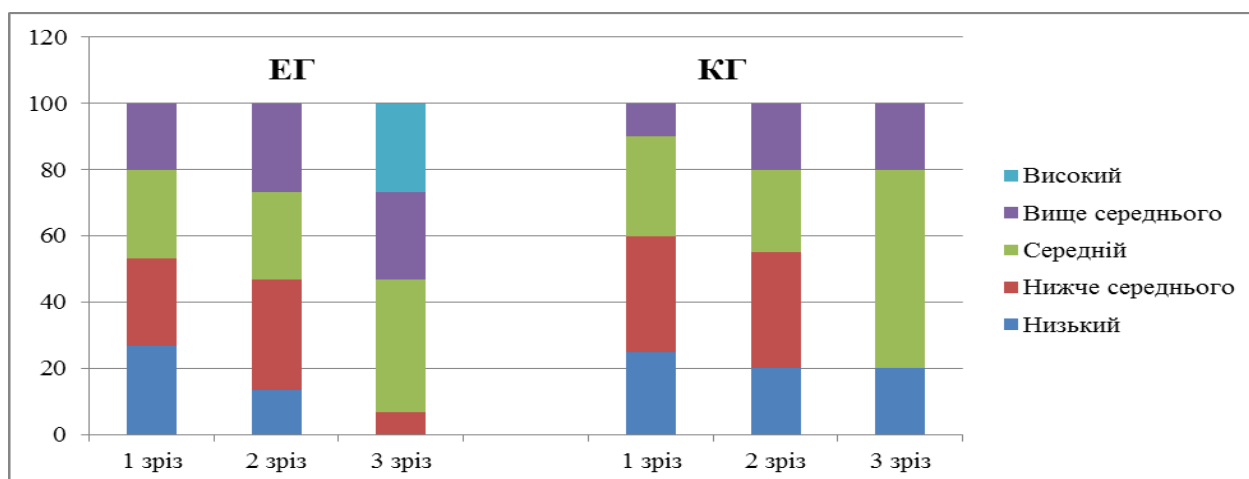


Рис. 4.9. Динаміка змін рівня життєвого індексу дівчат молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

Отже, позитивна динаміка змін показника ЖІ у дівчат спостерігається в обох групах, однак її приріст в ЕГ більший ніж в КГ ( $p<0,05$ ). Зрозуміло, що існує широкий діапазон впливів на функціональний стан організму дитини, тому є позитивні зрушення і в КГ. Насторожує те, що в КГ 20 % дівчат залишаються постійно з низьким його рівнем. Можемо передбачити, що це



обумовлено низькою мотивацією дітей до занять фізичними вправами, відсутністю ціннісної установки на збереження та зміцнення власного здоров'я, потреби в руховій активності.

Схожі тенденції динаміки змін ЖІ спостерігаються й у хлопців (рис. 4.10), відмічається збільшення частки дітей з вище середнім (27,8 %) та середнім (55 %) рівнями.

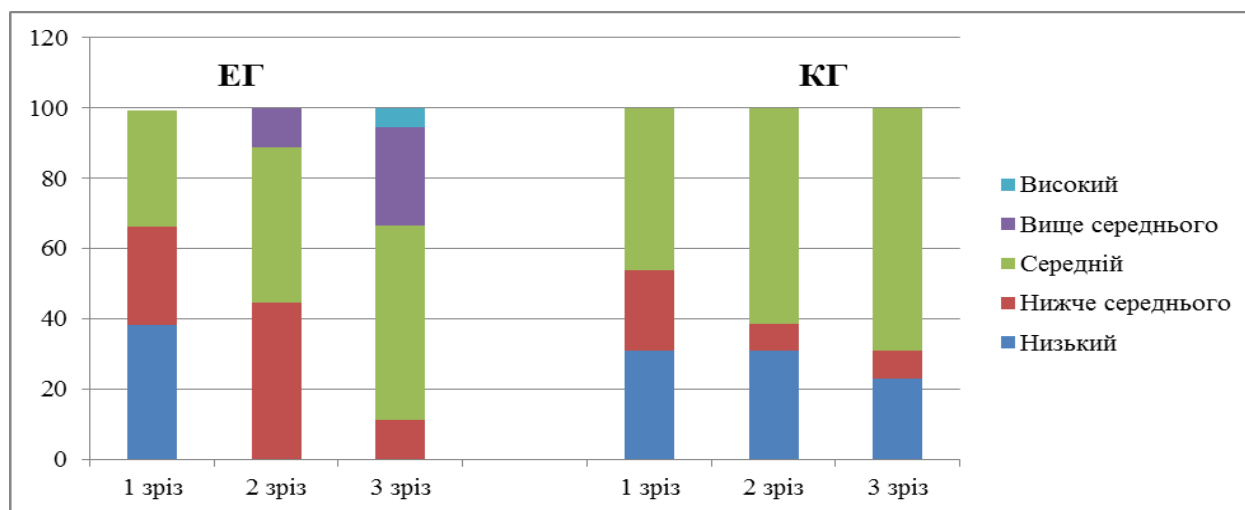


Рис. 4.10. Динаміка змін рівня життєвого індексу хлопців молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

У хлопців ЕГ, у порівнянні з дівчатами, спостерігається менш суттєве зрушення показника ЖІ (різниця 5 %), можливо, це обумовлено характером діяльності (не всі пізнавально-рухові завдання викликали зацікавленість у хлопчиків), більшою відповідальністю дівчат (дівчата більш якісно й свідомо працювали зі щоденниками самоконтролю, тим самим якісніше виконували завдання пов'язані з дихальними вправами).

Рівень функціонування ССС розглядається науковцями як провідний показник, що відображає рівновагу організму з навколишнім середовищем. Система кровообігу відіграє провідну роль у забезпеченні адаптаційної діяльності організму, вона є індикатором загальних пристосувальних реакцій організму. Ця роль визначається насамперед її функцією транспорту поживних речовин і кисню - основних джерел енергії для клітин і тканин. Енергетичний механізм грає важливу роль у процесах адаптації. Дефіцит енергії є пусковим

сигналом, що запускає весь ланцюг регуляторних пристосувань, які формують необхідний адаптаційний потенціал на новому рівні [218].

Упровадження нашої інтегрованої технології позитивно вплинуло на зміни показників ІРобінсона та ІРуф'є (табл. 4.3, 4.4).

На початку експерименту суттєвих відмінностей за показником ІРобінсона між КГ і ЕГ не виявлено ( $p > 0,05$ ). У дівчат і хлопців як КГ, так і ЕГ показник ІРобінсона відповідає середньому рівню.

У процесі педагогічного експерименту в хлопців і дівчат ЕГ виявлено суттєве підвищення показника ІРобінсона ( $p < 0,05$ ), який склав у дівчат  $72,1 \pm 1,3$  ум.од. (вище середнього), хлопців –  $70,7 \pm 1,2$  ум.од., що відповідає вище середньому рівню (граничний з високим). В КГ спостерігається в межах середнього рівня - від 77,5 ум.од. до 75,1 ум.од. поступове підвищення показника ІРобінсона як у дівчат, так і хлопців.

Темпи приросту показника ІРобінсона в ЕГ у дівчат досягли 6,7 % ( $p < 0,05$ ), у хлопців 8,8 % ( $p < 0,05$ ). В КГ лише 2,6 % і 3,1 %, відповідно. Різниця в значенні показника ІРобінсона між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

На рис. 4.11, 4.12. представлено динаміку змін показника індексу Робінсона дітей молодшого шкільного віку в ЕГ і КГ за рівнем.

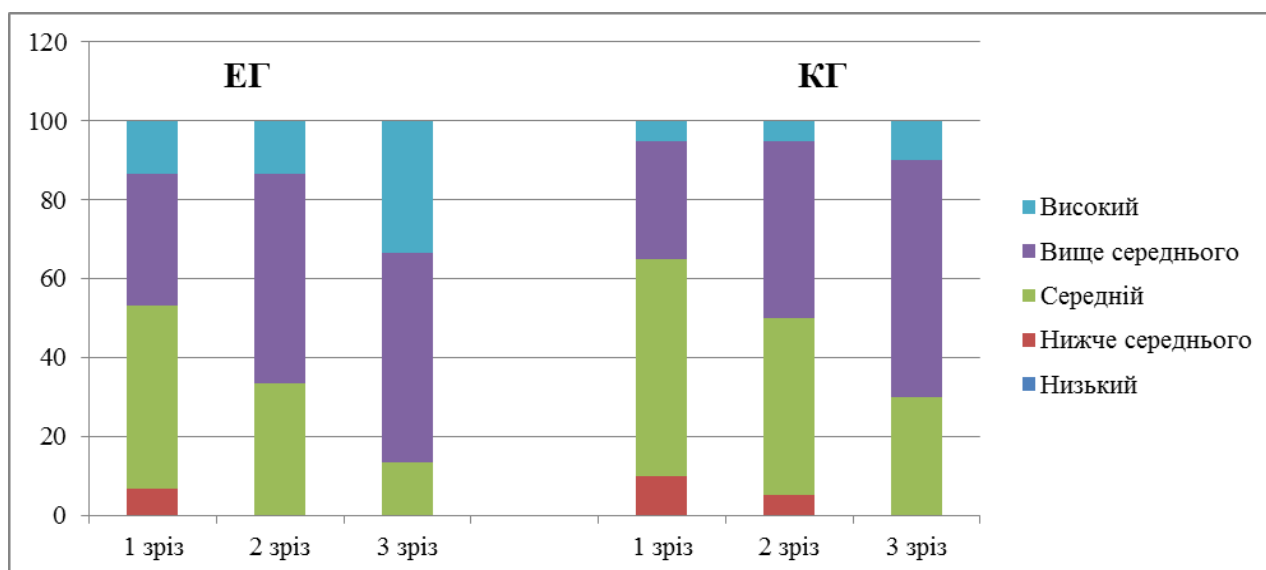


Рис. 4.11. Динаміка змін рівня індексу Робінсона в дівчат молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

Як в ЕГ, так і КГ спостерігається позитивна динаміка покращення рівня ІРобінсона у дівчат молодшого шкільного віку: відсутність дівчат з низьким та нижче середнього рівнями в третьому зрізі. В ЕК спостерігається більший відсоток дівчат з високим (33 %) та вище середнього (53 %) рівнями.

Тенденції змін показника ІРобінсона у хлопців як ЕГ, так і КГ мають позитивну динаміку (рис. 4.12), схожу з динамікою змін дівчат (рис 4.11). Однак, нами отримано дані про суттєві відмінності даного показника між ЕГ та КГ ( $p < 0,05$ ) (табл. 4.2).

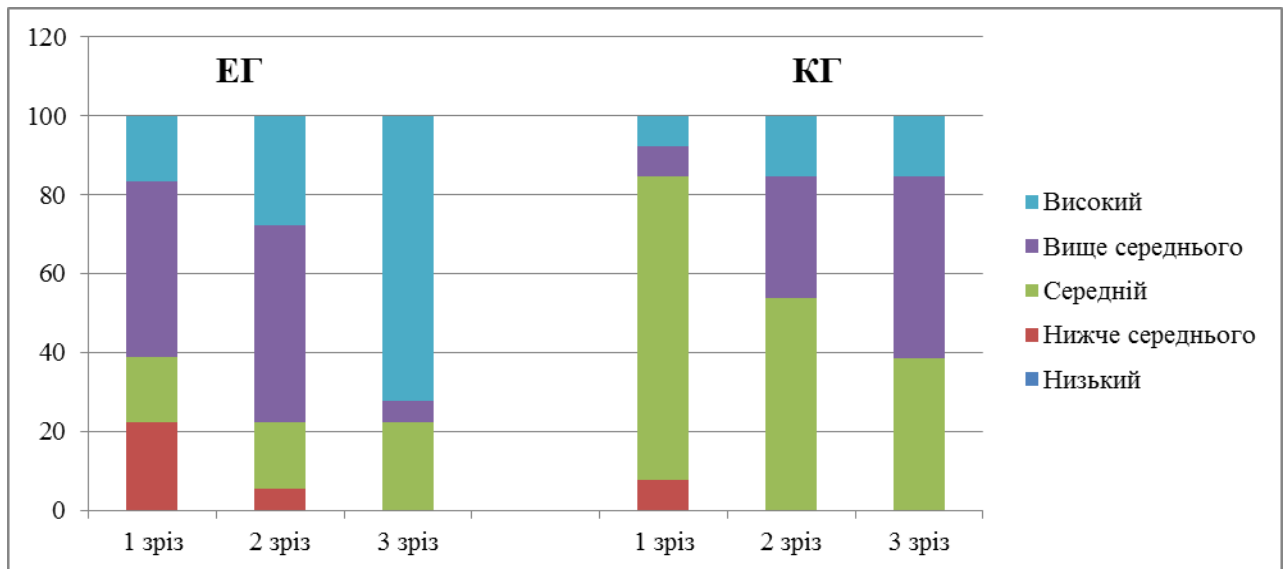


Рис. 4.12. Динаміка змін рівня індексу Робінсона в хлопчиків молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

В ЕГ спостерігається наявність хлопців із високим рівнем ІРобінсона - (72 %), вище середнього (5,5 %) та середнім рівнем (22 %). В КГ – високий рівень мають 15 % хлопців, вище середнього (46 %) та середній рівень (38 %).

Показник ІРуф'є забезпечує системний підхід до вирішення задачі кількісного вимірювання рівня фізичної працездатності учнів та є комплексним показником, що відображає рівень функціонування системи кровообігу та складну структуру функціональних взаємозв'язків, які характеризують рівень функціонування ССС.

На початку експерименту суттєвих відмінностей за ІРуф'є між КГ і ЕГ не виявлено ( $p > 0,05$ ) (табл. 4.3, 4.4). У дівчат КГ показник ІРуф'є складає  $10,4 \pm 0,2$

ум.од, ЕГ –  $10,4 \pm 0,2$  ум.од, що відповідає нижче середньому рівню, граничним з низьким. У хлопців цей показник як в КГ, так і ЕГ становить  $7,8 \pm 0,4$  ум.од., що відповідає середньому рівню.

У процесі педагогічного дослідження впродовж експерименту в хлопців і дівчат ЕГ виявлено суттєве підвищення показника ІРуф'є ( $p < 0,05$ ), який склав у дівчат  $5,99 \pm 0,4$  ум.од., хлопців –  $5,7 \pm 0,3$  ум.од., що відповідає вище середньому рівню. В КГ спостерігається поступове підвищення показника ІРуф'є у дівчат з нижче середнього до середнього й складає  $9,8 \pm 0,3$  ум.од. ( $p < 0,05$ ), у хлопців упродовж всього експерименту показник ІРуф'є залишається на середньому рівні, в межах від 7,8 ум.од. до 7,0 ум.од.

Темпи приросту показника ІРуф'є в ЕГ у дівчат досягли 70,3 % ( $p < 0,05$ ), у хлопців 36,8 % ( $p < 0,05$ ). В КГ лише 6,1 % і 11,1 %, відповідно. Різниця в значенні показника ІРуф'є між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

На рис. 4.13., 4.14. представлено динаміку змін показника ІРуф'є дітей молодшого шкільного віку в ЕГ і КГ за рівнем.

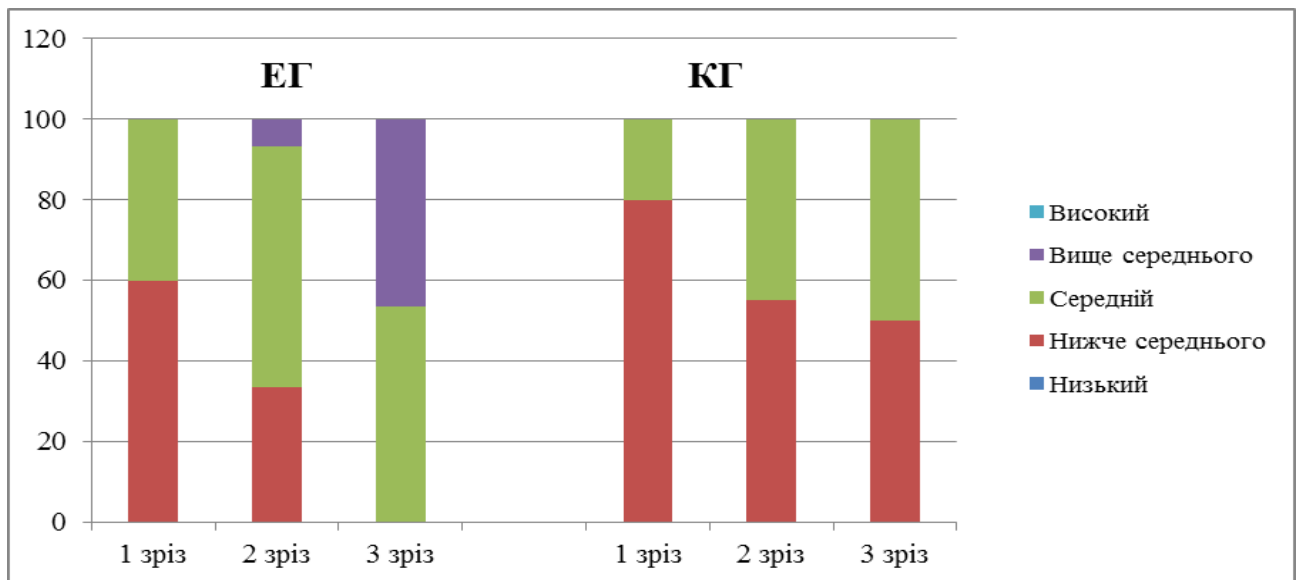


Рис. 4.13. Динаміка змін рівня індексу Руф'є дівчат молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

В ЕГ спостерігається позитивна динаміка покращення рівня ІРуф'є у дівчат молодшого шкільного віку: відсутність дівчат із низьким та нижче

середнього рівнями; 53 % – середній рівень та 47 % з вище середнього рівнем. В КГ 50 % дівчат мають нижче середнього рівень і 50 % - середній.

Тенденції змін показника Іруф'є у хлопців як ЕГ, так і КГ мають позитивну динаміку ( $p < 0,05$ ) (рис. 4.14).

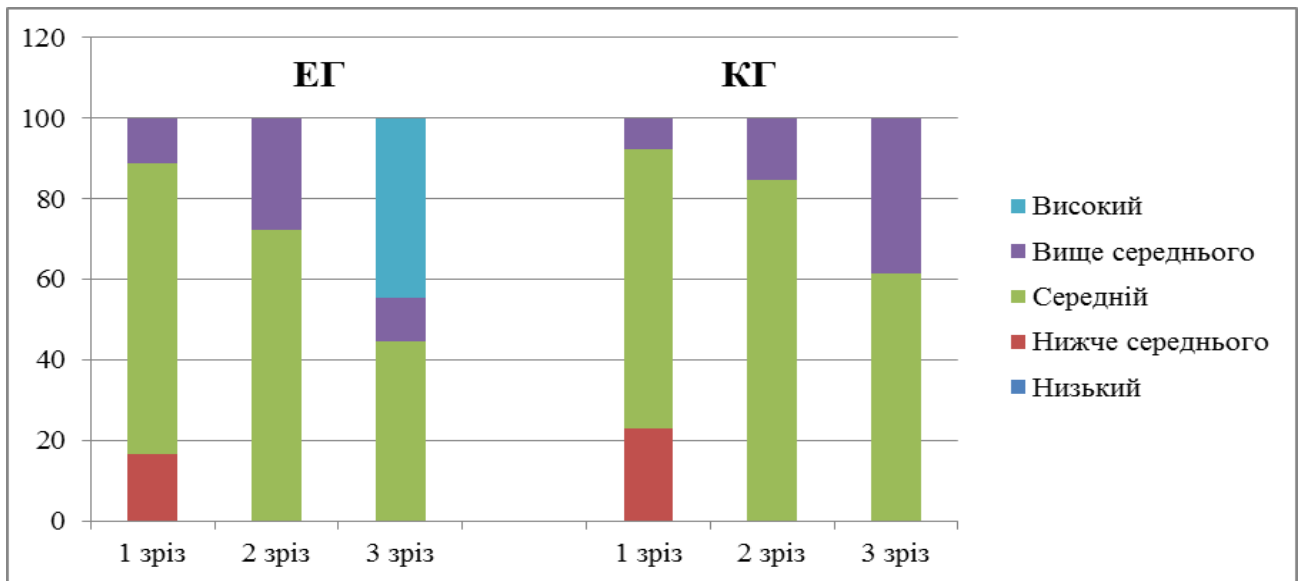


Рис. 4.14. Динаміка змін рівня індексу Руф'є хлопців молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

В ЕГ спостерігається наявність хлопців із високим рівнем Іруф'є - (44 %), вище середнього (11 %) та середнім рівнем (44 %). В КГ - вище середнього (38 %) та середнім рівнем (62 %). Однак нами отримано дані про суттєві відмінності цього показника між ЕГ та КГ ( $p < 0,05$ ), що підтверджує позитивний вплив авторської технології на функціональний розвиток ССС.

Упровадження інтегрованої технології позитивно вплинуло й на зміни СІ як дівчат, так і хлопців. Темпи приросту показника СІ в ЕГ у дівчат досягли 8,3 % ( $p < 0,05$ ), у хлопців 6,6 % ( $p > 0,05$ ). В КГ лише 0,7 % і 2,1 %, відповідно. Різниця в значенні показника СІ між КГ і ЕГ не суттєва ( $p > 0,05$ ).

Відповідність маси довжині тіла як у дівчат, так і хлопців ЕГ і КГ суттєво не змінювалась, і рівень цього показника у дівчат КГ і ЕГ був на середньому рівні, у хлопців – на середньому рівні, граничному до нижче середнього.

Отримані результати позитивного впливу інтегрованої технології на показник ЖІ, ІРобінсона, Іруф'є підтверджують дані науковців [3, 304] про

важливе значення дихальних вправ, особливо дихальної гімнастики А. Стрельнікової, яка поєднує в собі тренування дихання й опорно-рухового апарату, на становлення й укріплення кардіореспіраторної системи й загальне зміцнення організму дітей молодшого шкільного віку.

Упровадження інтегрованої технології в процес фізичного виховання учнів початкової школи позитивно вплинуло на комплексний показник їх здоров'я як один із важливих показників здоров'язбережувальної компетентності (табл. 4.3, 4.4).

На початку експерименту суттєвих відмінностей за даним показником між КГ і ЕГ не виявлено ( $p > 0,05$ ). У дівчат і хлопців, як КГ, так і ЕГ комплексний показник здоров'я відповідає нижче середньому рівню і становить 3,5-3,7 балів у дівчат та 4,8 – у хлопчиків.

У процесі педагогічного дослідження впродовж експерименту у дівчат і хлопців ЕГ виявлено суттєве підвищення комплексного показника здоров'я ( $p < 0,05$ ), який склав у дівчат  $10 \pm 0,7$  балів, хлопців –  $10,1 \pm 0,7$  балів, що відповідає середньому рівню, граничному з вище середнім. В КГ також спостерігається поступове підвищення цього показника: у дівчат на рівні нижче середнього від 3,5 балів до 5,6 балів ( $p < 0,05$ ); у хлопців від нижче середнього 4,8 б. до середнього рівня – 7,6 б. ( $p < 0,05$ ). Темпи приросту комплексного показника здоров'я в ЕГ у дівчат досягли 170 % ( $p < 0,05$ ), у хлопців 110 % ( $p < 0,05$ ). В КГ лише 60 % і 58 %, відповідно. Різниця в значенні комплексного показника здоров'я між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

На рис. 4.15, 4.16. представлено динаміку змін комплексного показника здоров'я дітей молодшого шкільного віку в ЕГ і КГ за рівнем.

Упровадження інтегрованої технології в практику підтверджує її ефективність. В ЕГ дівчат спостерігаються суттєві зміни в рівні комплексного показника здоров'я: 13 % дітей мають середній рівень; 40 % вище середнього; 40 % - середній і лише 7 % нижче середнього. Натомість у КГ дівчат рівень цього показника знаходиться в більшості дівчат у межах середнього (45 %), нижче середнього (45 %) та низького (10 %).

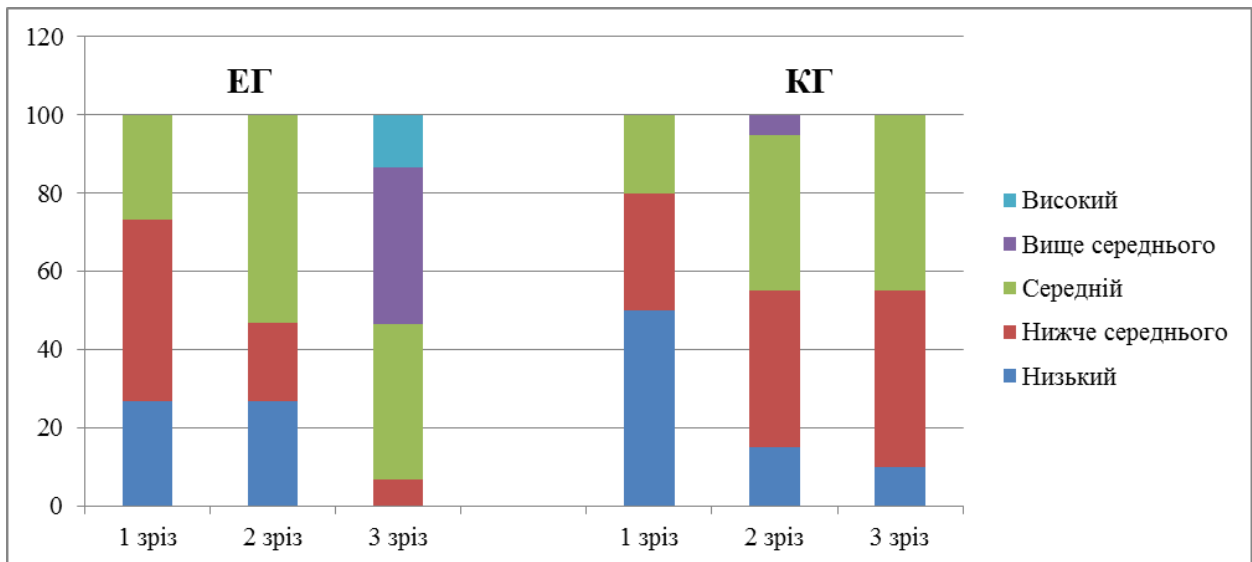


Рис. 4.15. Динаміка змін рівня комплексного показника здоров'я дівчат молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

Схожа динаміка змін рівня комплексного показника здоров'я спостерігається й у хлопців (рис. 4.16), збільшується кількість дітей з високим (16%), вище середнього (39%) та середнім рівнем (33%). Однак в ЕК залишається 10% хлопців з рівнем нижче середнього. Наші спостереження за процесом фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку дозволяють констатувати, що наявність хлопців з нижче середнім рівнем комплексного показника здоров'я (2 учні) обумовлюється їх морфофункціональними особливостями й потребує індивідуального підходу до вибору педагогічних впливів.

Отже, в ході педагогічного експерименту підтвердилась ефективність розробленої інтегрованої технології. Було виявлено покращення фізичного здоров'я в дітей експериментальної групи порівняно з контрольною за такими показниками як у дівчат, так і хлопців: ЖІ, ІРобінсона, ІРуф'є ( $p < 0,05$ ) та СІ у дівчат. Отримані результати дослідження свідчать про те, що впровадження інтегрованої технології сприяло становленню й укріпленню кардіореспіраторної системи дітей молодшого шкільного віку і на цьому фоні підвищенню їх працездатності та загальному зміцненню здоров'я. Комплексний

показник здоров'я дітей молодшого шкільного віку в експериментальній групі покращився у дівчат на 160 %, хлопців 110 % ( $p < 0,05$ ).

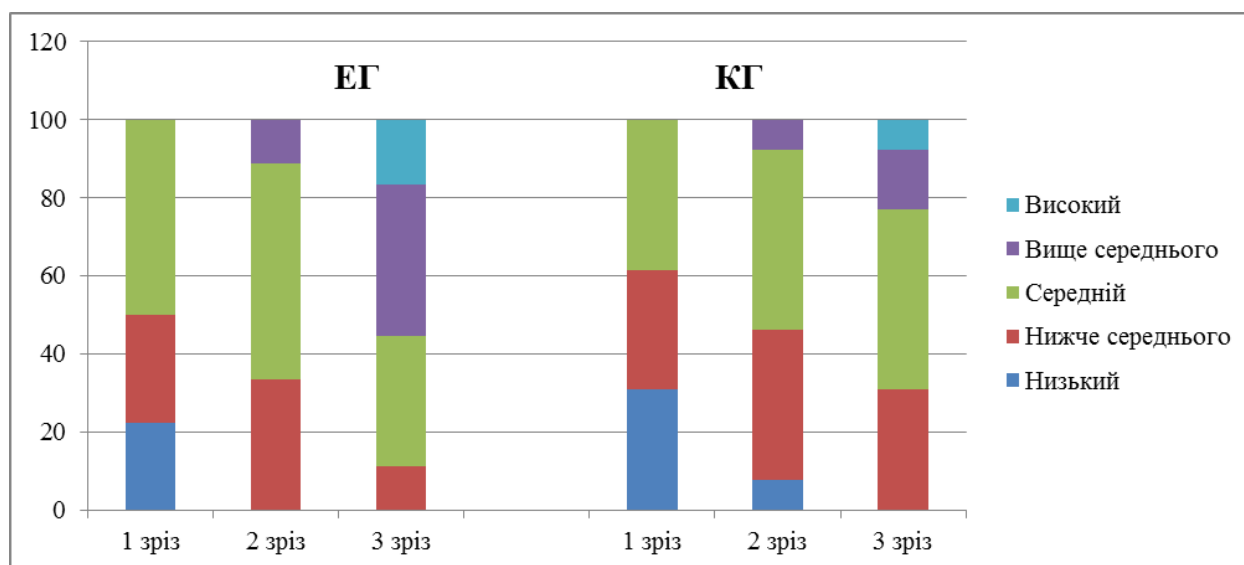


Рис. 4.16. Динаміка змін рівня комплексного показника здоров'я хлопців молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

Наш практичний досвід дозволив констатувати, що лише впровадження дихальних технологій в освітній процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку не зможе забезпечити якісне формування у дітей здоров'язбережувальної компетентності, адже не самі вправи, а їх свідоме виконання сприяють формуванню здатності дітей до здоров'язбереження.

Це обумовлено, психологічними особливостями дітей (швидка втома від багаторазовості повторень вдихів/рухів, суворе дозування знижують працездатність і мотивацію дітей до подальшої діяльності). У зв'язку з цим різноманітні дихальні практики, які ми використовували в освітньому процесі, були адаптовані до цієї вікової групи. Крім того, в педагогічній технології передбачено обов'язкове використання рухово-пізнавальних завдань (рухлива абетка, ранкова гімнастика з домашніми улюбленцями, ігри з тінню тощо), які спрямовані на створення ціннісного ставлення дітей до здоров'я, надбання навичок правильного дихання під час виконання фізичних вправ, на здатність дітей до самоконтролю та, що найбільш важливе, - на інтегрований вплив пізнавальної й рухової діяльності.



*Вплив інтегрованої технології на рівень рухової активності дітей молодшого шкільного віку*

Однією з умов формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку є підвищення рівня їх цілеспрямованої РА. Дефіцит РА призводить до відхилення у фізичному розвитку дітей, і вони часто набирають зайвої ваги, стають інертними, у них знижується опір до застудних та інфекційних захворювань.

Упровадження інтегрованої технології сприяло підвищенню рівня РА дітей молодшого шкільного віку як в будній день, так і вихідний (табл. 4.5; 4.6).

*Таблиця 4.5*

**Зміна показника рівня рухової активності дівчат молодшого шкільного віку за показником добових енерговитрат (ккал), n=35**

| 0                  | Стат. показник | Контрольна група, n=20 |        |         | Експериментальна група n=15 |        |         |
|--------------------|----------------|------------------------|--------|---------|-----------------------------|--------|---------|
|                    |                | 1 зріз                 | 2 зріз | 3 зріз  | 1 зріз                      | 2 зріз | 3 зріз  |
| РА в будній день   | $\bar{x}$      | 2630,1                 | 2670,2 | 2703,2* | 2587,3                      | 2650,2 | 2730,2* |
|                    | $S_{\bar{x}}$  | 32,2                   | 30,6   | 31,4    | 34,3                        | 35,4   | 38,6    |
|                    | S              | 143,8                  | 136,7  | 140,3   | 132,8                       | 137,1  | 149,3   |
|                    | V              | 5,5                    | 5,1    | 5,2     | 5,1                         | 5,2    | 5,5     |
| РА у вихідний день | $\bar{x}$      | 2632,7                 | 2644,4 | 2661,3  | 2591,2                      | 2659,8 | 2742,3* |
|                    | $S_{\bar{x}}$  | 41,9                   | 35,9   | 32,8    | 37,7                        | 34,9   | 35,0    |
|                    | S              | 187,5                  | 160,9  | 146,9   | 145,9                       | 135,4  | 135,7   |
|                    | V              | 7,1                    | 6,1    | 5,5     | 5,6                         | 5,1    | 4,9     |

Примітка: \*різниця між показниками 1-2, 1-3 зрізів однієї групи; \*\*різниця між показниками 3-3 зрізів КГ і ЕГ. Статистичне значення на рівні  $p < 0,05$

*Таблиця 4.6*

**Зміна показника рівня рухової активності хлопців молодшого шкільного віку за показником добових енерговитрат (ккал), n=31**

| Показник РА        | Стат. показник | Контрольна група, n=13 |        |        | Експериментальна група n=18 |        |           |
|--------------------|----------------|------------------------|--------|--------|-----------------------------|--------|-----------|
|                    |                | 1 зріз                 | 2 зріз | 3 зріз | 1 зріз                      | 2 зріз | 3 зріз    |
| РА в будній день   | $\bar{x}$      | 2723,1                 | 2730,9 | 2756,9 | 2651,6                      | 2705,6 | 2811,2*   |
|                    | $S_{\bar{x}}$  | 48,5                   | 50,1   | 50,1   | 31,9                        | 23,9   | 26,4      |
|                    | S              | 178,5                  | 180,5  | 180,7  | 135,4                       | 101,3  | 112,0     |
|                    | V              | 6,6                    | 6,6    | 6,5    | 5,1                         | 3,7    | 5,5       |
| РА у вихідний день | $\bar{x}$      | 2495,3                 | 2511,1 | 2541,9 | 2525,2                      | 2597,4 | 2780,6*** |
|                    | $S_{\bar{x}}$  | 13,1                   | 16,3   | 11,4   | 20,5                        | 22,9   | 26,1      |
|                    | S              | 47                     | 58,8   | 40,9   | 86,9                        | 97,4   | 110,7     |
|                    | V              | 1,9                    | 2,3    | 1,6    | 3,4                         | 3,7    | 3,9       |

Примітка: \*різниця між показниками 1-2, 1-3 зрізів однієї групи; \*\*різниця між показниками 3-3 зрізів КГ і ЕГ. Статистичне значення на рівні  $p < 0,05$

На початку експерименту суттєвих відмінностей за даним показником між КГ і ЕГ не виявлено ( $p>0,05$ ). В ЕГ як у дівчат, так і хлопців виявлено суттєве підвищення рівня рухової активності як в будні, так і вихідні дні ( $p<0,05$ ).

У будні дні рівень РА за показником добових енерговитрат у третьому зрізі становив: у дівчат  $2730,2\pm 38,6$  ккал, хлопців –  $2811,2\pm 26,4$  ккал, що відповідає середньому рівню. В КГ також спостерігається поступове підвищення цього показника: у дівчат на рівні середнього -  $2703,2\pm 31,4$  ккал ( $p<0,05$ ); у хлопців -  $2756,9\pm 31,4$  ккал (середній рівень). Достовірних відмінностей значення показника добових енерговитрат у дітей молодшого шкільного віку в будній день між ЕГ і КГ не отримано ( $p>0,05$ ).

На рис. 4.17, 4.18. представлено динаміку змін добових енерговитрат у дітей молодшого шкільного віку в ЕГ і КГ за рівнем.

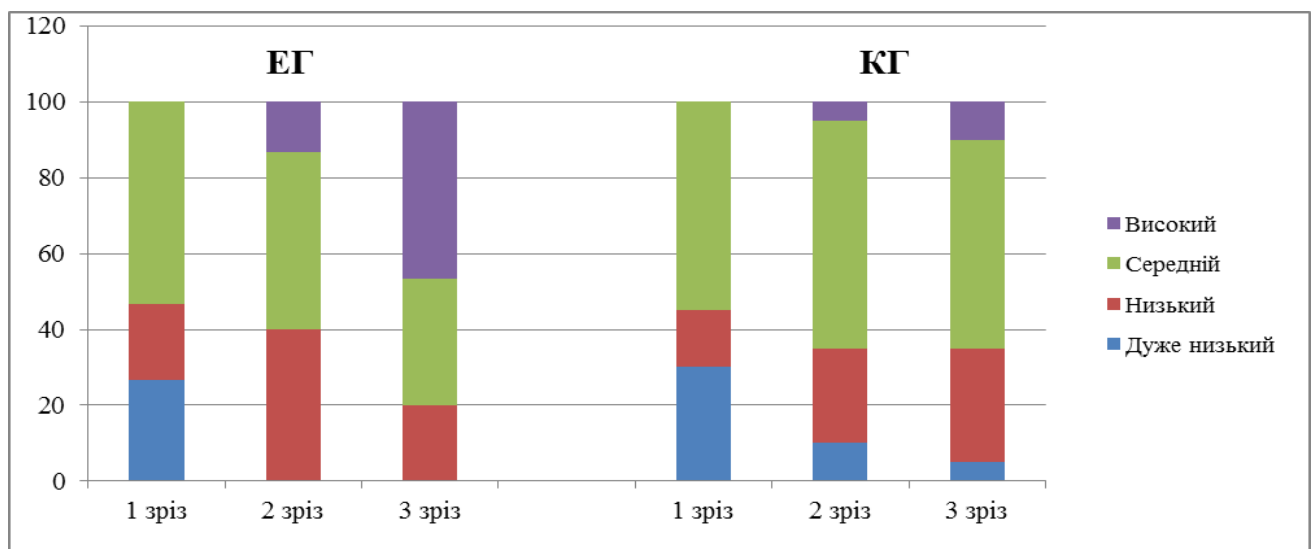


Рис. 4.17. Динаміка змін середньодобових енерговитрат в будній день у дівчат молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

Упровадження інтегрованої технології в практику підтверджує її ефективність. В ЕГ дівчат спостерігаються суттєві зміни в рівні РА в будній день – збільшується кількість дівчат з високим рівнем (46,7 %) та середнім (33,3 %), 20 % дівчат залишаються з низьким рівнем РА. Схожі тенденції спостерігаються і в КГ, однак більшість дівчат мають середній рівень 55 % та 30 % - низький рівень і 5 % дуже низький.

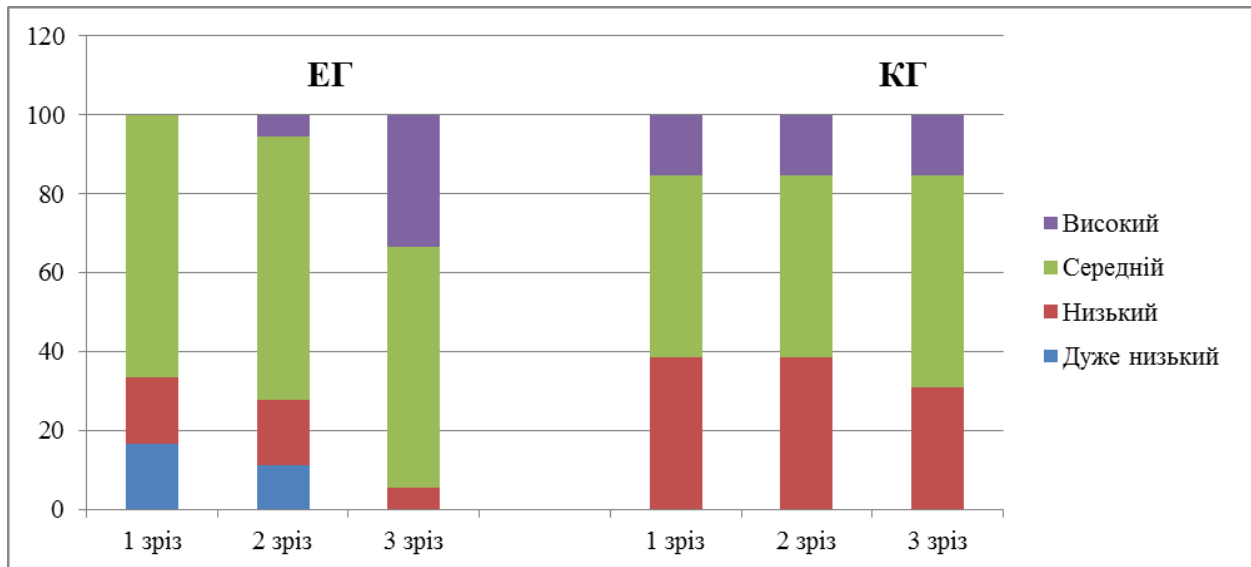


Рис. 4.18. Динаміка змін середньодобових енерговитрат в будній день у хлопців молодшого шкільного віку EG і KG (%)

Динаміка змін рівня РА в будній день у хлопців в EG має схожу тенденцію змін з результатами дівчат EG: високий рівень (33,3 %), середній (61,1 %) та низький 5 %. Натомість, в KG хлопців динаміка змін рівня РА в будній день практично не спостерігається (рис. 4.18) і знаходиться в більшості хлопців в межах середнього рівня (53,8 %), низького (30,8 %) та високого (15,4 %).

Покращенню РА в будній день дітей молодшого шкільного віку в EG сприяло впровадження до рухового режиму різноманітних форм фізичного виховання (рухливі перерви, фізкультпаузи, залучення дітей до організованих та самостійних занять фізичними вправами в позанавчальний час) з використанням інноваційних підходів і методів організації рухової діяльності. Створенню стійкого інтересу до активної рухової діяльності сприяло впровадження в освітній процес рухливих перерв, проєктних робіт, квестів тощо. Такі форми організації занять фізичними вправами позитивно впливають не лише на рухову діяльність дітей, а й пізнавальну, сприяють творчій самореалізації особистості, розвивають важливі особистісні якості й створюють ціннісні орієнтири на здоровий спосіб життя та його формування.

Отже, підвищити рівень РА дітей молодшого шкільного віку в будній день можливо за рахунок створення дієвої системи фізичного виховання в ЗЗСО, яка має комплексно реалізовувати всі форми організації занять фізичними вправами, і найголовніше те, що весь освітній процес має бути спрямований на створення в дітей установки на формування, збереження та зміцнення здоров'я як важливої цінності особистості.

У вихідні дні рівень РА за показником добових енерговитрат у третьому зрізі становив: у дівчат  $2742,3 \pm 35,0$  ккал, хлопців –  $2780,6 \pm 26,1$  ккал, що відповідає середньому рівню. В ЕГ як у дівчат, так і хлопців виявлено суттєве підвищення рівня рухової активності у вихідні дні ( $p < 0,05$ ). Натомість в КГ рівень РА у вихідний день залишається майже незмінною як у дівчат, так і хлопців. Коливається в межах від  $2632,7 \pm 41,9$  ккал до  $2661,7 \pm 32,8$  ккал у дівчат, що відповідає середньому рівню, і від  $2495,3 \pm 47$  ккал до  $2541,9 \pm 40,9$  ккал у хлопців, що відповідає низькому. Схожі результати отримано нами і в констатувальному експерименті, де було виявлено, що у дітей молодшого шкільного віку у вихідний день рівень РА відповідає низькому.

Упровадження інтегрованої технології позитивно вплинуло на рівень РА дітей у вихідний день. Різниця в значенні показника добових енерговитрат хлопців КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

На рис. 4.19, 4.20. представлено динаміку змін добових енерговитрат у дітей молодшого шкільного віку у вихідний день в ЕГ і КГ за рівнем (%).

В ЕГ дівчат спостерігаються суттєві зміни в рівні РА у вихідний день – збільшується кількість дівчат з високим рівнем (40 %) та середнім (40 %), 20 % дівчат залишаються з низьким рівнем РА. Схожі тенденції спостерігаються і в КГ, однак більшість дівчат мають середній рівень 55 % та 25 % - низький рівень і 15 % дуже низький.

Динаміка змін рівня РА в будній день у хлопців в ЕГ має схожу тенденцію змін із результатами дівчат ЕГ: високий рівень (11,1 %), середній (77,8 %) та низький 11,1 %. Натомість, в КГ хлопців динаміка змін рівня РА у вихідний день практично не спостерігається (рис. 4.21) і знаходиться в

більшості хлопців в межах низького (61,5 %), дуже низького (7,7 %) та середнього лише - 30,8 %.

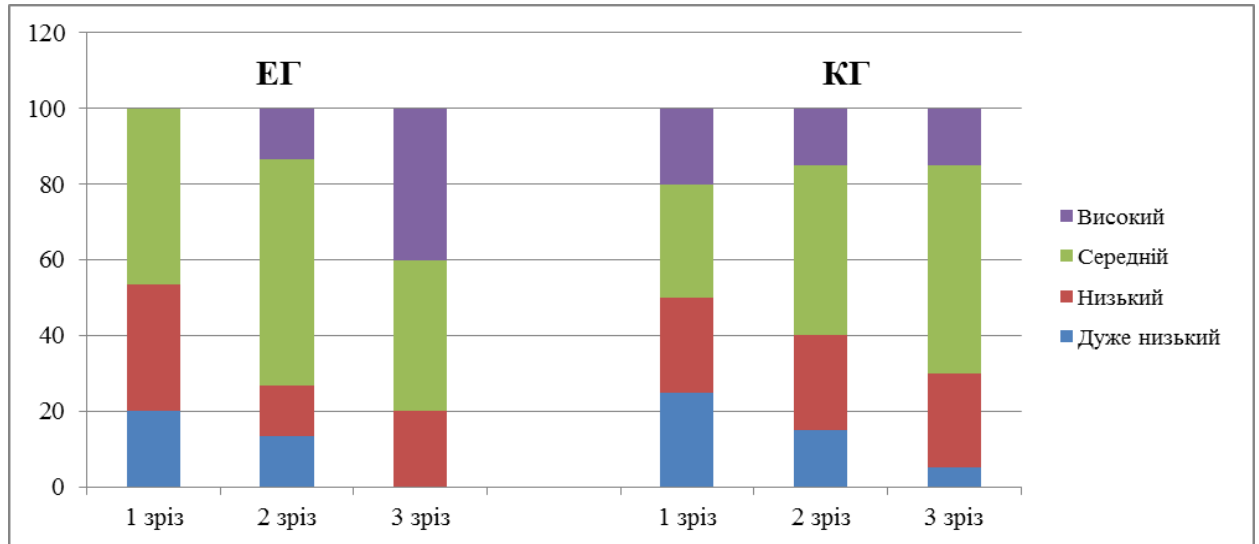


Рис. 4.19. Динаміка змін середньодобових енерговитрат у вихідний день у дівчат молодшого шкільного віку EG і KG (%)

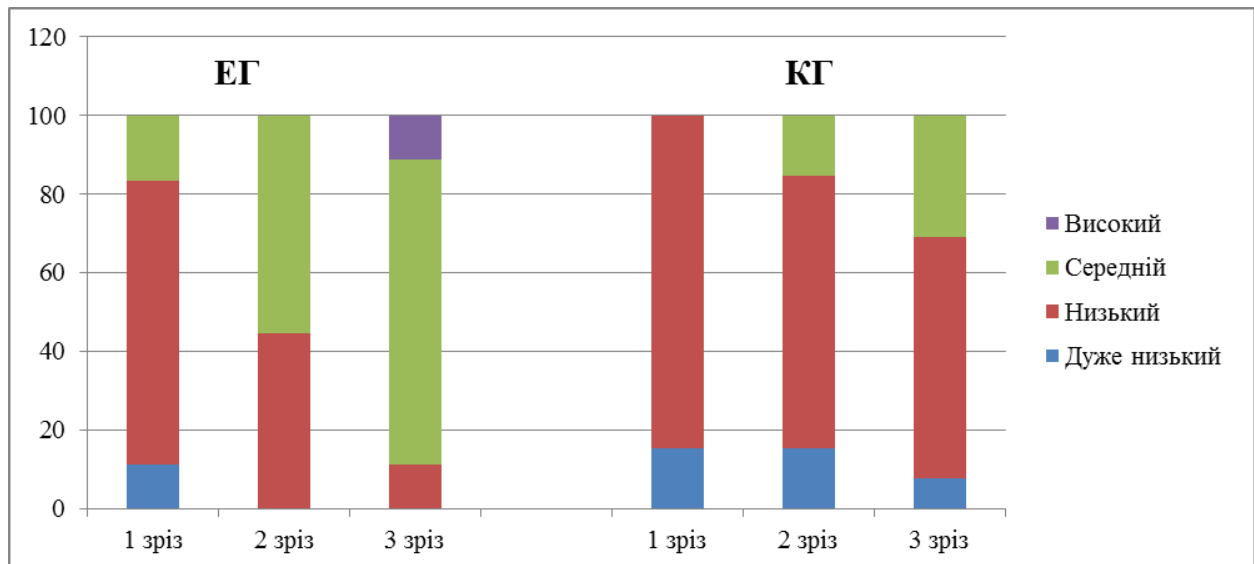


Рис. 4.20. Динаміка змін середньодобових енерговитрат у вихідний день у хлопців молодшого шкільного віку EG і KG (%)

У констатувальному експерименті нами було виявлено, що саме у вихідний день у дітей молодшого шкільного віку спостерігається низький рівень РА. Наше передбачення щодо позитивного впливу самостійного виконання рухово-пізнавальних завдань на рівень РА підтвердилось. Відбулися

позитивні зрушення показника добових енерговитрат дітей молодшого шкільного віку ( $p < 0,05$ ).

Цьому сприяло вирішення дітьми різноманітних проблемно-пошукових завдань як на уроках фізичної культури (лінійка та гнучкість, геометрія тіла тощо), так і в самостійній роботі (вправа «Чомучка», створення скрайбу тощо). Ведення щоденника самоконтролю сприяло формуванню свідомого ставлення до власного здоров'я, здатності свідомо контролювати й управляти формуванням особистої фізичної культури.

Виконання рухово-пізнавальних завдань створювало у дітей молодшого шкільного віку ситуацію успіху, діти отримували задоволення від рухової діяльності, прагнули до усвідомленого і якісного вирішення завдань, що й забезпечило підвищення РА та загалом здоров'язбережувальної компетентності.

*Вплив інтегрованої технології на сформованість ціннісного ставлення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я та здоров'я оточуючих*

Формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку - одне з найголовніших завдань реформування й удосконалення системи початкової освіти.

Важливим аспектом її формування є створення у дітей установки до здорового способу життя, яка спонукає й направляє їх поведінку й діяльність на збереження та зміцнення свого здоров'я і здоров'я інших людей, надає цій діяльності особистісного значення [146]. Маючи ціннісне ставлення до здоров'я, дитина буде осмислено займатися фізичними вправами, формувати власну фізичну культуру, зміцнювати й зберігати здоров'я впродовж всього життя.

Упровадження інтегрованої технології в процес фізичного виховання учнів початкової школи позитивно вплинуло на сформованість їх ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих (табл. 4.7).

На початку експерименту суттєвих відмінностей за цим показником між КГ і ЕГ не виявлено ( $p > 0,05$ ). Показник ціннісного ставлення дітей до здоров'я

як в КГ, так і ЕГ відповідає нижче середньому рівню і становить 0,4-0,39 ум.од. у дівчат та 0,37-0,36 ум.од. – у хлопців.

Таблиця 4.7

**Динаміка змін показника ціннісного ставлення до здоров'я дітей  
молодшого шкільного віку (ум.од.), n=66**

| Стать    | Стат. показник | Контрольна група, n=33 |        |        | Експериментальна група n=33 |        |          |
|----------|----------------|------------------------|--------|--------|-----------------------------|--------|----------|
|          |                | 1 зріз                 | 2 зріз | 3 зріз | 1 зріз                      | 2 зріз | 3 зріз   |
| Дівчата  | $\bar{x}$      | 0,4                    | 0,42   | 0,46*  | 0,39                        | 0,45   | 0,57* ** |
|          | $S_{\bar{x}}$  | 0,02                   | 0,02   | 0,02   | 0,03                        | 0,03   | 0,03     |
|          | S              | 0,1                    | 0,09   | 0,09   | 0,1                         | 0,1    | 0,1      |
|          | V              | 25                     | 21,4   | 19,6   | 25,6                        | 22,2   | 17,5     |
| Хлопчики | $\bar{x}$      | 0,37                   | 0,4    | 0,46*  | 0,36                        | 0,4    | 0,5* **  |
|          | $S_{\bar{x}}$  | 0,02                   | 0,03   | 0,02   | 0,02                        | 0,02   | 0,03     |
|          | S              | 0,095                  | 0,1    | 0,09   | 0,09                        | 0,1    | 0,1      |
|          | V              | 25,7                   | 25     | 19,6   | 25                          | 25     | 20       |

Примітка: \*різниця між показниками 1-2, 1-3 зрізів однієї групи; \*\*різниця між показниками 3-3 зрізів КГ і ЕГ. Статистичне значення на рівні  $p < 0,05$

У процесі педагогічного дослідження впродовж експерименту в дівчат і хлопців ЕГ виявлено суттєве підвищення показника ціннісного ставлення до здоров'я ( $p < 0,05$ ), який склав у дівчат  $0,57 \pm 0,03$  ум.од, що відповідає рівню вище за середній, у хлопців –  $0,5 \pm 0,03$  ум.од., що відповідає середньому рівню. В КГ також спостерігається поступове підвищення цього показника як у дівчат, так і хлопців на середньому рівні ( $p < 0,05$ ).

Темпи приросту показника ціннісного ставлення дітей до здоров'я в ЕГ у дівчат досягли 46 % ( $p < 0,05$ ), у хлопців 38,9 % ( $p < 0,05$ ). В КГ лише 15 % і 24,3 % ( $p < 0,05$ ), відповідно. Різниця в значенні показника ціннісного ставлення дітей до здоров'я між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

Детальний аналіз сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у дівчат КГ і ЕГ за окремими компонентами представлено в табл. 4.8.

Сформованість когнітивного компонента ціннісного ставлення до здоров'я дівчат на початку досліджень знаходиться на дуже низькому рівні в обох групах. Збереження традиційної організації освітнього процесу з фізичного виховання в КГ дозволило покращити сформованість даного компонента на

17,5 % ( $p < 0,05$ ), отже в процесі фізичного виховання передбачено надання теоретичних знань щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного, і як бачимо, ця задача реалізується в достатньому обсязі. Найбільш суттєві зміни спостерігаються у дівчат ЕГ, сформованість когнітивного компоненту ціннісного ставлення до здоров'я покращилась на 41,1 % ( $p < 0,05$ ). Різниця в значенні цього компоненту між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 4.8.

**Динаміка змін компонентів ціннісного ставлення до здоров'я у дівчат молодшого шкільного віку (у%), n=35**

| Компоненти              | Контрольна група, n=20 |        |        | Експериментальна група n=15 |        |          |
|-------------------------|------------------------|--------|--------|-----------------------------|--------|----------|
|                         | 1 зріз                 | 2 зріз | 3 зріз | 1 зріз                      | 2 зріз | 3 зріз   |
| Когнітивний             | 20                     | 25,8   | 37,5*  | 15,6                        | 26,7   | 56,7* ** |
| Ціннісно-мотиваційний   | 51,7                   | 55     | 58     | 50,3                        | 62,2   | 76* **   |
| Діяльнісно-поведінковий | 50                     | 45,8   | 45,8   | 50,9                        | 55,6   | 72,2     |

Примітка: \*різниця між показниками 1-2, 1-3 зрізів однієї групи; \*\*різниця між показниками 3-3 зрізів КГ і ЕГ. Статистичне значення на рівні  $p < 0,05$

Впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку позитивно вплинула на сформованість когнітивного компонента ціннісного ставлення дітей ЕГ до здоров'я, відбулося покращення показників:

- знань про здоров'я та його складові на 46,7 %;
- інтересу до проблем здоров'я на 36,6 %;
- адекватність самооцінки власного здоров'я на 40 %.

Цьому сприяла цілеспрямована робота з впливу на усвідомлене сприйняття учнями інформації щодо цінності здоров'я для майбутньої успішної життєдіяльності, стимулювання їх інтересу до поставленої проблеми. Проведені заходи враховували вихідний рівень когнітивного компоненту та були спрямовані на його позитивну динаміку.

Сформованість ціннісно-мотиваційного компонента ціннісного ставлення до здоров'я дівчат на початку досліджень знаходиться на середньому рівні в



обох групах. В КГ сформованість даного компонента покращилась лише на 6,3 %, це свідчить про відсутність (низьку ефективність) системи педагогічних впливів, яка б сприяла формуванню ціннісного ставлення дитини до власного здоров'я та здоров'я оточуючих. У дівчат ЕГ, сформованість ціннісно-мотиваційного компонента покращилась на 22,7 % ( $p < 0,05$ ). Різниця в значенні ціннісно-мотиваційного компонента ціннісного ставлення дітей до здоров'я між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

Впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку позитивно вплинула на сформованість ціннісно-мотиваційного компонента ціннісного ставлення дітей до здоров'я, відбулося покращення показників:

- сформованість цінності здоров'я як провідної в системі життєвих цінностей особистості на 13 %;
- потреба у збереженні й зміцненні власного здоров'я та здоров'я оточуючих на 34,7 %;
- мотивація на здоровий спосіб життя на 20 %.

Цьому сприяло включення в інтегровану технологію заходів спрямованих на визначення життєвих потреб та цінностей, стимулювання прагнення до ведення здорового способу життя.

Сформованість поведінково-діяльнісного компонента ціннісного ставлення до здоров'я дівчат на початку досліджень знаходиться на середньому рівні в обох групах. В КГ сформованість даного компонента залишається незмінною, відбувається незначне погіршення на 4,2 % ( $p < 0,05$ ), це може свідчить про недостатню усвідомленість дівчатами важливості ведення здорового способу життя та його впливу на життєздатність.

У дівчат ЕГ, сформованість поведінково-діяльнісного компонента покращилась на 21,3 % ( $p < 0,05$ ). Різниця в значенні поведінково-діяльнісного компонента ціннісного ставлення дітей до здоров'я між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

Впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку позитивно вплинула на сформованість поведінково-діяльнісного компонента ціннісного ставлення дітей до здоров'я, відбулося покращення показників:

- відповідальна поведінка в усіх сферах життєдіяльності щодо збереження й зміцнення свого здоров'я та здоров'я інших на 16,6 %;
- дотримання норм і правил здорового способу життя на 16,7 %;
- саморегуляція вчинків на 30 %.

Цьому сприяло залучення до впровадження технології батьків, активізація позаурочної діяльності дітей, робота зі щоденниками самоконтролю та цілеспрямована робота з формування навичок самоконтролю.

На рис. 4.21 представлено динаміку змін показника ціннісного ставлення дівчат до здоров'я в ЕГ і КГ за рівнем.

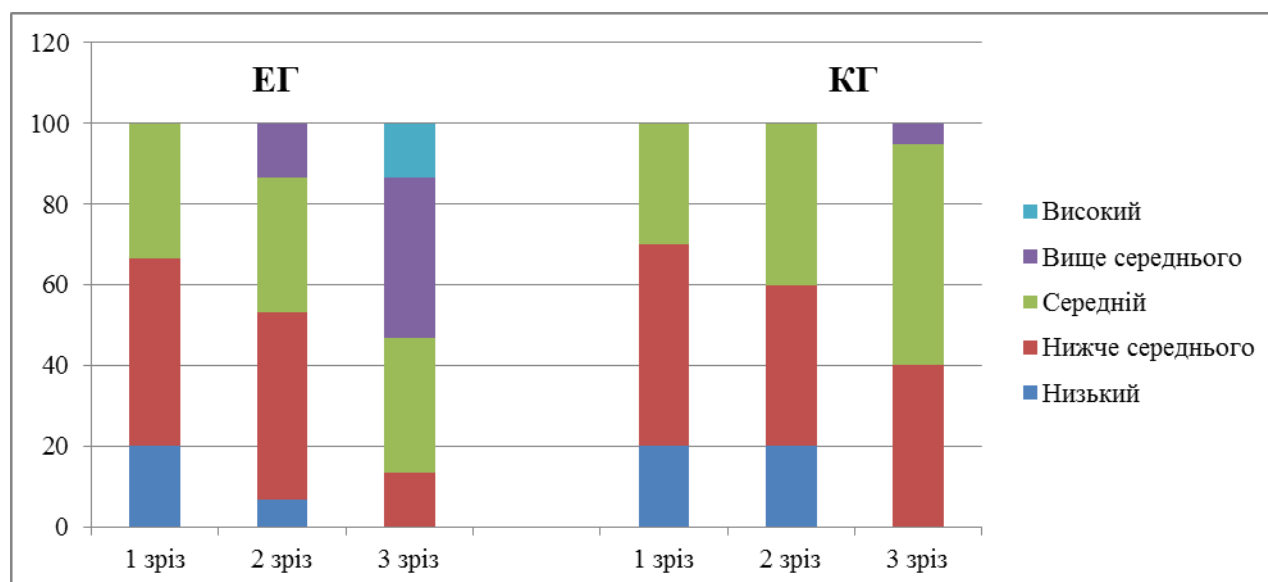


Рис. 4.21. Динаміка змін рівня сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я дівчат молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

В ЕГ дівчат спостерігаються суттєві зміни в рівні цього показника – збільшується кількість дівчат із високим рівнем (13,3 %), вище середнього (40 %) та середнім (33,3 %), 13,4 % дівчат залишаються з низьким рівнем показника ціннісного ставлення до здоров'я. Натомість в КГ у більшості дівчат

середній рівень (55 %), нижче середнього (40 %) і 5 % дівчат мають вище середнього рівень.

Детальний аналіз сформованості ціннісного ставлення до здоров'я у хлопців КГ і ЕГ за окремими компонентами представлено в табл.4.9

Таблиця 4.9.

**Динаміка змін компонентів ціннісного ставлення до здоров'я у хлопчиків молодшого шкільного віку (у%), n=31**

| Компоненти              | Контрольна група, n=13 |        |        | Експериментальна група n=18 |        |          |
|-------------------------|------------------------|--------|--------|-----------------------------|--------|----------|
|                         | 1 зріз                 | 2 зріз | 3 зріз | 1 зріз                      | 2 зріз | 3 зріз   |
| Когнітивний             | 14,1                   | 20,5   | 26,9*  | 13,6                        | 22,3   | 46,3* ** |
| Ціннісно-мотиваційний   | 47,4                   | 51,3   | 55,1   | 47,2                        | 53,7   | 61,1* ** |
| Діяльнісно-поведінковий | 51,3                   | 51,3   | 52,6   | 46,2                        | 48,1   | 61,1     |

Примітка: \*різниця між показниками 1-2, 1-3 зрізів однієї групи; \*\*різниця між показниками 3-3 зрізів КГ і ЕГ. Статистичне значення на рівні  $p < 0,05$

Сформованість когнітивного компонента ціннісного ставлення до здоров'я хлопців на початку досліджень знаходиться на дуже низькому рівні в обох групах. В КГ сформованість даного компонента покращилась на 12,8 % ( $p < 0,05$ ). Найбільш суттєві зміни спостерігаються у хлопців ЕГ, сформованість когнітивного компоненту ціннісного ставлення до здоров'я покращилась на 32,7 % ( $p < 0,05$ ). Різниця в значенні цього компоненту ціннісного ставлення хлопців до здоров'я між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

Впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку позитивно вплинула на сформованість когнітивного компонента ціннісного ставлення хлопців до здоров'я, відбулося покращення показників:

- знань про здоров'я та його складові на 33,4 %;
- інтересу до проблем здоров'я на 30,6 %;
- адекватність самооцінки власного здоров'я на 46,1 %.

Тенденція змін даного компоненту схожа зі змінами у дівчат, але у хлопців покращення когнітивного компоненту відбувається більш повільно і це може бути обумовлено їх статевими особливостями.

Цільова спрямованість, інтерес до занять фізичними вправами у хлопців проявляється не стільки для досягнення оздоровчого ефекту, як в задоволенні через фізичні вправи широкого спектру потреб, спрямованих на самовираження, позитивні емоції, зміну діяльності.

Сформованість ціннісно-мотиваційного компонента ціннісного ставлення до здоров'я хлопців на початку досліджень знаходиться на нижче середньому рівні в обох групах. В КГ сформованість даного компонента покращилась лише на 7,7 %. У хлопців ЕГ, сформованість ціннісно-мотиваційного компонента покращилась на 13,9 % ( $p < 0,05$ ). Різниця в значенні ціннісно-мотиваційного компонента ціннісного ставлення хлопців до здоров'я між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

Впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності позитивно вплинула на сформованість ціннісно-мотиваційного компонента ціннісного ставлення хлопців до здоров'я, відбулося покращення показників:

- сформованість цінності здоров'я як провідної в системі життєвих цінностей особистості на 11,1 %;
- потреба у збереженні й зміцненні власного здоров'я та здоров'я оточуючих на 16,7 %;
- мотивація на здоровий спосіб життя на 13,9 %.

Покращення даного компоненту у хлопців нижче ніж у дівчат, але тенденція змін схожа.

Сформованість поведінково-діяльнісного компонента ціннісного ставлення до здоров'я хлопців на початку досліджень знаходиться на середньому рівні в обох групах.

В КГ сформованість даного компонента покращилась лише на 1,3 %. У хлопчиків ЕГ, сформованість поведінково-діяльнісного компонента покращилась на 14,9 % ( $p < 0,05$ ). Різниця в значенні поведінково-діяльнісного компонента ціннісного ставлення хлопців до здоров'я між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

Впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку позитивно вплинула на сформованість поведінково-діяльнісного компонента ціннісного ставлення хлопців до здоров'я, відбулося покращення показників:

- відповідальна поведінка в усіх сферах життєдіяльності щодо збереження й зміцнення свого здоров'я та здоров'я інших на 25 %;
- дотримання норм і правил здорового способу життя на 2,8 %;
- саморегуляція вчинків на 16,7 %.

У хлопців відбулося суттєве покращення показника відповідальна поведінка у порівнянні з дівчатами, це обумовлено орієнтацією хлопців на досягнення конкретних результатів що виражається у їх поведінці та відобразилося у даному показнику.

Динаміка змін рівня показника ціннісного ставлення до здоров'я у хлопців в ЕГ наступна: збільшилась кількість дітей з середнім рівнем (55,5 %), вище середнього (16,7 %), високим (11,1 %) і 16,7 % хлопців мають нижче середнього рівень (рис. 4.22). В КГ спостерігається схожа тенденція: збільшилась кількість дітей з середнім рівнем (53,8 %), вище середнього (15,4 %) і залишається 30,8 % хлопців з нижче середнім рівнем.

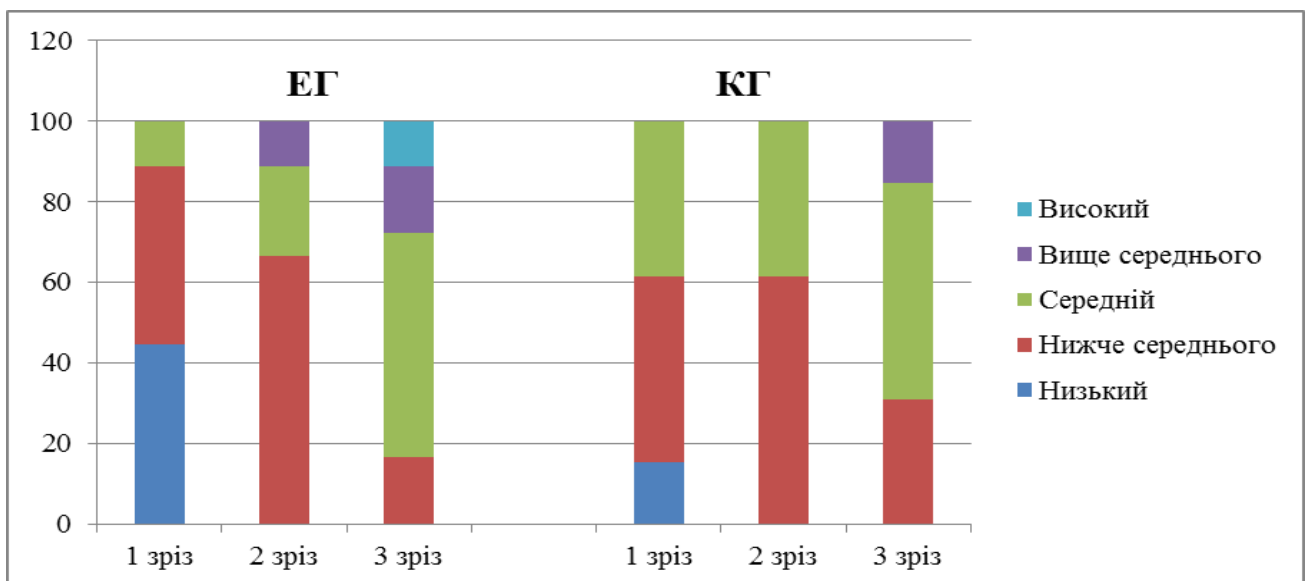


Рис. 4.22. Динаміка змін рівня сформованості ціннісного ставлення до власного здоров'я хлопців молодшого шкільного віку ЕГ і КГ (%)

Отже, впровадження інтегрованої технології в процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку позитивно вплинуло на сформованість у них ціннісного ставлення до здоров'я, що в свою чергу має забезпечити ефективну реалізацію індивідуальної освітньої траєкторії учнів і програму їх життєдіяльності в цілому, адже саме цінності та ціннісні орієнтири є регулятором поведінки дітей.

Установка на здоровий спосіб життя і здоров'язбереження у дітей молодшого шкільного віку формується на основі мотивації під безпосередньою корекцією системи цінностей. Слід зазначити, що одні й ті ж мотиви можуть давати початок різним установкам, залежних від системи цінностей особистості, тому дуже важливо у дітей молодшого шкільного віку сформувати ціннісне ставлення до здоров'я.

*Вплив інтегрованої технології на сформованість навичок самоконтролю і самооцінки дітей молодшого шкільного віку*

Для забезпечення якісного формування здоров'язберезувальної компетентності особистості особливого значення набуває проблема ефективного управління власною діяльністю, що вимагає компетентного виконання регулюючої і контролюючої функцій, оволодіння діями самоконтролю. Сформовані навички самостійного і активного прояву самоконтролю у дітей молодшого шкільного віку мають забезпечити успішність розвитку їх особистості, зокрема формування фізичної культури та сприяти формуванню здоров'язберезувальної компетентності.

Впровадження інтегрованої технології в процес фізичного виховання учнів початкової школи позитивно вплинуло на сформованість навичок самоконтролю і самооцінки (табл. 4.10).

На початку експерименту суттєвих відмінностей за цим показником між КГ і ЕГ не виявлено ( $p > 0,05$ ). Показник сформованості навичок самоконтролю і самооцінки, як в КГ, так і ЕГ відповідає нижче середньому рівню і становить 2,15-2,13 бала у дівчат та 2,15-2,11 бала – у хлопців.

**Зміна показника сформованості навичок самоконтролю і самоаналізу дітей  
молодшого шкільного віку (бали), n=66**

| Стать    | Стат. показник | Контрольна група, n=35 |        |        | Експериментальна група n=31 |        |         |
|----------|----------------|------------------------|--------|--------|-----------------------------|--------|---------|
|          |                | 1 зріз                 | 2 зріз | 3 зріз | 1 зріз                      | 2 зріз | 3 зріз  |
| дівчата  | $\bar{x}$      | 2,15                   | 3,2    | 3,65*  | 2,13                        | 4,47   | 7,2* ** |
|          | $S_{\bar{x}}$  | 0,2                    | 0,2    | 0,2    | 0,24                        | 0,3    | 0,2     |
|          | S              | 1                      | 1,1    | 0,9    | 0,9                         | 1,25   | 0,9     |
|          | V              | 46,5                   | 51,2   | 34,4   | 42,3                        | 27,9   | 12,5    |
| хлопчики | $\bar{x}$      | 2,15                   | 2,69   | 3,3*   | 2,11                        | 4,1    | 6,9* ** |
|          | $S_{\bar{x}}$  | 0,25                   | 0,3    | 0,3    | 0,23                        | 0,2    | 0,3     |
|          | S              | 0,89                   | 1,18   | 1,1    | 0,96                        | 0,9    | 1,3     |
|          | V              | 41,4                   | 43,9   | 33,3   | 45,5                        | 21,9   | 18,8    |

Примітка: \*різниця між показниками 1-2, 1-3 зрізів однієї групи; \*\*різниця між показниками 3-3 зрізів КГ і ЕГ. Статистичне значення на рівні  $p < 0,05$

В КГ спостерігається поступове підвищення даного показника, як у дівчат, так і хлопців на середньому рівні, граничному з нижче за середній ( $p < 0,05$ ). Використання в освітньому процесі з фізичного виховання КГ карток самоконтролю також сприяло покращенню цього показника.

Темпи приросту показника сформованості навичок самоконтролю і самооцінки в ЕГ у дівчат досягли 56,3 % ( $p < 0,05$ ), у хлопців 53,3 % ( $p < 0,05$ ). В КГ лише 11,7 % і 12,8 % ( $p < 0,05$ ), відповідно. Різниця в значенні цього показника між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

На рис. 4.23, представлено динаміку змін показника сформованості навичок самоконтролю і самоаналізу дівчат молодшого шкільного віку в ЕГ і КГ за рівнем.

В ЕГ дівчат спостерігаються суттєві зміни в рівні цього показника – збільшується кількість дівчат з високим рівнем (40 %), вище середнього (60 %). Натомість, в КГ у більшості дівчат середній рівень (55 %), нижче середнього (45 %). Така позитивна динаміка змін в ЕГ, на нашу думку обумовлена саме активізацією пізнавального інтересу дітей (різноманітні дослідницькі завдання в щоденнику самоконтролю) та впровадженням в освітній процес

різноманітних рефлексивних технологій. Пізнавальна активність відображає певний інтерес особистості до отримання нових знань, умінь і навичок, внутрішню цілеспрямованість і постійну потребу використовувати різні способи дії до наповнення знань, розширення світогляду.

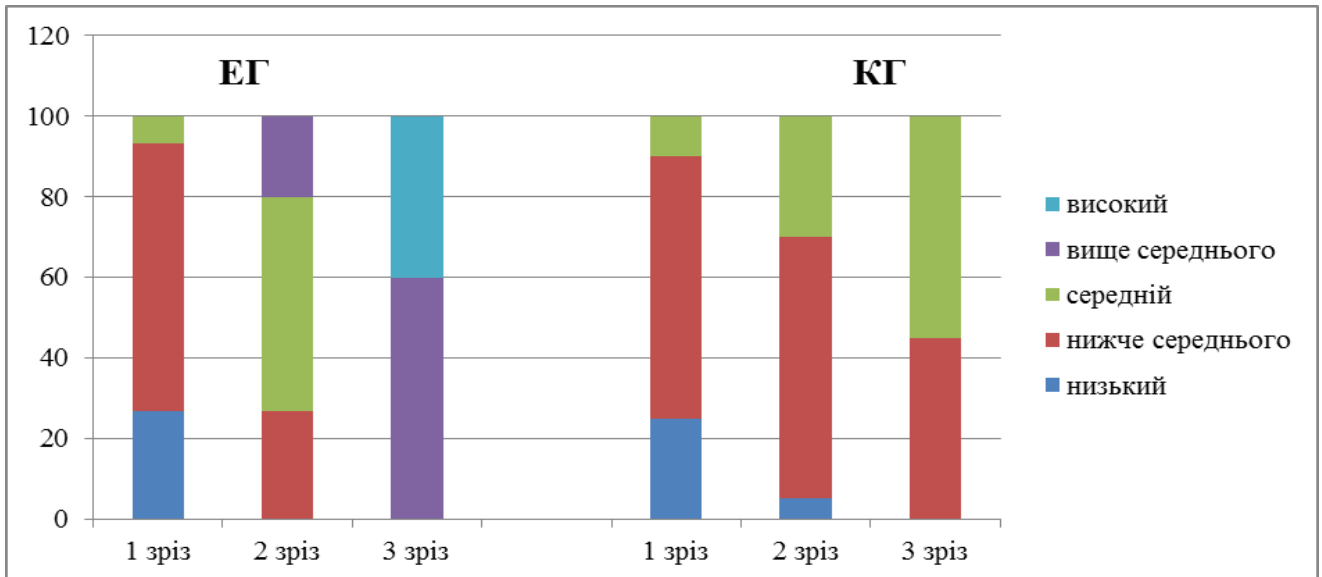


Рис. 4.23. Динаміка змін рівня сформованості навичок самоконтролю і самооцінки дівчат молодшого шкільного віку EG і KG (%)

Динаміка змін рівня показника сформованості навичок самоконтролю і самооцінки у хлопців в EG наступна: середній рівень (11,1 %), вище середнього (83,3 %), високим (5,6 %) (рис. 4.24).

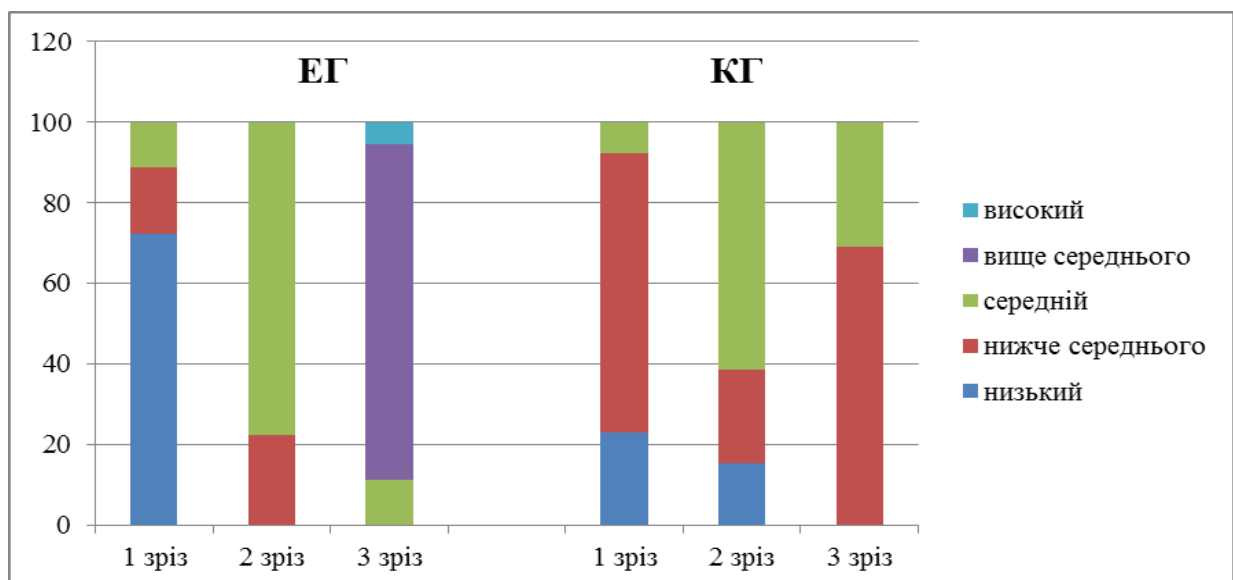


Рис. 4.24. Динаміка змін рівня сформованості навичок самоконтролю і самооцінки хлопців молодшого шкільного віку EG і KG (%)



В КГ спостерігається зменшення кількості хлопців з середнім рівнем (30,8 %), збільшення кількості хлопців з нижче середнім рівнем (69,2 %) та відсутність хлопчиків з низьким рівнем. Зниження кількості учнів з середнім рівнем мабуть обумовлена відсутністю чіткої системи формування у дітей в процесі занять фізичними вправами навичок самоконтролю, мотиваційних завдань для усвідомленого використання самоконтролю.

Важливим засобами реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку з метою формування навичок самоконтролю і самоаналізу є: ведення щоденників самоконтролю, впровадження рефлексивних технологій в урок фізичної культури (листи самооцінки, «рефлексивна мішень», «мікрофон», придумані учнями оціночні шкали), домашні завдання дослідницького характеру, пізнавально-пошукові завдання в уроці фізичної культури.

Впровадження дослідницьких завдань та ведення щоденника самоконтролю в ЕГ дозволили підвищити пізнавальний інтерес учнів, вони стали проявляти більшу наполегливість в реалізації задач фізичного виховання, більш свідомо підходити до саморозвитку, формування власної фізичної культури і що є для нас цінним, учні активно проявляли самоконтроль і задавали питання: «А чому так?».

У формуванні позитивної мотивації до самоконтролю особистості дітей молодшого шкільного віку ведучу роль відіграє самопізнання. В нашій технології були передбачені завдання дослідницького характеру, які стосувались розвитку певних фізичних якостей, формування рухових навичок. Значний вплив на формування навичок самоконтролю дітей молодшого шкільного віку мали завдання з аналізу результатів власної діяльності, поведінки, емоційного стану та самоспостереження.

Впровадження інтегрованої технології позитивно вплинула на формування навичок самоконтролю та самооцінки, різниця цього показника між КГ і ЕГ суттєва ( $p < 0,05$ ). Важливим завданням учителя фізичної культури є формування здатності самостійного і адекватного оцінювання і контролю

власної рухової діяльності дітьми молодшого шкільного віку, як складової здоров'язбережувальної компетентності.

#### **4.2.2. Вплив інтегрованої технології на сформованість здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання**

Аналіз психолого-педагогічної літератури свідчить про те, що існують деякі розбіжності щодо підходів і визначення критеріїв сформованості здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. Ми вважаємо, що це питання розроблене в літературі недостатньо, тому ускладнюється процес оцінювання й контролю сформованості здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

Як зазначає О. Єжова, особливості психолого-педагогічних явищ, які досліджуються в освіті, найчастіше дозволяють використовувати лише непрямі виміри [132]. Натомість, в педагогічних дослідженнях важливо якомога точніше обрати певний критерій, який би дозволив кількісно охарактеризувати досліджуване явище. Даний критерій, на думку В. Беспалька, має відповідати таким характеристикам:

– адитивність – це означає, що при застосуванні критерію до складових явища його повна міра отримується при складанні окремих результатів:

$$П (A) = П (A1) + П (A2) + П (A3) + \dots + П (At), \text{ де}$$

П – показник, A1, A2, A3 – складові частини цілого явища;

– адекватність – критерій має відповідати досліджуваному явищу, і в ньому має відбиватися як природа явища, так і динаміка його змін;

– кількісність – критерій має бути числовим, при цьому одні й ті ж фактичні значення різних явищ при застосуванні до них критерію мають давати однакові числові значення виміряних величин [131].

Враховуючи те, що формування здоров'язбережувальної компетентності в процесі фізичного виховання передбачає як мінімум три компоненти, то

вимога адитивності надає можливість стверджувати, що рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності буде визначатися властивостями окремих її показників: сформованість рівня здоров'язбережувальної компетентності зумовлена сумою показників мотиваційного, когнітивного та діяльнісного компонента.

Адекватність як характеристика до критерію сформованості здоров'язбережувальної компетентності має забезпечувати тотожність до збереження, зміцнення та формування здоров'я, точність в уявленнях, поняття, судженнях при дослідженні відповідного явища, відповідність його природі й змінам, що відбуваються в процесі формування здоров'язбережувальної компетентності.

Спираючись на дослідження О. Єжової вважаємо за необхідне виділити ще одну характеристику – взаємозумовленість критерію з його показниками. Ця характеристика передбачає наявність для критерія характеристик, показників, які забезпечують логічний змістовий опис його окремих сторін. Під характеристикою (показником), як правило, розуміють змістовний (якісний) опис окремих сторін досліджуваного явища, а під параметрами – характеристики, які набувають числового вираження (кількісний опис) [130].

Визначаючи компоненти та критерії сформованості здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі впровадження інтегрованої технології в систему фізичного виховання, ми спиралися на дослідження сучасних вчених: Т. Андрющенко [8], С. Гаркуші [85], В. Горащука [95], О. Єжової [126], І. Мамакіна [192], М. Носка [225], В. Оржеховської [232], Є. Сливка [267]. Враховуючи сучасні психолого-педагогічні дослідження щодо структури здоров'язбережувальної компетентності нами визначено такі компоненти здоров'язбережувальної компетентності: мотиваційний, когнітивний та діяльнісний компонент. Кожному з них обрані критерії: мотиваційному компонентові – ціннісні орієнтири, когнітивному – знання, діяльнісному – вчинки, що впливають на здоров'я людини (рис 4.25).



Рис. 4.25 Компоненти, критерії, показники та рівні сформованості здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання

При визначенні показників мотиваційного компонента ми спиралися на результати проведеного констатувального дослідження, які дали підставу стверджувати, що готовність дітей молодшого шкільного віку до формування, збереження та зміцнення здоров'я залежить від їх умотивованості та

сформованості ціннісних орієнтирів. Відтак, мотивацію та ціннісні орієнтири ми розглядаємо, як один із показників мотиваційного компонента формування здоров'язбережувальної компетентності.

Спираючись на вищезазначене, *показниками мотиваційного компоненту* формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку у процесі фізичного виховання було визначено:

- наявність позитивної мотивації до формування, збереження та зміцнення здоров'я;
- сформованість ціннісного відношення до здоров'я.

Вибір когнітивного компоненту формування здоров'язбережувальної компетентності передбачає формування системи знань та пізнавальних вмінь. Оволодіння дітьми знаннями про здоров'я, здоров'язбереження, здоров'яформування, здоров'явідновлення, уміння аналізувати та створювати умови для реалізації дієвого шляху з формування здоров'язбережувальної компетентності є невід'ємною складовою авторської інтегрованої технології. Показниками когнітивного компонента формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку нами визначено:

- сформованість знань про здоров'я та його складові;
- обізнаність з чинниками формування, збереження та зміцнення здоров'я.

Виокремлення діяльнісного показника передбачає, що дітям не достатньо мати лише знання, їм необхідні й навички, що допоможуть зберігати і покращувати здоров'я.

На нашу думку, здоров'язбережувальна компетентність відображається в діяльності і поведінці дитини, щодо власного здоров'я (виконання комплексів ранкової гімнастики, виконання фізичних вправ в поєднанні з дихальними вправами, прагнення до самовдосконалення та саморозвитку тощо). Вчинки, що впливають на здоров'я дитини виступають критерієм поведінкового рівня формування здоров'язбережувальної компетентності.

До показників діяльнісного критерію ми відносимо:

- навички покращення показників фізичного здоров'я;
- підвищення рівня рухової активності;
- навички правильного дихання;
- навички самоконтролю і самопізнання.

Відповідно до визначених характеристик, що пред'являються до компонентів здоров'язбережувальної компетентності, рівень її сформованості у дітей молодшого шкільного віку у процесі фізичного виховання буде мати вигляду:

$$\text{ЗЗК} = a + b + c + d,$$

де К – досліджуване педагогічне явище;

a, b, c, d – показники цього критерію.

Показники сформованості рівня здоров'язбережувальної компетентності оцінюються бальною шкалою від 1 до 5 (в залежності від рівня).

На основі визначення загальної оцінки показників (максимум 20 балів) ми маємо змогу визначити рівні сформованості здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку – низький, середній, високий.

Низький (1-7 балів) – здоров'язбережувальна компетентність не сформована. У діях дитини щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я інтерес проявляється обмежено і неефективно, допускаються вчинки, що руйнують здоров'я.

Середній (8-14 балів) – здоров'язбережувальна компетентність сформована частково відповідно до вікових можливостей дитини, є її частковою рисою; подекуди не вистачає знань та частково виявляється в діях дитини. Діти цього рівня вважають здоров'я важливим для їх становлення та частково виявляють інтерес до отримання знань щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я.

Високий (15-20 балів) – здоров'язбережувальна компетентність сформована відповідно до вікових норм дитини, є її стійкою рисою, ґрунтується на знаннях, виявляється постійно в діях дитини щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я. Діти цього рівня визнають здоров'я найважливішою

цінністю свого життя. Володіють високим рівнем ціннісного відношення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих, розуміють вплив різних чинників на здоров'я й адекватно використовують в життєвих ситуаціях.

Враховуючи широкий спектр показників формування здоров'язбережувальної компетентності нами було їх систематизовано на декілька груп: показники фізичного здоров'я (а), рівень рухової активності (б), рівень ціннісного ставлення до здоров'я (с) та навички самоконтролю та самоаналізу (д).

Визначення результативності розробленої інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання ґрунтувалося на аналізі результатів формувального етапу дослідно-експериментальної роботи. Результативність обґрунтовується статистично достовірним підвищенні рівня розвитку фізичного здоров'я, рухової активності, ціннісного ставлення до здоров'я, сформованості навичок самоконтролю протягом навчального року порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ).

На рис. 4.26 відображено рівень сформованості кожного з показників здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

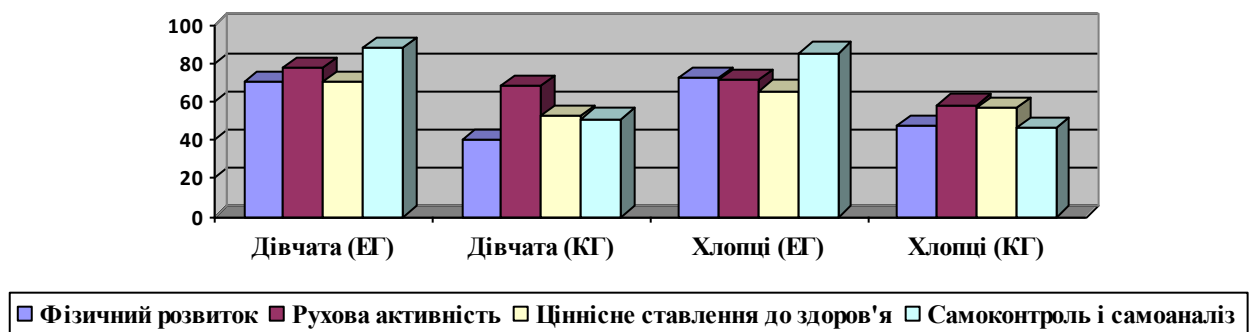


Рис. 4.26. Рівень сформованості показників здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку у %

В КГ найбільш сформованим показником здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку є рівень рухової активності, який складає 68 % у дівчат і 58,4 % у хлопців, це свідчить про те, що

організація освітнього процесу фізичного виховання за загальноприйнятою методикою сприяє підвищенню рухового компоненту і не достатньо забезпечує ефективний вплив на розвиток пізнавального. Крім того цей вплив не дає необхідного позитивного ефекту, рівень фізичного здоров'я складає 40 % у дівчат і 47,6 % у хлопців.

В ЕГ, як у дівчат, так і хлопчиків можемо спостерігати високий рівень сформованості навичок самоконтролю і самооцінки, який складає 88 %, 85,4 % відповідно. Формування навичок самоконтролю в інтегрованій технології ґрунтувалось на активізації пізнавальної діяльності дітей молодшого шкільного віку, адже відсутність інтересу призводить до низької якості навчання, повної втрати знань, умінь, навичок і до неможливості свідомо підходити до формування у них здоров'язбережувальної компетентності.

Детальний аналіз ведення щоденника самоконтролю «Зошит здоров'я» дітьми молодшого шкільного віку в експериментальній групі дозволив виявити, які завдання викликали найбільшу зацікавленість дітей.

Найбільшу зацікавленість у дітей молодшого шкільного віку викликали інтерактивні завдання (40 %): кодування комплексів вправ під QR-кодами, онлайн-квести, скрайби, скетч-листи тощо. Запропоновані дітям інтерактивні завдання сприяли підвищенню зацікавленості самостійними заняттями фізичними вправами.

Завдання інтерактивного характеру можна використовувати не лише в уроці фізичної культури, а й в процесі виконання самостійних завдань підсилюючи комплексність вирішення освітніх, оздоровчих та виховних завдань уроку.

Окрім інтерактивних завдань діти віддавали перевагу завданням дослідницького характеру (30 %). Щоденники самоконтролю містять лінійку завдань для дослідження особливостей свого тіла. Так, наприклад, за допомогою підручних матеріалів (пластилін, папір, шпажка) діти не лише знайомилися з можливими інструментами вимірювання функціонального стану, а й створювали цей інструмент власноруч.



22% дітей відмітили зацікавленість проєктними завданнями. Наприклад, під час виконання проєкту «Вітамінка», діти не лише дослідили вітамінний склад їжі, а й ініціювали загальношкільний челендж здорового харчування. Проєктні завдання також передбачають не лише індивідуальні завдання, а й колективні. Такі, завдання допомагають виховувати почуття колективізму, дружби.

Завдання пізнавального характеру були спрямовані на саморозвиток та самопізнання. «Скринька-цікавинка» містила цікаву інформацію про механізми формування, збереження та зміцнення здоров'я. Лише 8% дітей, віддавали перевагу цим завданням.

В ЕГ друге місце посідає рівень РА дітей молодшого шкільного віку і становить 78% у дівчат, 71,6% у хлопців. В інтегрованій технології передбачено не лише покращення рівня РА дітей засобами різноманітних педагогічних впливів, але й створення установки на збереження, зміцнення здоров'я й свідоме заняття фізичними вправами. На нашу думку, це позитивно вплинуло, як на рівень фізичного здоров'я дітей ЕГ (у дівчат (70,6%), хлопців (72,2%)), так і на ціннісне ставлення до здоров'я (у дівчат (70,6%), хлопців (65,6%)).

Отже, інтегрована технологія в процесі фізичного виховання, побудована на створенні ціннісної установки на формування, збереження та зміцнення здоров'я за рахунок ефективного управління руховою й пізнавальною діяльністю, розширює світогляд дітей молодшого шкільного віку, забезпечує формування цілісного уявлення про здоров'я, дає можливість їм самостійно працювати, розвиває особисту відповідальність за доцільне використання знань, умінь, навичок в реальній діяльності, сприяє ефективному формуванню здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

Спираючись на отримані значення показників встановлено рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку (рис. 4.27).

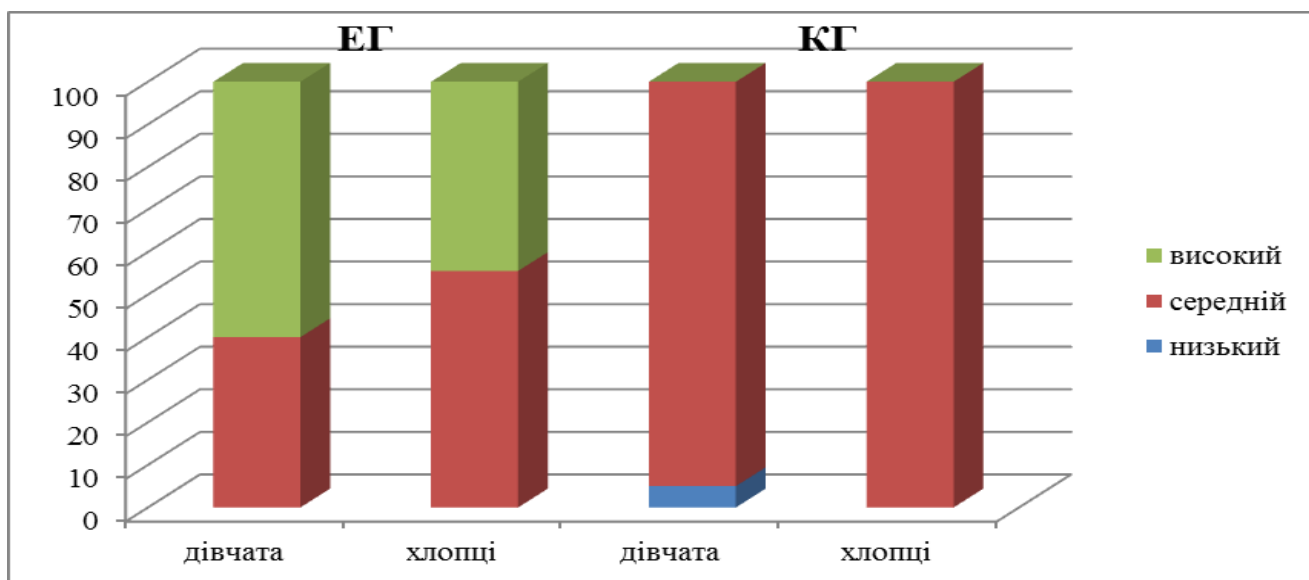


Рис. 4.27. Рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в ЕГ та КГ (у %)

Узагальнено рівень сформованості здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку ЕГ становить 76,8 % у дівчат, 73,7 % у хлопців, КГ – 53 % у дівчат, 52,3 % у хлопців.

Порівняння показників, що відображають процентне співвідношення кількості учнів з різними рівнями розвитку здоров'язбережувальної компетентності (високий, середній, низький), виявило, що в результаті цілеспрямованого впливу інтегрованої технології у дітей ЕГ відбулися значні зміни. При зіставленні приростів показників здоров'язбережувальної компетентності за період дослідження виявлено, що поліпшення якості освітнього процесу з фізичного виховання в напрямку формування здатності до здоров'язбереження в ЕГ відбулося за рахунок збільшення кількості учнів з високим і зменшення з низьким і середнім рівнем розвитку

За всіма трьома критеріями в ЕГ спостерігається значна кількість дітей з високим рівнем їх розвитку, як у дівчат (60 %), так і хлопців (44,4 %) та відсутність дітей з високим рівнем в КГ. Середній рівень здоров'язбережувальної компетентності мають 40 % дівчат і 33,6 % хлопців ЕГ та 95 % дівчат і 100 % хлопців КГ. Низький рівень мають 5 % дівчат КГ. Ці дані свідчать про сформований рівень здоров'язбережувальної компетентності дітей

ЕГ, що виражається в створенні ціннісної установки на формування, збереження та зміцнення здоров'я, як найважливішої цінності особистості. Натомість у дітей КГ, дана властивість є частково сформованою та не носить постійного характеру.

Отже, проведеним педагогічним експериментом підтверджено положення висунутої гіпотези й доведено ефективність розробленої інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

#### **4.3. Педагогічні умови ефективного функціонування інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання**

Аналіз психолого-педагогічної літератури (О. Харченко, Л. Моторна) та особистий досвід переконливо свідчить про те, що в процесі організації певної здоров'язбережувальної діяльності для її ефективності необхідно виділяти певні умови реалізації даної сукупності процесів.

Незважаючи на те, що предметом великої кількості педагогічних досліджень виступають педагогічні умови, в сучасній науці існують певні розбіжності в тлумаченні самого поняття «педагогічна умова».

В енциклопедичному словнику умова розглядається як «сукупність факторів, які впливають на щось, створюють середовище функціонування або протікання чого-небудь» [59].

У дослідженнях Н. Бухлової поняття «педагогічні умови» визначено як «сукупність соціально-педагогічних і дидактичних фактів, що впливають на навчальний процес, та надають змогу керувати ним» [54].

Ю. Бабанський під педагогічними умовами розуміє «становище, в якому компоненти навчального процесу представлені в найкращій взаємодії, що дає вчителю змогу результативно працювати, керувати навчальним процесом, а тим, хто навчається – успішно працювати» [21].

За даними Л. Моторної «педагогічні умови» – категорія, що визначається як система певних форм, методів, матеріальних умов, реальних ситуацій, що об'єктивно склалися чи суб'єктивно створених, необхідних для досягнення конкретної педагогічної мети. З іншого боку, педагогічні умови виступають і формою педагогічної діяльності.

Вчені О. Пехота, В. Будак, А. Старева [247] вважають, що педагогічні умови – це система, складовими якої є певні норми, методи, умови, ситуації, що об'єктивно склалися та є необхідними для досягнення певної педагогічної мети.

Н. Гора у своїх дослідженнях зазначає, що випадково обрані педагогічні умови лише частково впливають на успішність розвитку досліджуваної компетентності, у зв'язку з цим виникає потреба у створенні гнучкого комплексу умов. Вплив багатьох чинників на вибір педагогічних умов визначає необхідність встановлення до них певних вимог: ці умови повинні бути спрямовані на формування позитивної мотивації і задоволення результатом діяльності; мають сприяти розвитку особистості та її компетентності; мають забезпечувати не тільки розвиток учня, а й професійне зростання вчителя [100].

На думку практиків для впровадження здоров'язберігаючих технологій у освітній процес потрібні наступні умови: враховувати природні біоритми, індивідуальні особливості учнів при організації навчального процесу; забезпечити оптимальне співвідношення між фізичним та інформаційним обсягом уроку без інформаційного перенавантаження; забезпечити оперативний прямий та зворотній зв'язок в управлінні навчальним процесом; дотримуватися санітарно-гігієнічних вимог до організації та проведення уроку, проведення фізкультхвилинок та пауз.

На думку Є. Советової, для організації використання здоров'язберігаючих технологій необхідні такі умови: відношення співпраці і взаємодопомоги; зустрічний процес, ставлення учнів до дій вчителя; співпереживання в радості пізнання; урахування психолого-педагогічних чинників, що включають емоційно-психологічний клімат в школі, стилі взаємин і поведінки учасників

освітнього процесу, здоров'язберігаючу організацію навчального процесу: використання здоров'язберігаючих освітніх технологій [279].

Т. Андрющенко у своїх дослідженнях виділяє наступні педагогічні умови формування здоров'язбережувальної компетентності:

- установка на цінність власного здоров'я і здоров'я оточуючих;
- надання знань про основи здоров'я і технології його збереження;
- створення умов для оволодіння дітьми способами поведінки, що зберігають здоров'я [9].

Ю. Кобан та Ю. Лимар у своїх виділяють наступні педагогічні умови формування здоров'язбережувальної компетентності:

- застосування інтеграційного підходу та валеологізація навчальних предметів;
- розробка та впровадження різних навчальних програм, організація позакласних і позашкільних заходів, спрямованих на поглиблення знань про здоровий спосіб життя та мотивацію ціннісного ставлення учнів до здоров'я;
- співпраця педагогів із батьками, медичними працівниками [162].

Для ефективного функціонування інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання на основі аналізу літературних джерел нами виділено педагогічні умови.

Першою педагогічною умовою ефективного застосування інтегрованої технології в освітньому процесі є *компетентність*. Дана педагогічна умова реалізується в 2 напрямках: 1) через формування у молодших школярів мотиваційної установки до формування, збереження та зміцнення власного здоров'я; 2) спонукання й спрямованість дій дітей молодшого шкільного віку на формування, збереження та зміцнення свого здоров'я та здоров'я оточуючих у повсякденному житті.

Маючи відповідний рівень компетентності та ціннісного ставлення до здоров'я, дитина матиме змогу осмислено підходити до виконання фізичних вправ та формувати власну фізичну культуру протягом всього життя. Для

реалізації даних напрямків в інтегрованій технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку нами було розроблено теоретико-практичний блок занять з учнями та батьками щодо оптимізації знань з проблеми формування, збереження та зміцнення власного здоров'я та здоров'я оточуючих за допомогою здоров'язбережувальних технологій.

Основним методичним забезпеченням даної педагогічної умови є наступні розробки: теоретико-практичні заняття(тренінг «Здоров'я – джерело життя дитини», «Бути здоровим престижно», воркшоп «Здоров'язбережувальні технології в моєму житті», бесіда «Дихай правильно» у форматі запитання-відповідь, проєкти «Ми обираємо спорт»), походи, сімейні вікенди, флешмоби тощо.

Другою умовою, інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності є *комплексність та інтегрованість*, що виступає однією з головних умов. Комплексність сприяє створенню ціннісної установки на формування, збереження та зміцнення здоров'я у процесі фізичного виховання не тільки через підвищення рівня їх рухової діяльності за рахунок інтеграції фізичних та дихальних вправ, а й через активізацію пізнавальної діяльності дитини.

Взаємозв'язок між пізнавальної та руховою діяльністю дозволяє підсилити оздоровчі, освітні та виховні завдання процесу фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку. Мається на увазі, що в кожний момент занять вчитель повинен у комплексі навчати, розвивати й виховувати учня. Наприклад, організовуючи на уроці фізичної культури в підготовчій частині уроку комплекс загальнорозвиваючих вправ, необхідно не лише підібрати вправи на розвиток фізичних якостей, а й поєднати їх з дихальними вправами. При цьому необхідно так побудувати діяльність учнів, щоб вона сприяла формуванню взаємодопомоги учнів, привчала їх до колективних дій, розвивала наполегливість, тобто сприяла вихованню особистості учня в цілому.

Основним методичним забезпеченням даної педагогічної умови є впровадження в процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку активних творчо-рухових завдань та дихальних вправ. Наприклад, комплекси ранкової гімнастики в поєднанні з дихальними вправами, розминка «Чомучка», рухливі ігри «Хрестики, нулики», творчі рухливі проекти «Ігри з тінню», «Мова тіла» тощо.

Природно, що комплексність та інтегрованість здійснюється нами за умови дотримання вікових норм навантаження, санітарно-гігієнічних вимог до приміщень, де відбуваються заняття за даною технологією, тобто підпорядкованості кожного заняття основній меті фізичного виховання школярів, формуванню, збереженню та зміцненню їх здоров'я. Таким чином, третьою умовою ефективності інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності є – *гігієнічність*.

Четвертою педагогічною умовою є *самостійність*. У зв'язку з тим, що одним із ключових компонентів інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності є самостійна робота учнів, тобто набуття ними необхідних знань з теорії та методики фізичного виховання та досвіду самостійних занять фізичними та дихальними вправами.

Для вирішення даної педагогічної умови нами створено ефективну систему управління самостійною роботою молодших школярів, яка складається з сукупності цілеспрямованих впливів. Досконале компетентне управління вчителем процесом формування навичок саморегуляції досягається за допомогою організаційної, контролюючої та коригуючої функцій педагогічного управління.

Однією із функціональних частин даної технології є робота зі щоденником самоконтролю «Зошит здоров'я» який складається з таких основних частин: комплексу фізичних та дихальних вправ (за яким діти займаються самостійно в домашніх умовах під керівництвом батьків), показників самоконтролю та таблиці реєстрації цих даних, комплексу завдань пізнавального та дослідницького характеру, релакс-сторінок. Ведення

щоденника самоконтролю сприяє окрім виховання самостійності, ще й формуванню свідомого ставлення до свого здоров'я, здатності контролювати й управляти своїм здоров'ям.

П'ята умова ефективного впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку витікає з попередньої умови – *свідомого використання навичок самоконтролю та самопізнання*. Сформованість навичок самоконтролю та самопізнання у дітей молодшого шкільного віку має забезпечити успішністю розвитку особистості дитини та сприяти розвитку компетентності до здоров'язбереження. Зміст уроку фізичної культури спрямовується на підвищення пізнавального інтересу учнів і передбачає творче вирішення різноманітних завдань, що забезпечить сформованість навичок самоконтролю (вимірювання ЧСС за допомогою підручних матеріалів тощо).

Забезпеченням якісного формування навичок самоконтролю та самопізнання є перехід від системи навчання, яка формує знання, уміння та навички до навчання по оволодінню знаннями-інструментами, за допомогою яких формується глибоке цілісне сприйняття досліджуваних процесів, здатності до продуктивного мислення і подальшого самостійного наукового пошуку.

Крім того, завдання в щоденнику самоконтролю передбачають такі завдання, які носять творчо-пошуковий та дослідницький характер і сприяють вирішенню завдання – навчити як навчатися і мислити, як застосовувати знання для розв'язання будь-якої проблеми фізичного удосконалення дітей.

Основним методичним забезпеченням даної педагогічної умови є впровадження в урок фізичної культури пізнавально-пошукових завдань, рефлексивних та інтерактивних методів навчання (листи самооцінки, оціночні шкали, вимірювання ЧСС та ведення щоденника самоконтролю (завдання дослідницького та пізнавального характеру).

Шостою умовою ефективного впровадження інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання є *візуалізованість навчального*



*матеріалу*. Сучасні діти краще сприймають інформацію за допомогою образів, малюнків, схем, відеороликів, інфографіки тощо. Введення прийомів візуалізації в освітній процес, це не тільки вимога часу, а й дієвий інструмент в роботі вчителя. В розробленій технології передбачений блок методів візуалізації навчального матеріалу – скрайб-завдання в щоденниках самоконтролю, скет-листи, скрайб-розповіді та скрайб відео.

За дотримання виконання перерахованих вище умов при впровадженні інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання буде прослідковуватись етапність та послідовність засвоєння знань, умінь та навичок учнями з питання формування ціннісних орієнтирів, збереження та зміцнення власного здоров'я та здоров'я оточуючих і як результат відбуватиметься формування здоров'язбережувальної компетентності.

#### **Висновки до розділу 4**

Віковий період – молодший шкільний вік є періодом великих можливостей розвитку і становлення особистості дитини. Сформовані в даний період психічні новоутворення, здатності, якості в майбутньому будуть забезпечувати успішність розвитку всебічно гармонійної особистості, сприяти її розвитку фізичної культури, забезпечувати життєдіяльність особистості в майбутньому.

Система початкової освіти сьогодні зазнає значних змін, що пов'язані із внесенням коректив у цілі, завдання та зміст освітнього процесу. Відбувається зміна освітньої парадигми, пріоритетним напрямком якої стає цілісний і різнобічний розвиток особистості. Як зазначено в Державному стандарті початкової освіти, її метою є всебічний розвиток дитини, її талантів, здібностей, компетентностей та наскрізних умінь відповідно до вікових та індивідуальних психофізіологічних особливостей і потреб, формування цінностей, розвиток самостійності, творчості та допитливості [108].

Одним із ціннісних орієнтирів реалізації мети початкової освіти є формування здорового способу життя і створення умов для гармонійного фізичного та психоемоційного розвитку дитини, формування у неї здоров'язбережувальної компетентності.

Запропонована інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання відповідає основним вимогам до її побудови (концептуальність, системність, керованість, ефективність, відтворюваність).

Підґрунтям для її розробки стали положення про цілісний погляд на здоров'я (тісний взаємозв'язок між фізичною, психологічною, соціальною, духовною складовими здоров'я), інтеграцію різних освітніх галузей початкової освіти в різній комбінації їх компонентів та власні експериментальні дослідження, щодо впливу здоров'язбережувальних технологій та різноманітних педагогічних впливів на реалізацію завдань фізичного виховання.

Концептуальною основою розробки інтегрованої технології є створення ціннісної установки на формування, збереження та зміцнення здоров'я за рахунок ефективного управління руховою і пізнавальною діяльністю дітей молодшого шкільного віку в процесі занять фізичними вправами та спряжений вплив на рухову і дихальну системи.

Теоретико-методологічним підґрунтям її побудови є теорії функціональних систем, управління й адаптації та синтез компетентнісного, інтегративного, аксіологічного, діяльнісного підходів.

Важливими напрямками діяльності в межах функціонування інтегрованої технології є підвищення рівня фізичного здоров'я, рухової активності, ціннісного ставлення до здоров'я та навичок самоконтролю й самооцінки, як складових здоров'язбережувальної компетентності.

Для отримання запланованого результату (всебічно гармонійно розвинута особистість, здатна до здоров'язбереження), який є системоутворюючим

компонентом, важливим аспектом є реалізація змістовно-процесуальної складової інтегрованої технології.

Зміст інтегративної технології передбачає комплексне вирішення оздоровчих, освітніх та виховних завдань з використанням широкого спектру педагогічних впливів (дослідницько-пізнавальних завдань, впровадження рефлексивних та інтерактивних технологій, ведення щоденника самоконтролю). Важливим аспектом реалізації технології є дотримання *методичного підходу*, який передбачає інтегрований характер використання дидактичного забезпечення рухової й пізнавальної діяльності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання з активним використанням пізнавально-рухових завдань.

На основі аналізу отриманих даних порівняльного педагогічного експерименту доведено, що створення стійкої системи спрямованості інтересів і потреб особистості, зорієнтованої на здоров'язбереження та здоров'яз розвиток; дотримання принципу спряженої дії на рухову і дихальну системи; єдність і узгодженість рухового та інтелектуального компонентів діяльності в процесі фізичного виховання; реалізація інтегрованого вирішення завдань фізичного виховання, позитивно впливає на ефективність формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку ( $p < 0,05$ ).

Ми отримали дані, які підтверджують позитивний вплив інтегрованої технології загалом на рівень фізичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку ( $p < 0,05$ ) та зокрема на зміцнення кардіореспіраторної системи як у дівчат, так і хлопців (покращання життєвого індексу, індексу Робінсона, індексу Руф'є ( $p < 0,05$ )). Це є, зокрема результатом спряженого впливу на рухову і дихальну системи, що виступає концептуальним положенням інтегрованої технології. Усі функції організму людини (кровообіг, харчування, обмін речовин, терморегуляція) у їх природному взаємозв'язку, безпосередньо чи опосередковано пов'язані з диханням. Використання різноманітних дихальних технологій, навчання правильному диханню під час виконання різноманітних

фізичних вправ дало змогу вплинути на результати навчання дітей молодшого шкільного віку з фізкультурної освітньої галузі, такі як: здатність виконувати життєво необхідні рухові дії доцільно і ефективно (за рахунок правильного дихання під час виконання вправ); здатність аналізувати та оцінювати вплив фізичного навантаження на стан здоров'я (оцінює своє самопочуття за частотою серцевих скорочень та частотою дихання) та загалом покращити їх здоров'язбережувальну компетентність.

Позитивні зміни відбулися і в рівні рухової активності дітей молодшого шкільного віку експериментальної групи ( $p < 0,05$ ). Протидією негативних обмежень рухової активності дітей є заняття фізичними вправами, які можуть бути важливим чинником всебічного розвитку, збереження і зміцнення здоров'я, поліпшення працездатності, підвищення резистентності організму до різних захворювань та сформованості здоров'язбережувальної компетентності. Впровадження в освітній процес рухливих перерв, квестів, різноманітних здоров'язбережувальних технологій, зокрема дихальних дозволило підвищити мотивацію, розширити світогляд дітей, щодо форм, засобів фізичного виховання. Активізація самостійної роботи (ведення щоденника самоконтролю, виконання передбачених в ньому пізнавально-рухових завдань) дозволило значно покращити рівень рухової активності дітей у вихідний день ( $p < 0,05$ ). Всі зазначені вище засоби впливу створюють певний запас інструментарію у дітей для забезпечення достатнього рівня рухової активності, сформованості здатності до моделювання рухової діяльності і як результат – здоров'язбережувальної компетентності.

Перехід на нові стандарти освіти передбачає, в першу чергу, зміни свідомості учасників освітнього процесу з орієнтацією на здоров'я, здоров'язбереження, здоров'яформування. Першочерговим завданням вчителя фізичної культури, на нашу думку, є створення у дітей аксіологічної установки на усвідомлене ставлення до здоров'я та сформованість умінь і навичок збереження і зміцнення здоров'я, формування ціннісних орієнтацій як компоненту світоглядної позиції дітей до здорового способу життя, всебічного

гармонійного розвитку. В інтегрованій технології ціннісно-орієнтаційна спрямованість педагогічних впливів співвідноситься з теоретико-практичним змістовим наповненням технології, і є складовою частиною кожного з етапів її реалізації. Впровадження інтегрованої технології позитивно вплинуло на темпи приросту показника ціннісного ставлення дітей до здоров'я в ЕГ у дівчат досягли 46 % ( $p < 0,05$ ), хлопців 38,9 % ( $p < 0,05$ ).

Сучасний освітній вектор формування фізичної культури особистості спрямований не лише на розвиток фізичних якостей, формування рухових умінь і навичок, але і, головним чином, на особистісний розвиток. Особливе місце займають уміння самоконтролю і самооцінки, які спрямовані на організацію і становлення учня в ролі суб'єкта освітньої діяльності. Формування навичок самоконтролю є важливою складовою формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку і обумовлено прагненням дітей даної вікової групи до самостійності, адже це її внутрішня потреба, яку необхідно підтримувати і розвивати.

Впровадження інтегрованої технології позитивно вплинуло на рівень сформованості навичок самоконтролю і самооцінки - у дівчат рівень становить 56,3 %, хлопців 53,3 % ( $p < 0,05$ ). Ведення щоденника самоконтролю, виконання пізнавально-рухових та дослідницьких завдань, впровадження в урок фізичної культури рефлексивних технологій сприяло, як набуттю обов'язкових результатів навчання з фізичної культури, таких як здатність контролювати свій фізичний стан (володіє елементами самоконтролю у процесі виконання фізичних вправ), здатність до аналізу та оцінки впливу фізичного навантаження на стан здоров'я (аналізує вплив позитивних та негативних факторів на стан здоров'я людини; оцінює своє самопочуття за частотою серцевих скорочень та частотою дихання), так і сформованості здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

Характеристика показників здоров'язберезувальної компетентності у дітей молодшого шкільного віку ЕГ вище, ніж учнів КГ ( $p < 0,05$ ). Узагальнено рівень сформованості здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого

шкільного віку ЕГ становить 76,8 % у дівчат, 73,7 % у хлопців, КГ – 53 % у дівчат, 52,3 % у хлопців.

Отже, позитивна динаміка змін в ЕГ свідчить, в першу чергу, про зростаюче значення ролі занять фізичними вправами з метою формування, збереження та зміцнення здоров'я, створенням установки на здоров'я у дітей молодшого шкільного віку.

Сформовані в ЕГ дітей молодшого шкільного віку новоутворення, здатність до здоров'язбережувальної компетентності будуть забезпечувати успішність розвитку і реалізації особистості в майбутньому.

Таким чином, дослідження показали, що впровадження концептуальних положень побудови, принципів функціонування, методичного підходу та алгоритму змісту інтегрованої технології в практику фізичного виховання сприяє формуванню здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку.

Основні наукові результати розділу опубліковано в наукових працях автора: [62, 63, 68, 70, 71, 75, 76]

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі здійснено обґрунтування, розробку та експериментальну перевірку ефективності інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, що дає підставу для формування відповідних висновків.

1. У результаті теоретичних досліджень вивчено, проаналізовано та узагальнено сучасні дані щодо формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. Виявлено, що питання реалізації здоров'язбережувальних технологій в освітньому процесі є пріоритетним завданням сучасної школи. Виступаючи органічною складовою освітнього процесу, здоров'язбережувальні технології є комплексом взаємопов'язаних компонентів, що забезпечують безперервний цілеспрямований і послідовний вплив на школярів з метою формування в них здоров'язбережувальної компетентності. Зазначено, що існує велика кількість різних підходів, технологій та методик формування здоров'язбережувальної компетентності в процесі фізичного виховання.

Отримано дані щодо позитивного впливу різноманітних здоров'язбережувальних технологій та педагогічних впливів на підвищення резистентності організму до різних захворювань, рівня фізичного здоров'я дітей. Констатовано, що тільки в комплексі, поєднуючи їх між собою, можна отримати позитивний вплив на показники здоров'я, самопочуття, настрою і ціннісного ставлення до здоров'я дітей молодшого шкільного віку та сформувати здоров'язбережувальну компетентність.

2. У результаті констатувального експерименту виявлено нижче середнього рівень фізичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку (індекс комплексного показника здоров'я у дівчат становить  $3,96 \pm 0,2$  ум.од., хлопців –  $5,04 \pm 0,3$  ум.од.), низькі показники їх рухової активності у вихідний день (показник добових енерговитрат у дівчат становить  $2678 \pm 18$  ккал (будній день),  $2509 \pm 14$  ккал (вихідний) ( $p < 0,05$ ) та у хлопців -  $2702 \pm 20$  ккал (будній) і

2464±9 ккал (вихідний) ( $p < 0,05$ )), недостатній рівень сформованості ціннісного ставлення до здоров'я (у дівчат -  $0,44 \pm 0,01$  ум.од., хлопців –  $0,39 \pm 0,01$  ум.од., що відповідає нижче середньому рівню).

Отримані результати досліджень підтвердили актуальність порушеної нами проблеми й дозволили *обґрунтувати* деякі *чинники* для розробки інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи: формування аксіологічних орієнтирів здорового способу життя; підвищення мотивації до самостійних та систематичних занять фізичними вправами та формування навичок активного прояву самоконтролю; акцентована увага на застосуванні дихальних вправ в поєднанні з фізичними вправами та організація освітнього процесу з фізичної культури на засадах інтегрованого навчання як ключове положення розробки технології.

3. Розроблено та обґрунтовано інтегровану технологію формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. *Концепція* побудови полягає у створенні ціннісної установки на формування, збереження та зміцнення здоров'я за рахунок ефективного управління руховою й пізнавальною діяльністю дітей молодшого шкільного віку в процесі занять фізичними вправами. Невід'ємною складовою концепції є принцип спряженого впливу на рухову й дихальну систему.

Відповідно до цієї концепції розроблені такі *концептуальні положення її побудови* (створення стійкої системи спрямованості інтересів і потреб особистості, зорієнтованої на здоров'язбереження та здоров'ярозвиток; дотримання принципу спряженої дії на рухову і дихальну системи; єдність і узгодженість рухового та інтелектуального компонентів діяльності в процесі фізичного виховання; реалізація інтегрованого вирішення завдань фізичного виховання); *методичний підхід* (інтегрований характер використання дидактичного забезпечення рухової й пізнавальної діяльності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання з активним використанням пізнавально-рухових завдань) та *алгоритм змістового наповнення її реалізації*;



*педагогічні умови ефективного функціонування* (компетентність, комплексність і інтегрованість, самостійність, свідоме використання навичок самоконтролю і самооцінки, візуалізованість навчального матеріалу).

4. Ефективність розробленої авторської інтегрованої технології підтвердилася в ході проведеного педагогічного експерименту, де було виявлено підвищення:

– показників соматичного здоров'я і фізичної працездатності (життєвого індексу, індексу Робінсона, індексу Руф'є) як у дівчат, так і у хлопчиків експериментальної групи порівняно з контрольною ( $p < 0,05$ ). Отримані результати свідчать про позитивний вплив інтегрованої технології на зміцнення кардіореспіраторної системи дітей молодшого шкільного віку, і на цій основі підвищенню їх працездатності та загального рівня здоров'я;

– рівня комплексного показника здоров'я дітей молодшого шкільного віку в експериментальній групі в порівнянні з контрольною ( $p < 0,05$ ). Темпи приросту комплексного показника здоров'я відповідно до вихідного рівня, в ЕГ у дівчат досягли 170 % ( $p < 0,05$ ), хлопчиків – 110 % ( $p < 0,05$ ). У КГ лише 60 % і 58 %, відповідно;

– рухової активності у дітей ЕГ як в будні, так і вихідні дні ( $p < 0,05$ ). Отримано достовірні відмінності значення показника добових енерговитрат у дітей молодшого шкільного віку між ЕГ і КГ лише у вихідний день ( $p < 0,05$ ). Покращенню РА дітей в ЕГ сприяло впровадження до рухового режиму різноманітних форм фізичного виховання (рухливих перерв, проектних робіт, квестів тощо), активізація самостійної роботи (ведення щоденника самоконтролю, виконання передбачених в ньому пізнавально-рухових завдань);

– рівня ціннісного ставлення дітей до здоров'я ( $p < 0,05$ ). Темпи приросту показника ціннісного ставлення дітей до здоров'я в ЕГ у дівчат досягли 46 % ( $p < 0,05$ ), хлопчиків 38,9 % ( $p < 0,05$ ). В КГ лише 15 % і 24,3 % ( $p < 0,05$ ), відповідно. Різниця в значенні показника ціннісного ставлення дітей до здоров'я між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ );

– рівня сформованості навичок самоконтролю і самооцінки ( $p < 0,05$ ). Темпи приросту показника сформованості навичок самоконтролю і самооцінки в ЕГ у дівчат досягли 56,3 % ( $p < 0,05$ ), у хлопчиків 53,3 % ( $p < 0,05$ ). В КГ лише 11,7 % і 12,8 % ( $p < 0,05$ ), відповідно. Різниця в значенні цього показника між КГ і ЕГ достовірна ( $p < 0,05$ ).

У результаті аналізу даних порівняльного педагогічного експерименту виявлено вищу сформованість здоров'язбережувальної компетентності у дітей молодшого шкільного віку в експериментальній групі ( $p < 0,05$ ). Отримані результати підтвердили гіпотезу щодо впливу інтегрованого характеру використання дидактичного забезпечення рухової й пізнавальної діяльності в процесі занять фізичними вправами дітей молодшого шкільного віку на сформованість їх здоров'язбережувальної компетентності.

Спрямованість подальших досліджень вбачаємо в розширенні змістово-процесуальної складової інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абульханова-Славская К. А. *Психология и сознание личности (проблемы методологии, теории и исследования реальной личности)*: избран. психолог. труды. Москва : Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 1999. 224 с.
2. Адирхаев С. Г. Здоровий спосіб життя як чинник, що забезпечує розвиток рухової активності студентської молоді: навч. посібник. К.: КиМУ, 2012. 156 с.
3. Айунц Л. Р., Айунц В. І. Навчання правильному диханню при виконанні загальнорозвиваючих вправ на заняттях з фізичного виховання. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка*. Вип. 42. Педагогічні науки. 2008. С. 16–19.
4. Аксьонова О. П. Нове у практиці фізичної культур. *Педагогіка і психологія формування творчої особистості*: проблеми і пошуки: зб. наук. пр. Київ-Запоріжжя, 2001. Вип. 18 С.250–252.
5. Алифанова Л. А. Реализация системного подхода к здоровьесбережению и гармоничному развитию школьников. *Педиатрия: журнал им. Г.Н. Сперанского*. Том: 86. 2007. № 2. С.106–110.
6. Альошина А. І., Добринський В. С., Грейда Н. Б. Фізичний розвиток дітей і підлітків з урахуванням стану їх здоров'я : навч. посіб. Луцьк : Волин. обл. друк., 2005. 192 с.
7. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье. Москва, 2007. 63 с.
8. Андреева О., Саїнчук О. Підходи до оцінки рівня здоров'я та адаптаційних можливостей школярів молодших класів. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2014. № 2. С. 3–8.
9. Андрющенко Т. Теоретико-методичні засади формування здоров'язбережувальної компетентності в дітей дошкільного віку: дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : 13.00.08 – «Дошкільна педагогіка». Умань. 2015. 503 с.

10. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных. К. : Фірма малого друку, 2006. 558 с.
11. Антонова О. Є. Здоров'язбереження учнів початкової школи як засіб досягнення сталого розвитку держави. *Сталий розвиток: проблеми та перспективи* : зб. наук. праць / за ред. О.А. Дубасенюк. Житомир, 2013. С. 232-241.
12. Антонова О. Є., Поліщук Н. М. Здоров'язберігаюча компетентність особистості як наукова проблема (аналіз поняття). *Вища освіта у медсестринстві: проблеми і перспективи* : зб. статей всеукраїнської науково-практичної конференції 10-11 листопада 2011. Житомир. 2011. С. 27–31.
13. Антропова М. В., Кузнецова Л. М. Как наблюдать за развитием и здоровьем ребёнка. Москва : Вентана-Граф, 2004 21 с.
14. Апанасенко Г. Л. Избранные статьи о здоровье. Київ : Здоров'я, 2005. 48 с.
15. Апанасенко Г. Л. Книга о здоровье. Киев : Медицина, 2007. 132 с.
16. Апанасенко Г. Л. Индивидуальное здоровье: теория и практика управления, информационные аспекты. *Медична інформатика та інженерія*. 2009. №4. С. 61–64.
17. Апанасенко Г. Л. Превентивная медицина. *Медичний всесвіт*. 2002. Том 2, №1–2. С. 114–123.
18. Арефьев В. Г. Здоров'я підлітків і рухова активність. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт)*. / гол. ред. Носко М.О. Вип. 118(3). Чернігів: ЧНПУ, 2014. С. 6–10.
19. Асмолов А. Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии. Москва : Смысл, 2002. 480 с.
20. Ашмарин Б. А. Теория и методики физического воспитания. М. : Просвещение, 1990. 287 с.
21. Бабанский Ю. К. Избранные педагогические труды / [сост. М. Ю. Бабанский ; авт. вступ. ст. Г. Н. Филонов, Г. А. Победоносцев, А. М. Моисеев ;

авт. comment. А. М. Моисеев] ; Акад. пед. наук СССР. Москва : Педагогика, 1989. 558 с.

22. Бальсевич В. К., Запорожанов В.А. Физическая активность человека. Київ : Здоров'я, 1987. 224 с.

23. Бар-Ор О., Роуланд Т. Здоровье детей и двигательная активность: от физиологических основ до практического применения / пер. с англ. И. Андреев. Киев : Олімп. л-ра, 2009. 528 с.

24. Башавець Н. А. Здоров'я – запорука якісної підготовки студентів. *Наука і освіті*. 2008. № 1-2. С. 19–22.

25. Безверхня Г. В. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення. Умань, 2010. 49 с.

26. Безруких М. М. Здоровьесберегающая школа. Москва : МГПИ, 2008. 222 с.

27. Белинская Т. В. Психологические составляющие развития ценностного отношения к здоровью у студентов педагогического вуз : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. психол. наук : 19.00.07 – «Педагогическая психология». Москва, 2005. 18 с.

28. Белов В. И., Михайлович Ф. Ф. Валеология: здоровье, молодость, красота, долголетие. Москва : Недра коммюникейшенс Лтд, 1999. 664 с.

29. Бердник О. В., Добрянська О. В., Сидоренко Т. П. Суб'єктивна оцінка здоров'я дітей як складова комплексної медико-соціальної характеристики дитячих контингентів. *Вісник Черкаського університету. (Серія: Біологічні науки)*. 2010. Вип. 180. С. 13–17.

30. Бережна Т. І. Формування здоров'язбережувального середовища для молодших підлітків у загальноосвітньому навчальному закладі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.07 / Київ: НАПН України Ін-т проблем виховання. 2015. 20 с.

31. Бережна Т. І. Здоров'язбережувальні педагогічні технології – важлива складова здоров'язбережувального середовища загальноосвітнього

навчального закладу. *Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. (Серія: Педагогічні науки)*. 2014. №2. С. 36–39.

32. Березовская Р. А., Никифоров Г. С. Отношение к здоровью. Психология здоровья. Санкт-Петербург, 2003. С.100-110.

33. Берестецкая И. Ю., Окунская И. Ю. Роуп-скиппинг на уроках физического воспитания в школе. *Физическое воспитание студентов*. 2009. № 3. С. 83–86.

34. Бех І. Д. Компетентнісний підхід у сучасній освіті. *Педагогіка вищої школи: методологія, теорія, технологія*. Київ, 2009. С. 21–24.

35. Бех І. Д. Інтеграція як освітня перспектива. *Початкова школа*. 2002. № 5. С. 5–6.

36. Бех І. Д. Особистісно зорієнтоване виховання: науково-метод. посіб. Київ : ІЗМН, 1998. 204 с.

37. Бех І. Д. Теоретико-прикладний сенс компетентнісного підходу у педагогіці. *Виховання і культура*. 2009. №12. С. 5–7.

38. Белікова Н. О., Сущенко Л. П. Термінологія напряму підготовки «Здоров'я людини»: навч. посіб. Київ : ТОВ «Козарі», 2009. 182 с.

39. Белова Т. Використання степ-платформи в оздоровчій роботі з дітьми. *Вихователь-методист дошкільного закладу*. 2011. № 3. С. 8–12.

40. Бібік Н. М. Компетентність у навчанні. *Енциклопедія освіти*. Акад. пед. наук України ; гол. ред. В. Г. Кремень. Київ : Юрінком Інтер, 2008. 1040 с.

41. Бобрицька В. І. Освітня політика у галузі здоров'язбереження молоді за умов державного суверенітету. *Фізична культура і здоров'я в українському суспільстві: історія, сьогодення, майбутнє* : міжнар. наук. конф., 18 – 19 жовтня 2012 р. : зб. матеріалів. Київ, 2012. С. 232–240.

42. Бобрицька В. І. Валеологія : навч. посіб. для студентів вищих навч. закладів освіти. Ч. 1. Полтава : Поліграфічний центр «Скайтек», 2000. 146 с.

43. Боднар І. Інтегративне фізичне виховання школярів спеціальної медичної групи. *Молода спортивна наука України*. 2015. №19(2). С. 21–29.

44. Бойченко Т., Василяшко І., Коваль Н.С. Основи здоров'я : підруч. для 9 кл. загальноосвіт. навч. закл. Київ : Генеза, 2009. 160 с.
45. Бойченко Т. Є. Здоров'язберігаюча компетентність: підходи до вивчення, основні ознаки. *Моніторинг здоров'я школярів: міжсекторальна взаємодія лікарів, педагогів, психологів* : матеріали науково-практ. конференції з міжнарод. участю. Харків, 2009. С. 132–136.
46. Бойчук Ю. Д., Турчинов А. В. Сутність здоров'язбережувальної компетентності в контексті валеологічної парадигми. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти*. 2015. № 48-49. С. 180–186.
47. Бондаренко Н. О. Рухливі ігри. *Позакласний час*. 2010. № 5. С. 52–54.
48. Бондаренко Т. Визначення структури здоров'язбережувальної компетентності майбутніх вчителів біології. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2012. № 1(19). С. 214–223.
49. Брехман И. И. Валеология – наука о здоровье. Москва : Физкультура и спорт, 1990. 212 с.
50. Булатова М. М. Сучасні фізкультурно-оздоровчі технології у фізичному вихованні. *Теорія і методика фізичного виховання*. Київ, 2008. Т. 2. С. 320–354.
51. Булич Е. Г., Мурахов І. В. Валеология. Теоретичні основи валеології : навч. посіб. Київ. : ІЗМН, 1997. 224 с.
52. Булич Э. Г., Мурахов И. В. Здоровье человека: биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции. Київ : Олимпийская литература, 2003. 424 с.
53. Бутківська Т. В. Проблема цінностей у соціалізації особистості // Цінності освіти і виховання: наук.-метод. зб. / за заг. ред. О. В. Сухомлинської ; АПН України. Київ, 1997. С. 27–31.
54. Бухлова Н. В. Сутнісний зміст поняття «самоосвітня компетентність». *Наукова скарбниця освіти Донеччини*. 2008. № 1 – С. 4.

55. Васильєва О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека (эталон, представления, установки): учеб. пособие. Москва, 2001. 352 с.
56. Ващенко Л. Критерії оцінювання навчальних досягнень учнів у системі загальної середньої освіти : навч. посіб. / уклад. Ю. І. Завалевський ; за заг. ред. В. О. Огнев'юка. Київ : Ірпінь, 2004. 177 с.
57. Ващенко О., Свириденко С. Готовність вчителя до використання здоров'язберігаючих технологій у навчально-виховному процесі. *Здоров'я та фізична культура*. 2006. № 8. С. 1–6.
58. Ващенко О., Свириденко С. Організація здоров'язберігаючої діяльності початкової школи. *Початкова освіта*. 2005. № 46 (334). С. 2–4.
59. Великий тлумачний словник сучасної української мови : уклад. і ред. В.Т. Бусел. Київ, Ірпінь : ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
60. Венедиктов Д. Д. Социально-философские проблемы здравоохранения. *Вопросы философии*. 1980. № 4. С. 14–24.
61. Височан Л. Формування основ здорового способу життя в учнів молодших класів. *Гірська школа українських Карпат*. 2015. № 12-13. С. 241–243.
62. Витченко А. Н. Подготовка будущих учителей к практической деятельности по использованию технологий физического развития и оздоровления детей. Общественные и гуманитарные науки: тезисы 78-й научно-технической конференции профессорско-преподавательского состава, научных сотрудников и аспирантов / отв. за издание И. М. Жарский. Минск : БГТУ, 2014. С. 79–80.
63. Витченко А. Н., Огиенко Н. Н., Лысенко Л. Л. Перспектива применения дыхательных упражнений для успешного физического совершенствования личности. *Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы*: тезисы докладов Международной научно-практической конференции. 25-26 апреля / редкол. : Е. С. Григорович [и др.]. Минск : БГМУ, 2013. С. 124–127.



64. Вільчковський Е., Денисенко Н., Шевченко Ю. Інтеграція рухів і музики у фізичному розвитку дітей старшого дошкільного віку: навч.-метод. посіб. Тернопіль : Мандрівець, 2011. 128 с.
65. Вільчковський Е. С., Курок О. І. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку : навч. посіб. Суми : ВТД «Університетська книга», 2008. 428 с.
66. Вітченко А., Вітченко А. Компетентнісний підхід у сучасній вищій освіті: освітня інновація чи реформаторський симуляр доби постмодерну? Вища школа. 2019. № 4 (177). С. 52–67.
67. Вітченко А. Рухова активність дітей молодшого шкільного віку в сучасних умовах. *Transformations in Contemporary Society: Social Aspects*. Opole: The Academy of Management and Administration. 2017. 223–229.
68. Вітченко А. М. Управління самостійною роботою молодших школярів у процесі зміцнення і формування власного здоров'я. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 98 Т.ІІІ. Чернігів : ЧНПУ, 2012. С. 89–92.
69. Вітченко А. М. До проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку засобами дихальної гімнастики. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: Педагогічні науки)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 108. Т. ІІ. Чернігів: ЧНПУ, 2013. С. 23-25.
70. Вітченко А. Обґрунтування інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. *Наукові дискусії кафедри педагогіки, психології і методики фізичного виховання: тези доповідей*. Чернігів : НУ«ЧК» імені Т.Г. Шевченка, 2019 С. 18–23.
71. Вітченко А. Педагогічні умови ефективного впровадження здоров'язбережувальної технології комплексного застосування дихальних вправ у процесі фізичного виховання молодших школярів. *Фізичне виховання,*

*спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*: зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Уклад. А. В. Цьось, С. П. Козібродський. Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. № 4 (20). С. 130–133.

72. Вітченко А. Скрайбінг як сучасна інноваційна технологія візуалізації знань дітей молодшого шкільного віку. *Vzdelávanie a spoločnosť IV. Medzinárodný nekonferenčný zborník*. PREŠOV: Prešovská univerzita, 2019. Р. 9–15.

73. Вітченко А., Бойко Ю., Корнієвська О. Активізація рухової активності дітей старшого дошкільного віку засобами фітбол-аеробіки. *Актуальні проблеми фізичної культури, олімпійського та професійного спорту й реабілітації у навчальних закладах України*. Кіровоград: Поліграфічне підприємство «Ексклюзив-Систем», 2015. С. 159–164.

74. Вітченко А., Василенко Л. До проблеми формування навичок самоконтролю у дітей молодшого шкільного віку. *Інноваційні трансформації освітнього простору: зміст, напрями і технології реалізації* : матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції молодих учених і студентів (14 травня 2020 р., м. Чернігів) / Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка / відп.ред. Г.І.Жара. Чернігів : НУЧК імені Т.Г.Шевченка, 2020. С. 24–26.

75. Вітченко А. М. Ефективність впровадження авторської інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. *Наукові дискусії кафедри педагогіки, психології і методики фізичного виховання*: тези доповідей. Чернігів : НУ«ЧК» імені Т.Г. Шевченка, 2020 С. 6–10.

76. Вітченко А. М. Методична скарбничка формування, збереження та зміцнення здоров'я дитини засобами дихальної гімнастики: навчально-методичний посібник. Чернігів: ЧНПУ імені Т.Г.Шевченка, 2019. 109 с.

77. Вітченко А. М. Поняття здоров'я, як медико-біологічна і соціальна категорія. *Український вимір*: міжнародний збірник науково-педагогічних,

методичних статей і матеріалів з України та діаспори. Чернігів : ЧОППО, 2017. Число XIV. С. 177–180.

78. Вітченко А. М. Програма занять оздоровчим плаванням для дітей. *Наукові дискусії кафедри ІППіМФ: тези доповідей*. Чернігів: ЧНПУ ім.Т.Г.Шевченка. 2016. С. 25–27.

79. Вітченко А. М., Воеділова О. М., Василенко Л. А., Мельникова-Єгорченко Н. С. Педагогічні умови цілеспрямованого формування правильної постави дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: Педагогічні науки)*. Гол.ред. Носко М.О. Вип. 152. Т.ІІ Чернігів : ЧНПУ, 2018. С. 45–48.

80. Вітченко А. М., Корнева А. О., Коваленко А. М. Характеристика сучасних технологій візуалізації навчального матеріалу для дітей шкільного віку. *Інноваційні трансформації освітнього простору: зміст, напрями і технології реалізації*: матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених і студентів (16 травня 2019 р., м. Чернігів) / Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка / відп.ред. Г.І.Жара. Чернігів : НУЧК імені Т.Г.Шевченка, 2019. С. 9–13.

81. Вітченко А. М., Корнева А. О., Мельникова-Єгорченко Н. С. Пріоритетні напрями вдосконалення процесу формування фізичної культури дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт)*. / гол.ред. Носко М.О. Вип. 147. Т.І. Чернігів : ЧНПУ, 2017. С. 58–63.

82. Вітченко А. М., Порядіна В. В., Рижик Т. О., Василенко Л. А. Методика організації і проведення занять оздоровчим плаванням. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 154. Т. ІІ. Чернігів : НУЧК, 2018. С. 103–106.

83. Вітченко А. М. Лисенко Л. Л., Воеділова О. М. Педагогічна технологія формування правильної постави дітей молодшого шкільного віку на

основі взаємодії їх фізичного і інтелектуального розвитку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт)*. / гол.ред. Носко М.О. Вип. 129. Т. III Чернігів: ЧНПУ, 2015. С. 52–56.

84. Вовченко І. Визначення рівня індивідуального здоров'я у дітей 7-10 років за різними системами оцінки URL : <http://eprints.zu.edu.ua/6652/>.

85. Вознюк О. В., Дубасенюк О. В. Цільові орієнтири розвитку особистості у системі освіти: інтегративний підхід : монографія. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2009. 684 с.

86. Волков В. Л. Формування комплексної оцінки успішності студентів з предмету «фізичне виховання» на різних етапах навчання у вищому навчальному закладі. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт)*. / гол. ред. Носко М.О. Вип. 118(1), Чернігів: ЧНПУ. 2014.С. 64-69.

87. Воронін Д. Формування здоров'язберігаючої компетентності студентів вищих навчальних закладів засобами фізичного виховання: дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07 / Херсонський держ. ун -т. Херсон, 2006. 222 с.

88. Воскобойнікова Г. Л. Медико-валеологічне обґрунтування оптимальної рухової активності молодших школярів. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт)*. / гол. ред. Носко М.О. Вип. 91 (1), Чернігів: ЧНПУ. 2011. С. 89–91.

89. Гаркуша С. В. Сучасні тенденції у стані здоров'я дітей і молоді в умовах навчання. *Педагогіка, психологія та методико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*: зб. наук. праць; за ред. Єрмакова С.С. Харків, 2013. № 10. С. 7–11.

90. Гаркуша С. В. Формування готовності майбутніх фахівців фізичного виховання до використання здоров'язберезувальних технологій: теоретико-методичний аспект: монографія. Чернігів : Видавець Лозовий В. М., 2014. 392 с.

91. Герасименко К. В. Кольоротерапія як засіб корекції різних форм порушення. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка*. Вип. 5. Корекційна педагогіка і психологія. 2014. С. 20–28.
92. Гета А. В. Оздоровчий вплив занять з аква-аеробіки на функціональний стан студенток спеціальної медичної групи. *Актуальні проблеми фізичного виховання різних верств населення: III Всеукраїнська наук.-практ. конф.* Харків, 2017. С.24–34.
93. Гёте И. В. Учение о цвете. Теория познания. Москва: Либроком, 2012. 200 с.
94. Гнатюк О. Роль учителя початкових класів у формуванні валеологічної культури здобувачів освіти в інформаційному суспільстві. *Психологія: теорія і практика*. Вип. 1(3). 2019.С. 63–71.
95. Гнатюк О. В. Основи здоров'я: підруч. для 4 кл. загальноосвіт. навч. закл. Київ: Генеза, 2015. 160 с.
96. Головата О .Визначення рівня фізичного розвитку і соматичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. №5 (1). 2012. С. 66–70.
97. Головатий Н. Ф. Соціологія молодіж: курс лекцій. Київ : МАУП, 1999. 224 с.
98. Гончаренко С. У., Мальований Ю. І. Інтегроване навчання. За і проти. Освіта. 1994. № 15-16. С. 3–8.
99. Гончарова Н. Теоретико-методичні основи здоров'яформуючих технологій в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку: дис. доктора наук: 24.00.02 – фізична культура, фізичне виховання різних груп населення. Київ. 2019. 541 с.
100. Гора Н. В Педагогічні умови формування професійної компетентності майбутніх товарознавців. *Молодий вчений*. 2018 р. № 6 (58), С. 134–137.
101. Горашук В. П. Формирование культуры здоровья школьников (теория и практика): монография. Луганск: Альма-матер, 2003. 376 с.

102. Горяна Л. Г. Здоров'язбережувальна компетенція педагогічних працівників як фактор здоров'я всіх учасників освітнього простору. *Вісник післядипломної освіти*. Вип. 16. 2016. С. 41-48.

103. Гриценко Л. И. Теория и практика обучения: интегративный подход: учеб. пособие для студ. высш.учеб. заведений. М.: Издательский дом «Академия», 2008. 240с.

104. Громбах С. М. Принципы возрастной периодизации в гигиене детей и подростков. *Основные закономерности роста и развития детей и критерии периодизации*. Одесса, 1975. С. 25–27.

105. Давыдов В. Ю., Шамардин А. И., Краснова Г. О. Новые фитнес-системы (новые направления, методики, оборудование и инвентарь): учеб. пособие. Волгоград : Издательство ВолГУ, 2005. 284 с.

106. Даниленко Г. М., Сотнікова Ж. В. Якість життя та здоров'я школярів *Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. (Серія: Медицина)*. Вип 10 (№ 658). Харків, 2005.С. 61–68.

107. Данько Н. Педагогічні умови інтегрованого навчання музики молодших школярів. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології: наук. журн.* № 9 (43). Суми, 2014. С. 3–13.

108. Дарюга О. А., Хоменко П. В. Інтеграційний компонент здоров'язбережувальних освітніх технологій. *Постметодика*. №2(99). 2011 С. 18–22.

109. Денисенко Н. Колір у нашому житті. *Дошкільне виховання*. №11. 2006. С. 16–19.

110. Денисенко Н. Ф., Аксьонова О. П. Ароматерапія. Через рух до здоров'я дітей. Запоріжжя: Диво, 2006. С. 68–72.

111. Державна національна програма «Діти України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/63/96#Text>.

112. Державна національна програма «Освіта» (Україна XXI століття). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/896-93-п#Text>.

113. Державна цільова соціальна програма «Молодь України» на 2016–2020 роки. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/148-2016-п#Text>.

114. Державний стандарт початкової освіти. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/87-2018-п#Text>.

115. Дерябо С. Д., Ясвин В. А., Панов В. И. Здоровье как предмет экопсихологической диагностики. *Прикладная психология*. № 4, 2000. С. 12–15.

116. Дмитрук В. Формування валеологічних знань молодших школярів у процесі занять з фізичної культури : дис. на здобуття наук. ступеня канд. педагог. наук: 13.00.02 – Теорія та методика навчання (фізична культура, основи здоров'я). Луцьк, 2015, 205 с.

117. Добридень А. В. Теоретичні аспекти здоров'язберезувальної компетентності майбутніх учителів початкової школи. *Матеріали другого міжнар. симпозіуму «Освіта і здоров'я підростаючого покоління»*: зб. наук. праць в 2-х частинах / за ред. Страшка С.В. Вип. 2. Ч. 2. Київ, 2018. С.40–42.

118. Дрибинский П. Л. Педагогические условия формирования ценностного отношения к здоровью у детей младшего и среднего школьного возраста: дис. канд. пед. наук: 13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования. Смоленск, 2009. 241 с.

119. Дубасенюк О. А., Вознюком О. В. Інтегративний підхід до професійного розвитку особистості педагога в умовах цивілізаційних змін. *Науковий часопис НПУ імені М.М. Драгоманова. (Серія : Творча особистість.)* Вип. 12 (22). Київ., 2010.С. 17–20.

120. Дубогай А. Д. Психолого-педагогические основы формирования здорового образа жизни школьников младших классов : дис. д-ра. пед. наук. Киев, 1991. 448 с.

121. Дубогай О. Д., Альошина А. І., Лавринюк В. Є. Основні поняття й терміни здоров'язбереження та фізичної реабілітації в системі освіти : навч. посіб. для студентів. вищ. навч. закл. Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2011. 296 с.

122. Дубогай О. Навчання в русі: здоров'язберігаючі педагогічні технології в початковій школі. Київ: Шк. світ, 2005. 112 с.
123. Дубогай О. Д., Пангелов Н. О., Фролова М. І., Горбенко Б. П. Інтеграція пізнавальної та рухової діяльності в системі навчання і виховання школярів. Київ : Оріяни, 2001. 150 с.
124. Дубогай О. Д. Теоретико-прикладні основи формування здоров'язбережувальної освіти школярів в системі впровадження технології Навчання у русі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. (Серія: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт))*, 2017. С. 162–165.
125. Дубровинская Н. В., Фарбер Д. А., Безруких М. М. Психофизиология ребенка: психофизиологические основы детской валеологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. 144 с.
126. Елифанов В. А., Апанасенко Г. Л., Фонарев М. И. Лечебная физкультура и врачебный контроль Москва: Медицина, 1990. С.131–146.
127. Ерохина И. А. Здоровьесберегающие технологии в профилактике наркозависимости подростков: дис. канд. пед. наук: 13.00.02. – Теория и методика обучения и воспитания (социальное воспитание). Тамбов, 2005. 272 с.
128. Ефимов А., Берестецкая И., Костикова П. Применение оздоровительных дыхательных упражнений в уроках физического воспитания детей младшего школьного возраста. URL: <http://lib.sportedu.ru>.
129. Євтух М., Лузік Е., Ладогубець Н., Ільїна Т Педагогічна психологія. Київ : Кондор, 2015. 420 с
130. Єжова О. О. Формування ціннісного ставлення до здоров'я в учнів професійно-технічних навчальних закладів: монографія. Суми, 2011. 412 с.
131. Єжова О. О. Визначення рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я в учнівської молоді. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. №5(7). Суми, 2010. С. 155–164.



132. Єжова О. О. Критеріальний підхід до оцінки рівня сформованості ціннісного ставлення до здоров'я учнівської молоді. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді: збірник наукових праць*. Вип. 14, Ч. II. 2010. С. 311–322.

133. Єрмакова. І. Життєва компетентність особистості: від теорії до практики: наук.-метод. посіб. / за ред. І.Г. Єрмакова. Запоріжжя: Центріон, 2005. 640 с.

134. Єфименко М. М. Колір у фізичному вихованні. *Дошкільне виховання*. № 11–12. 1998. С. 18–19.

135. Єфімова В. М. Здоров'язбережувальні технології в системі підготовки майбутніх учителів природничих дисциплін. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. (Серія: Педагогічні науки)*. Т. 1, Вип. 33. 2011. С. 131–134.

136. Желан А., Єфремова Ю. Формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів. *Науковий вісник НПУ імені В.О. Сухомлинського. (Серія : Педагогічні науки)*. № 2(53). Київ. 2016. С. 69–73.

137. Жуков В. П. Суть інтегрованого навчання школярів предметів мистецького циклу. *Педагогіка та психологія: зб. наук. праць*. Вип. 57. Харків, 2017. С. 54–62.

138. Журавлева И. В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: дис. доктора социол. наук: 22.00.04 – социальная структура, социальные институты и процессы. Москва, 2005. 434 с.

139. Завидівська Н. Особливості педагогічної технології формування фізичної культури учнів підліткового віку. *Спортивна наука України*. 2017. № 1(77). С. 29–33.

140. Загальнодержавна програма «Здоров'я 2020: український вимір». URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/244717787>

141. Загвязинский В. И. Теория обучения: современная интерпретация: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: «Академия», 2008. 192 с.

142. Закон України «Про загальну середню освіту». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/651-14#Text>.
143. Закон України «Про освіту». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text>.
144. Закон України «Про охорону здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
145. Закон України «Про фізичну культуру і спорт». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text>.
146. Замрозович-Шадріна С. Проблеми валеологічного виховання учнів початкових класів. *Обрії*. № 2(47). 2018. С. 109–111.
147. Заровна А. М. Методичне забезпечення реалізації оздоровлення дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 86. Т. II. Чернігів: ЧНПУ, 2011. С.194–199.
148. Зимняя И. А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования. *Высшее образование сегодня*. № 5. 2003. С. 34–42.
149. Зинкевич-Евстигнеева Т. Практикум по сказкотерапии. Санкт-Петербург: «Речь», 2000. 310с.
150. Зязюн І., Крамущенко Л., Кривонос І. Педагогічна майстерність: підручник / за ред. І. Зязюна. Київ: Вища шк., 1997. 349 с.
151. Изуткин А., Петленко В., Царегородцев Г. Социология медицины. Киев : Здоровье, 1981. 184 с.
152. Іваночко В. В. Фітнес, як засіб оздоровлення: метод. матеріали. Львів: Вид-во Львівської комерційної академії, 2004. 20 с.
153. Іванчук М. Інтегроване навчання: сутність та виховний потенціал. Чернівці : Рута, 2004. 400 с.
154. Іващенко О. В., Забора А. В. Педагогічні технології у фізкультурній освіті. *Актуальні проблеми фізичного виховання і спорту*: матеріали II Міжнар. наук. конф. 2006. Харків. С. 34–37.

155. Ілляш С. Інтегрований підхід до навчання у початковій школі, його педагогічна цінність. *Актуальні питання гуманітарних наук*: міжвуз. зб. наук. праць молодих вчених Дрогоб. держав. педагог. ун-ту імені Івана Франка. Вип. 6., Ч. II. Дрогобич, 2013. С.57–65.

156. Іонова О. М., Черновол-Ткаченко Р. І., Гресь О. В. Здоров'язберігаюча діяльність керівника загально- освітнього навчального закладу: теоретичні та практичні аспекти. Харків : Вид. група «Основа», 2016. 144 с.

157. Казначеев В. П. Основание формирования программы общей и частной валеологии. *Валеология*. № 4. 1996. С. 75–82.

158. Калініна Є. Інтегровані уроки з образотворчого мистецтва. *Початкова школа*. № 2. 2002. С. 37–38.

159. Калюжная Р. А., Ярикова Н. М., Каган Е. М., Заявлина Л. М. Размеры сердца и больших сосудов у детей и подростков 13-17 лет. *Вопр. охраны материнства*. №9. 1971. С.15.

160. Качан О. А., Пристинський В. М. Інформаційно-комунікаційні та рухливо-пізнавальні технології у фізичному вихованні дітей і підлітків: навчально-методичний посібник. Слов'янськ : вид-во Б.А. Маторіна, 2018. 260 с.

161. Кириленко Л. Г., Власенко Н. В. Визначення пріоритетності кольоротерапії у формуванні основ здоров'язбережувальної компетентності дітей дошкільного віку. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*, № 2 (36). 2014. С. 429–436.

162. Кобан Ю, Лимар Ю. Педагогічні умови формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів. *Інноваційна педагогіка. Теорія та методика навчання (з галузей знань)*. Вип. 12., Т.1. 2019.С. 41–44.

163. Козак Н. Здоров'язберігаюче виховання підлітків основної школи в навчально-виховному процесі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.07 «Теорія і методика виховання». Київ, 2016. 22 с.

164. Козловська І. М. Теоретичні та методичні основи інтеграції знань учнів професійно-технічної школи : дис. доктора пед. наук : 13.00.04. К., 2001. 460 с.
165. Кондратюк С. Інтегративний підхід до виховання у молодших школярів здорового способу життя : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня кандидата пед. наук. : спец. 13.00.07 «Теорія та методика виховання». Київ, 2003. 17 с.
166. Коновалова Л. М., Ласточкіна О. В. Казкотерапія як засіб корекції мовлення дітей дошкільного віку. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації* : матеріали VI Всеукраїнської заочної наук.-практ. конф. (14 квітня 2017 р., м. Суми). Суми, 2017 С. 28–31.
167. Корнеєв О. Цілюще дихання: 100 способів лікування усіх хвороб. Донецьк: ТОВ ВКФ «БАО», 2008. 268 с.
168. Кравчук Т. М., Санжарова Н. М., Голенкова Ю. В., Рядинська І. А. Вплив режиму рухової активності на рівень розвитку витривалості старшокласників. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт)* Вип 112., Ч. 1. Чернігів: ЧНПУ, 2013. С. 178–182.
169. Кремень В. Особистість в інформаційному суспільстві. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. № 10. 2017. С. 5–9.
170. Кругляк О. Реалізація між предметних зв'язків вчителями фізичної культури та початкових класів у процесі фізичного виховання учнів молодшого шкільного віку. *Молода спортивна наука України*. №1. 2004. С. 35–39.
171. Круцевич Т. Ю., Воробйов М. І., Безверхня Г. В. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді : навч. посіб. Київ : Олімпійська література, 2011. 224 с.
172. Круцевич Т., Петровский В. Физическое воспитание как социальное явление. *Наука в олимпийском спорте*. №3. 2001. С. 3–15.

173. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання : підруч. для студентів вузів фіз. виховання і спорту : в 2 т. Т. 2. Методика фізичного виховання різних груп населення. Київ : Олімпійська література, 2008. 367 с.

174. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання: підруч. для студентів вузів фіз. виховання і спорту : в 2 т. Т. 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання. Київ : Олімпійська література, 2008. 391 с.

175. Кулачківська С. Є., Піроженко Т. О., Подоляк Л. Г. Психічний розвиток дитини-дошкільника: метод. посіб. Київ : Світич, 2004. 75с.

176. Куценко Т. В. Формування здоров'язберігаючої компетентності учнів (з досвіду роботи педагогічного колективу за концепцією «Навчальний заклад – школа сприяння здоров'ю»). *Моніторинг здоров'я школярів: міжсекторальна взаємодія лікарів, педагогів, психологів* : матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю. Харків, 2009. С. 156–161.

177. Ладивір С. О. Тонкощі формування пізнавального розвитку дошкільника. *Практичний психолог: дитячий садок*. № 11. 2013. С. 6–12.

178. Лапаєнко С. В. Формування ціннісних орієнтацій старших підлітків на здоровий спосіб життя : автореф. дис. канд. пед. наук. Київ, 2000. 19 с.

179. Левандовська Л. Ю. Основи та критерії оптимального нормування рухової активності школярів старших класів. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. №1. 2013. С. 181–185.

180. Левандовська Л. Ю. Індивідуалізація процесу фізичного виховання школярів. *Теорія та методика фізичного виховання*. 2012. № 5. С. 38–42.

181. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва : Смысл ; Издательский центр «Академия», 2005. 352 с.

182. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1981. 584 с.

183. Леонтьева О. І. Формування здорового способу життя підлітків засобами культурно-просвітницької діяльності : автореф. дис. канд. пед. наук : спец. 13.00.06 «Теорія, методика і організація культурно – просвітньої діяльності». Київ, 2005. 22 с.

184. Лисенко Л. Л., Вітченко А. М., Синявська Ю. Г. Впровадження сучасних здоров'язберезувальних технологій фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 102. Т. I Чернігів: ЧНПУ, 2012. С. 229–232.

185. Лисенко Л. Л., Багінська О. В., Заровна А. М., Почтар О. М., Огієнко М. М. До організації і управління самостійними заняттями фізичними вправами учнів загальноосвітньої школи. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка (Серія: Педагогічні науки)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 80. Чернігів: ЧДПУ, 2010. С.169–172.

186. Лисенко Л. Л., Вітченко А. М., Корнєва А. М., Мельникова-Єгорченко Н. С. Формування культури рухів дітей молодшого шкільного віку як складова їх здоров'язберезувальної компетентності. *Актуальні проблеми фізичної культури, спорту, фізичної терапії та ерготерапії: біомеханічні, психофізіологічні та метрологічні аспекти: матеріали I Всеукраїнської електронної науково-практичної конференції з міжнародною участю (17 травня 2018 р., Київ) / ред. Г. В. Коробейніков, В. О. Кашуба, В. В. Гамалій. К.: НУФВСУ, 2018. С. 144–146.*

187. Лисенко Л. Л., Воеділова О. М., Вітченко А. М., Порядіна В. В. Особливості педагогічної діяльності вчителів фізичної культури в роботі з учнями початкової школи. *Актуальні проблеми сучасної біомеханіки фізичного виховання та спорту: матеріали XI Міжнародної наукової конференції пам'яті Анатолія Миколайовича Лапутіна (18-19 жовтня 2018 року; м. Чернігів). / відп. ред. С.В.Гаркуша. Чернігів : НУЧК імені Т.Г. Шевченка, 2018. С. 21–23.*

188. Лисенко Л. Л., Огієнко М. М., Заровна А. М. Технологія оздоровлення дітей молодшого шкільного віку на основі впровадження дихальних вправ у систему фізичного виховання в загальноосвітній школі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. Науково-педагогічні проблем фізичної культури*

(*фізична культура і спорт*): зб. наукових праць / за ред. Г. М. Арзютова. К.: Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2011. Випуск 10. С. 486–492.

189. Логвінова Я. Використання технологічного підходу у формуванні здоров'язберігаючої компетентності студентів факультету фізичного виховання. *Перспективи, проблеми та наявні здобутки розвитку фізичної культури і спорту в Україні* : IV Всеукраїнська інтернет-конференція “COLOR OF SCIENCE” С. 402-406.

190. Локшина О. І. Європейська довідкова система як інструмент упровадження компетентнісного підходу в освіту країн-членів Європейського Союзу. *Педагогіка і психологія*. №1. 2007. С. 131–142.

191. Лук'янова О. М., Квашніна Л. В. Стан здоров'я дітей молодшого шкільного віку та шляхи його корекції. *Перинатологія та педіатрія*. № 1. 2004. С. 3–5.

192. Лук'янченко М. І. Реалізація здоров'язберігаючих технологій у сучасній школі. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт)* / гол. ред. Носко М.О. Вип. 98 Т.ІІІ. Чернігів: ЧНПУ, 2012. С. 18–24.

193. Лысенко Л. Л. Технология внедрения интерактивных методов обучения в урок физической культуры. *Современная система образования: опыт прошлого – взгляд в будущее* : сб. материалов Ежегодной международной науч.-практич. конф., посвященной Дню учителя. Новосибирск, 2013. С. 22–27.

194. Лясота Т. І. Інтегруючий вплив рухової активності на адаптацію дітей молодшого шкільного віку. *Педагогіка, психологія та методико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2010. №11. С. 61–63.

195. Маджуга А. Г. Теория и практика формирования и развития валеоконативных стратегий личности в контексте здоровьесотворяющего образования в современной школе. Ташкент : Изд-во ЮКГУ им. М.О. Ауезова, 2005. 386 с.

196. Мамакина И. А. Формирование когнитивного компонента здоровьесберегающей компетентности студентов факультета физической

культури вуза средствами современных образовательных технологий : автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.08 – Теория и методика профессионального образования. Ульяновск, 2013, 30 с.

197. Маркосян А. А. Нормальная физиология : учебник. Москва : Медгиз, 1954. 384 с.

198. Марченко С. І. Вікові особливості фізичного розвитку молодших школярів. *Теорія та методика фізичного виховання*. № 6. 2006. С. 9–14.

199. Масалова О. Ю. Типологические особенности ценностного отношения личности женщины зрелого возраста к здоровью. *Педагогическое образование и наука*. № 5. 2007. С. 36–38.

200. Маслоу А. Мотивация и личность. Санкт-Петербург : Питер, 2003. 352 с.

201. Матвейко О. Застосування методу казкотерапії з дітьми молодшого шкільного віку. URL: <https://www.ukrlogos.in.ua/10.11232-2663-4139.04.23>.

202. Матвієнко О. В., Мороз Д. В. Ціннісне ставлення до здоров'я як педагогічна категорія. *Молодий вчений*. № 1(1). 2018. С. 348–353.

203. Махинова М. В. Влияние различных режимов двигательной активности на физическое состояние учащихся начальных классов учебных заведений нового типа. Автореф. дис. на соис. уч. степ. канд. пед. наук. - Краснодар, 2000. -19 с.

204. Мельничук Л. В., Бандура С. М. Результати впровадження проби Руф'є під час профілактичних оглядів школярів міста Чернівці. *Семейная медицина*. № 2. 2016. С. 138–140.

205. Мельникова (Єгорченко) Н. Активізація пізнавальної активності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка*. (Серія : Педагогічні науки) / гол. ред. Носко М. О. Вип. 144. Чернігів: ЧНПУ, 2017. С.375–379.



206. Метод оцінки рівня рухової активності дітей шкільного віку : інформ. лист / С. В. Гозак [та ін.]; ДУ «Ін-т гігієни та мед. екол. ім. О. М. Марзєєва АМН України». К. : [б. в.], 2011. 6 с.

207. Миллер Н. Д. Здоровьесберегающее обучение детей санаторных классов общеобразовательной школы : автореф. дисс. на соиск. ученой степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования». Новокузнецк, 2006. 16 с.

208. Миронюк Т. Мотиваційно-ціннісна сфера здоров'язбережувальної компетентності майбутніх учителів біології. *Молодь і ринок*. №7(138). 2016. С. 153–157.

209. Митина Е. П. Здоровьесберегающие технологии сегодня и завтра. *Начальная школа*. № 6. 2006. С. 56–59.

210. Міхеєнко О. І. Валеологічна підготовка майбутніх фахівців з фізичної реабілітації у вищому педагогічному навчальному закладі : дис. канд. пед. наук : спец. 13.00.04. Одеса, 2004. 211 с.

211. Москаленко Н., Алфьоров О. Організаційно-методичні аспекти сучасного уроку фізичної культури. *Спортивний вісник Придніпров'я*. №1. 2016. С. 196–200.

212. Москаленко Н., Кожедуб Т., Савченко В. Активізація пізнавальної діяльності школярів на уроках фізичної культури. *Спортивний вісник Придніпров'я*. № 1. 2014. С. 77–80.

213. Москаленко Н., Полякової А., Торбанюка Г. Інтегроване навчання у фізичному вихованні дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура*. Випуск 31 С. 90-97.

214. Москаленко Н. В. Фізичне виховання молодших школярів : монографія. Дніпропетровськ : Інновація, 2007. 252 с.

215. Москаленко Н. В., Яковенко А. В., Сидорчук Т. В. Фізичне виховання школярів у зарубіжних країнах (XX ст. – початок XXI ст.) : монографія. Дніпро, 2020. 259 с.

216. Москвяк Н. В. Основні тенденції у фізичному розвитку дітей молодшого шкільного віку м. Львова. *Environment S Health*. №3. 2014. С. 19–23.

217. Мудрик С. Б. Рухливі ігри від інстинкту до соціалізації. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. №2. 2010. С. 14–17.

218. Муквіч О. М. Порушення мікробіоценозів у дітей першого року життя (прогнозування, профілактика та лікування) : автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.10 / ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» АМН України. К., 2008. 35 с.

219. Мурахов І. В. Здоровье человека: биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции. Киев : Олимпийская литература, 2003. 424 с.

220. Мясищев В. Н. Психология отношений / под ред. А.А. Бодалева [вступительная статья А. А. Бодалева]. Москва : Издательство Московского психолого-социального института ; Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 2003. 400 с.

221. Національна доктрина розвитку освіти. *Фізичне виховання в школі*. № 4. 2002. С. 6–7.

222. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#Text>.

223. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/344/2013#Text>.

224. Неведомська Є. О., Маруненко І.М. Фізіологія людини : навч.-метод. посіб. з питань проведення практичних і самостійних робіт [для студ. небіол. спец. вищ. навч. закл.]. Київ : Київськ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2014. 40 с.

225. Непочатых М. Г., Богданова В. А. Аквафитнес: основные положения методики преподавания : учеб. пособие. Санкт-Петербург : Изд-во С.-Петербур. ГЭУ, 2015. 116 с.

226. Никифорова Г. С. Психологія здоров'я : учебник для ВУЗов. Санкт-Петербург : Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2000. 504 с.

227. Нова українська школа: порадник для вчителя / під заг. ред. Ббік Н.М. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. 206 с.

228. Новак О. М. Теоретичні аспекти формування здоров'язбережувальної компетенції майбутніх педагогів професійного навчання в теорії та практиці вищої школи. *Молодий вчений*. №9.1 (49.1). 2017. С. 124–129.

229. Новописьменний С. А. Здоров'язбережувальна компетентність школяра та шляхи її формування. *Молодий вчений*. № 2.2 (54.2). 2018. С. 27–31.

230. Носко М., Гаркуша С., Воеділова О. Здоров'язбережувальні технології у фізичному вихованні. Київ : СПД Чалчинська Н.В., 2014. 300 с.

231. Носко М., Грищенко С., Носко М. Формування здорового способу життя. Київ: МП Леся, 2013, 159 с.

232. Носко М. О., Горошко Ю.В., Носко Ю.М., Гришко Л.Г. Стан фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту. (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт)*. Вип. Том 107. 2013. С. 88–90.

233. Носко М. О., Бріжата І. А., Гаркуша С. В. Основи наукових досліджень у підготовці фахівця з фізичного виховання : навч. посіб. для студентів спеціальності «Фізичне виховання». Київ: «МП Леся», 2012. 236 с.

234. Носко М. О., Воеділова О. М., Гаркуша С. В., Носко Ю. М. Рухова активність і заняття фізичними вправами як необхідна умова здоров'язбереження. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. (Серія: Педагогічні науки)* / гол. ред. М. О. Носко. Вип.151. Том. 2. Чернігів: ЧНПУ, 2018. С. 44–51.

235. Носко Ю. М. Особливості фізичного розвитку учнів початкової школи. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова*. Вип 6 (26). 2015. С. 47–50.

236. Огнев'юк В. Компетентнісно зорієнтована освіта: якісні виміри монограф. / редкол.: Огнев'юк В., Хоружа Л., Сисоєва С., Чернуха Н., Терентьєва Н. Київ : Київ. ун-т ім. Б.Грінченка, 2015. 368 с.
237. Озолин Н.Г. Настольная книга тренера: наука побеждать. Москва: АСТ, «Астрель», 2004. 864 с.
238. Онопрієнко О. Концептуальні засади компетентнісного підходу в сучасній освіті. *Шлях освіти*. №4. 2007. С. 32–37.
239. Оржеховська В. М. Духовність і здоров'я. Черкаси : ПП Чабаненко Ю.А., 2007. 216 с.
240. Оскарссон Б. Базовые навыки как обязательный компонент высококачественного профессионального образования / под общ. ред. В.И. Байденко, Дж. Ван Зантворта; Европейский фонд подготовки кадров (ЕФО) ; Проект ДЕЛФИ. Москва, 2001. С. 74–78.
241. Остапенко Н. І. Компетентнісний підхід у професійній підготовці майбутнього вчителя музичного мистецтва. *Психолого-педагогічні науки*. 2015. № 2. С. 53–57.
242. Отравенко О. Здоров'язберезувальна компетентність як складова якісної професійної підготовки здобувачів вищої освіти. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. (Серія: Педагогічні науки)*. № 4(327) Ч.1. 2019. С. 100–107.
243. Пак М. Теоретические основы интегративного подхода в процессе химической подготовки учащихся профтехучилищ: дис. докт. пед. наук : 13.00.02 «Теория и методика обучения». Санкт-Петербург, 1991. 308 с.
244. Паламар С. Компетентнісний підхід як методологічний орієнтир модернізації сучасної освіти. *Освітологічний дискурс*. 2018. № 1/2 (20/21). С. 267–278.
245. Палічук Ю. І. Структура, зміст і функції здоров'язбереження в освітньому процесі економічного вищого навчального закладу. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка : зб. наук. праць. (Серія : Педагогіка)*. / голов. ред. Г. Терещук. Вип. 4. Тернопіль: Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка, 2011. С. 56–62.

246. Паращенко Л., Пометун О., Савченко О. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи. Київ : КІС, 2004. С. 71–84.
247. Пехота О. М., Будак В. Д., Старева А. М. Підготовка майбутнього вчителя до впровадження педагогічних технологій. К.: А.С.К., 2003. 240 с.
248. Піндер Л. Новий погляд на структуру: Вивчення становища щодо розвитку політики пропагування здоров'я в Канаді. *Пропагування здоров'я*. Т. 3. № 2. Видавництво: Оксфордського університету, 1988. С. 205–212.
249. Піроженко Т. Відображення проблеми ціннісних орієнтацій дитини дошкільного віку у сучасній теорії та практиці виховання. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. пр. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / голов. ред. С. Д. Максименко. Т.IV.: Психологія розвитку дошкільника. Вип. 9. Київ : Срібна хвиля, 2013. С. 213–236.
250. Подгорная О. Е. Проектирование здоровьесберегающего пространства общеобразовательной школы средствами личностно-ориентированного образования : дисс. канд. пед. наук. Тирасполь, 2005. 211 с.
251. Подласый И. П. Педагогика начальной школы. 2008. 463 с.
252. Поліщук Н. М. Здоров'язберігаюча компетентність особистості як наукова проблема (аналіз поняття). *Вища освіта у медсестринстві : проблеми і перспективи* : зб. статей всеукраїнської наук.-практ. конф. 10-11 листопада 2011. Житомир, 2011. С. 27–31.
253. Поліщук Н. Теоретичні основи сутності здоров'язберезувальної компетентності вчителя. *Педагогічний пошук*. № 3(91). 2016. С. 24–27.
254. Поліщук Н. М. Характеристика змісту поняття «здоров'я людини» в сучасних дослідженнях. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2010. № 1 (3). С. 124–132.
255. Пометун О. Енциклопедія інтерактивного навчання. Київ. 2007. 141 с.
256. Пометун О. І. Дискусія українських педагогів навколо питань запровадження компетентнісного підходу в українській освіті.

*Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: бібліотека з освітньої політики / під заг. ред. О.В. Овчарук. Київ : «К.І.С.», 2004. 112 с.*

257. Пометун О. І., Гупан Н. М., Власов В. С. Компетентнісно орієнтована методика навчання історії в основній школі : метод. посіб. К. : ТОВ «КОНВІ ПРІНТ», 2018. 208 с.

258. Пометун О. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання : наук.-метод. посібн. Київ : Видавництво А.С.К., 2004. 192 с.

259. Пометун О. І. Компетентнісний підхід у сучасній історичній освіті. *Історія в школах України*. 2007. №6. С. 9.

260. Попов С. В. Валеология в школе и дома (О физическом благополучии школьников) Санкт-Петербург, 1997. 257 с.

261. Поташнюк І. В., Дем'янчук А. С. Стан здоров'я учнів початкової школи і стратегія його зміцнення шляхом впровадження здоров'язбережувальних технологій у педагогічний процес. *Психолого-педагогічні основи гуманізації навчально-виховного процесу в школі та ВНЗ*. Вип. 1. 2013. С. 212–218.

262. Поташнюк І. В. Поняття «здоров'я» в системі ціннісних орієнтацій майбутніх фахівців фізичної культури. *Науковий вісник ВДУ: Фізкультура і спорт*. Луцьк, 1997. С. 52–55.

263. Прокопенко О. А. Роуп-скіппінг – одна з оздоровчих технологій в дошкільній освіті. *Теорія і практика актуальних наукових досліджень: Матеріали ІV науково-практичної конференції*. Херсон : Видавництво «Молодий вчений», 2019. Ч. 2. С. 109–110.

264. Професійна освіта: словник : навч. посіб. / уклад. С.У. Гончаренко та ін.; за ред. Н. Г. Ничкало. Київ : Вища школа, 2000. 380 с.

265. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Санкт-Петербург, 2002. 720 с.

266. Рудніцька К. В. Сутність понять «компетентнісний підхід», «компетентність», «компетенція», «професійна компетентність» у світлі

сучасної освітньої парадигми. *Науковий вісник Ужгородського університету*. Вип. 1 (38). 2016. С. 241–244.

267. Ручка А., Наумова М. Цінності і типи ціннісної ідентифікації в сучасному соціумі. *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін*. / гол. ред. д. соціол. н. М.О. Шульга. Т. 1, Вип. 1 (15). Київ : ІС НАНУ, 2013. С. 285–297.

268. Рядинська І. А. Теоретичні підходи до визначення сутності поняття здоров'я та його компонентів. *Педагогіка та психологія*. Вип. 52. 2016. С. 28–37.

269. Савченко О. Я. Уміння вчитися як ключова компетентність загальної середньої освіти. *Компетентнісний підхід у сучасній освіті : світовий досвід та українські перспективи*. Бібліотека з освітньої політики / за заг. ред. О. В. Овчарук. Київ : К.І.С., 2004. С. 34–52.

270. Саїнчук О. Особливості динаміки показників фізичного розвитку учнів молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2013. № 4. С. 52–56.

271. Селевко Г. Компетентности и их классификация. *Народное образование*. 2004. № 4. С. 138–143.

272. Селевко Г. Энциклопедия образовательных технологий. В 2-х т. Т. 1. Москва : Народное образование, 2005. 556 с.

273. Синіговець В. І., Петрикей О. О. Діагностика формування готовності майбутніх учителів фізичної культури до валеологічної діяльності в школі. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка* / гол. ред. Носко М. О. Вип. 139. Т. I Чернігів : ЧНПУ. С. 359–364.

274. Синіговець В. І., Пильтяй С. В., Камка Д. С. Методичні основи розвитку силових здібностей засобами базових вправ у процесі занять стріт воркаутом. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка* / гол. ред. Носко М.О. Вип. 152. У 2-х томах. Том 1 Чернігів : ЧНПУ. 2018. С. 220–224.

275. Синіговець В. І., Синіговець Л. І., Горемикін А. С. Вплив засобів оздоровчої гімнастики на фізичну підготовленість дітей молодшого шкільного віку. *Актуальные научные исследования в современном мире* : сборник научных трудов. Переяслав. Вып. 10 (54). Ч. 6. С. 105–112.

276. Сливко Є. Підвищення здоров'язберігаючої компетентності вчителів фізичного виховання в умовах реформування системи фізичного виховання. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. (Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт))*. Вип. 7, Київ, 2010, С. 285–289.

277. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. Москва : АПК ПРО, 2002. 121 с.

278. Солодков А. С., Сологуб Е. Б. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная : учебник. Москва : Олимпия Пресс, 2005. 528 с.

279. Советова Е.В. Оздоровительные технологии в школе. Ростов на Дону: Феникс, 2006. С.5–26.

280. Срулевич С. А. Формирование культуры здоровья младших школьников на уроках физической культуры : диссертация кандидата педагогических наук : 13.00.04. Улан-Удэ, 2012. 220 с.

281. Старченко В. Навчання математики: сучасний погляд. *Дошкільне виховання*. 2008. № 7. С. 19–21.

282. Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>.

283. Стрельченко Л. М. Арешина Ю. Б. Зміст занять оздоровчим фітнесом для дітей молодшого шкільного віку. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2011. № 1. С. 28–32.

284. Сущенко Л. П. Здоровий спосіб життя людини як об'єкт соціального пізнання: дис. канд. філософ. наук: 09.00.03. Запорізький держ. ун-т. – Запоріжжя, 1997. 185 с.

285. Сычева И. Н. Структура здоровьесберегающей компетенции будущих педагогов по физической культуре. *Подготовка*



*конкурентоспособного специалиста как цель современного образования: материалы международной научно-практической конференции 20–21 ноября 2011 года. Пенза – Улан-Удэ – Семей: Научно-издательский центр «Социосфера», 2011. С. 84–86.*

286. Тагліна О. В. Основи здоров'я : підруч. для 7 класу загальноосвіт. навч. закл. Харків : Ранок, 2015. 160 с.

287. Типові освітні програми для закладів загальної середньої освіти 1-2 та 3-4 класи. Київ : Світоч, 2019. 336 с.

288. Троценко Т. Перспективи розвитку дитячого фітнесу у дошкільних закладах. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2018. № 1. С. 248–253.

289. Трубачева С. Професійно зорієнтована метапроектна діяльність учнів в умовах компетентнісного підходу. *Витоки педагогічної майстерності. (Серія : Педагогічні науки)*. 2015. Вип. 15. С. 305–309.

290. Успенська В. Впровадження здоров'язберігаючих технологій у загальноосвітньому навчальному закладі – вимога часу. *Рідна школа*. 2009. № 4. С. 44–48.

291. Франків Є. Є., Григус І. М. Мотивація рухової активності школярів. *Теорія і методика фізичного виховання*. 2012. № 6. С. 15–18.

292. Хлус Н. О. Використання степ-аеробіки під час занять з фізичного виховання з дітьми старшого дошкільного віку. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. Вип. 3(84). Київ, 2017. С. 495–499.

293. Хоружа Л. Л. Компетентнісний підхід в освіті: ретроспективний погляд на розвиток ідеї. *Педагогічна освіта: теорія і практика* : зб. наук. праць. (Серія : Психологія. Педагогіка). Київ. : КМПУ імені Б.Д. Грінченка, 2007. № 7. 202 с.

294. Хрипкова А. Г., Колесов Д. В. Гигиена и здоровье школьника. Москва : Просвещение, 1988. 190 с.

295. Хрипкова А. Г., Антропова М. В., Фарбер Д. А. Возрастная физиология и школьная гигиена. Москва : Просвещение, 1990. 320 с.

296. Худолій О. М., Іващенко О. В. Моделювання процесу навчання та розвитку рухових здібностей у дітей і підлітків: монографія. Харків: ОВС, 2014.
297. Цвек С. Ф. Фізичне виховання молодших школярів. Київ : Рад. шк., 1896. 124 с.
298. Черній В. Технології впливу на процес здоров'язбереження учнів початкової школи. *Психолого-педагогічні проблеми сільської школи*. Вип.34. 2010. С. 67–73.
299. Шаповалова Т. Г. Формування здоров'язберезувальної компетентності гуртківців у позашкільному навчальному закладі. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2012. № 2 (20). С. 191–199.
300. Шиян Б. М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Ч. 1. Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 2008. 272 с.
301. Шиян Б. М. Теорія і методика фізичного виховання школярів .Ч. 2. Тернопіль : Навч альна книга – Богдан, 2006. 248 с.
302. Шумська Н. Система занять роуп-скіпінгом для дітей молодшого шкільного віку. *Наукові дискусії кафедри педагогіки, психології і методики фізичного виховання. Тези доповідей*. Чернігів : НУ «ЧК» імені Т.Г. Шевченка, 2019 С. 18–23.
303. Югова Е. А. Анализ структуры и содержания здоровьесберегающей компетенции студентов педагогического вуза. URL: [http://www.rsvpu.ru/filedirectory/3468/yugova\\_analiz\\_struktur.pdf](http://www.rsvpu.ru/filedirectory/3468/yugova_analiz_struktur.pdf).
304. Язловецкий В. С. Физическое воспитание детей и подростков с ослабленным здоровьем. Киев : Здоровья, 1991. 232 с.
305. Язловецкий В. С., Кузнецова Т. Д., Левитский П. М. Дыхательные упражнения в физическом воспитании. Киев : Здоровье, 1989. 136 с.
306. Bedworth A., Bedworth B. The Profession and Practice of Health Education. WM. Brown Publishers, 2001. С. 76.
307. Burns R. D., Brusseau T. A., Fu Y. Moderators of School-Based Physical Activity Interventions on Cardiorespiratory Endurance in Primary School-

Aged Children: A Meta-Regression. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Aug 16;15(8). pii: E1764.

308. Dubois D. *The competency casebook*. Amherst,MA: HRD, & Silver Spring MD: International Society for Performance Improvement. 1998. 400 p.

309. Hakman A, Nakonechnyi I, Balatska L, Filak Y, Kljus O, Vaskan I. Peculiarities of physical and mental capacity of 6-9-year-old children under elementary school conditions. *Journal of Physical Education and Sport*. 2018;18(S.2): 1192-8.

310. Hasselstrand G. *Nauczanie biega na orientacje. Krok po kroku*. Warszawa: PZOS; 2013. 43 p.

311. Ivashchenko O.V. Special aspects of motor abilities development in 6-10 years' age girls. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*. Tom 21. № 3. 2017. P. 105–110.

312. Mertens, Dieter: Schlüsselqualifikationen. Thesen zur Schulung für eine moderne Gesellschaft. In: *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, Jg. 7, H. 1, S. 36-43.

313. Michael A. Lawson. *School-Family Relations In Context: Parent and Teacher Perceptions of Parent Involvement Urban Education*. 2003;38(1): 77-133.

314. Plisko V. I., Sikura A. I., Radziievskyi R. M. Motor actions modelling in physical education. *Hayka i osvima*. 2016. № 8. C. 126–131.

315. Protsenko U, Pantiuk T, Romanchuk O, Danylevych M. Improvement features of the Ukrainian physical education system. *Journal of Physical Education and Sport*. 2016;16(1):113-7.

316. Seabra A, Mendonca D, Maia J. Gender, weight status and socioeconomic differences in psychosocial correlates of physical activity in schoolchildren. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2013;16(4):320-326.

317. Shuba LV. Modern approach to implementation of health related technology for primary school children. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*. 2016;2:66-71.

318. Shuo G. Informationization and Development of Physical Education. *Procedia Engineering*. 2012;29:3567-71.
319. Swallen KC, Reither EN, Haas SA. et al. Overweight, obesity, and health-related quality of life among adolescents: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Pediatrics*. 2005;115(2):340-47.
320. Verkhovska M. V. Basics of programming exercises using health and fitness technology in physical education pupils of secondary schools. *Pedagogics, psychology, medical biological problems of physical training and sports*. 2015;1:17-24.
321. Vitchenko A. Prerequisites for developing of integrated technology of health-preserving competence's formation of primary school children. Frankfurt: TK Meganom LLC. *Paradigm of knowledge*, 2020. 4(42).но C. 97-109.
322. Voukia C, Voutsina I, Venetsanou F, Kambas A. Child and parental physical activity: Is there an association with young children activity? *Cent Eur J Public Health*. 2018 Jun;26(2):144-8.

## ДОДАТКИ

## ДОДАТОК А

**Класифікація різних видів діяльності дитини за енергетичними витратам за методом оцінки рівня рухової активності дітей шкільного віку (С. В. Гозак, 2011)**

| <b>Інтенсивність рухової активності</b> | <b>Види діяльності</b>   | <b>МЕТ, ум.од.</b> |
|---|--|--------------------|
| фонові рухова активність                | сон, відпочинок лежачи   | 0,9                |
| дуже низька рухова активність           | проїзд у транспорті, прийом їжі, читання, малювання, виконання д/з, перегляд TV, робота з комп'ютером, заняття музикою, рукоділля, настільні ігри, перебування у стані спокою стоячи | 1,3                |
| низька рухова активність                | особиста гігієна, одягання, незначна рухливість, уроки в школі, ходьба пішки у повільному темпі, їзда на велосипеді у повільному темпі   | 2,6                |
| середня рухова активність               | ходьба пішки у швидкому темпі, прогулянки, рухливі ігри, ранкова гімнастика, робота по господарству, їзда на велосипеді у швидкому темпі   | 4,0                |
| висока рухова активність                | біг, танці, плавання, ходьба на лижах, теніс, гра у футбол, спортивні заняття із інтенсивним фізичним навантаженням  | 6,0                |

## Карта формалізованого самозвіту про добову рухову активність

| Буденний день          |                       |     |                                    | Короткий зміст діяльності  | Вихідний день          |                       |     |                                    |
|------------------------|-----------------------|-----|------------------------------------|--|------------------------|-----------------------|-----|------------------------------------|
| Час початку діяльності | Тривалість у хвиликах | МЕТ | Енерговитрати (заповнює дослідник) |  | Час початку діяльності | Тривалість у хвиликах | МЕТ | Енерговитрати (заповнює дослідник) |
| (а)                    | (б)                   | (в) | (б*в)                              |  | (а)                    | (б)                   | (в) | (б*в)                              |
| напередодні -          |                       | 0,9 |                                    | Сон  | напередодні -          |                       | 0,9 |                                    |
|                        |                       | 2,6 |                                    | Підйом, гігієнічні процедури   |                        |                       | 2,6 |                                    |
|                        |                       | 2,6 |                                    | Ранкова гімнастика (якщо виконуєте)  |                        |                       | 2,6 |                                    |
|                        |                       | 1,3 |                                    | Сніданок   |                        |                       | 1,3 |                                    |
|                        |                       | 4,0 |                                    | Дорога пішки до школи або у вихідний день до гурткових занять                                      |                        |                       | 4,0 |                                    |
|                        |                       | 1,3 |                                    | Проїзд у транспорті до школи або у вихідний день до гурткових занять                               |                        |                       | 1,3 |                                    |
|                        |                       | 2,6 |                                    | Перебування у школі  |                        |                       | -   |                                    |
|                        |                       | 1,3 |                                    | У тому числі під час перерв: сидів у класі, стояв у коридорі, ходив, бігав (необхідне підкреслити) |                        |                       | -   |                                    |
|                        |                       | 4,0 |                                    | Дорога пішки додому із школи або у вихідний день з гурткових занять                                |                        |                       | 4,0 |                                    |
|                        |                       | 1,3 |                                    | Проїзд у транспорті додому   |                        |                       | 1,3 |                                    |
|                        |                       | 1,3 |                                    | Обід   |                        |                       | 1,3 |                                    |
|                        |                       | 1,3 |                                    | Виконання домашнього завдання  |                        |                       | 1,3 |                                    |
|                        |                       | 1,3 |                                    | Перегляд TV  |                        |                       | 1,3 |                                    |
|                        |                       | 4,0 |                                    | Прогулянка на свіжому повітрі  |                        |                       | 4,0 |                                    |
|                        |                       | 4,0 |                                    | Допомога вдома по господарству   |                        |                       | 4,0 |                                    |
|                        |                       | 1,3 |                                    | Діяльність за комп'ютером  |                        |                       | 1,3 |                                    |
|                        |                       | 2,6 |                                    | Спілкування з друзями у приміщенні   |                        |                       | 2,6 |                                    |
|                        |                       | 6,0 |                                    | Заняття у спортивній або танцювальній секції (вказіть якої)  |                        |                       | 6,0 |                                    |
|                        |                       |     |                                    | Інші заняття (вказіть вид заняття)   |                        |                       |     |                                    |
|                        |                       | 1,3 |                                    | Вечеря   |                        |                       | 1,3 |                                    |
|                        |                       | 2,6 |                                    | Гігієнічні процедури   |                        |                       | 2,6 |                                    |
|                        |                       | 0,9 |                                    | Сон (початок)  |                        |                       | 0,9 |                                    |
| Всього                 | 1440                  |     |                                    |  |                        | 1440                  |     |                                    |

**Визначення рівня сформованості когнітивного компоненту  
ціннісного ставлення до здоров'я**

Уважно прочитай твердження і познач **один варіант відповіді**,  
з яким ти згоден.

**1. Під здоров'ям я розумію:**

- 1) Стан гарного самопочуття
- 2) Стан фізичного, психічного та соціального благополуччя
- 3) Стан відсутності захворювань

**2. Вважаю, що фізичний розвиток – це:**

- 1) Зміни розмірів, пропорцій, форм тіла
- 2) Зростання сили та витривалості людини
- 3) Збільшення зросту і ваги тіла

**3. Про моє здоров'я свідчать (можна обрати декілька варіантів):**

- 1) Робота організму
- 2) Стиль спілкування з друзями
- 3) Звички
- 4) Спосіб життя
- 5) Думки

**4. Організм отримує потрібну енергію для життя завдяки:**

- 1) Здатності до розвитку
- 2) Обміну речовин
- 3) Здатності до розмноження
- 4) Рухам

**5. Ми їмо для того, щоб:**

- 1) Не загинути
- 2) Отримувати поживні речовини
- 3) Отримувати поживні речовини і енергію
- 4) Відчутти приємний смак продуктів

**6. Рухи людини та її здоров'я між собою не пов'язані:**

- 1) Згоден
- 2) Ні, не згоден

**7. Виконання професійних обов'язків може нанести шкоду моєму здоров'ю:**

- 1) Так
- 2) Ні

**8. Робота мобільного телефону наносить шкоду організму людини:**

- 1) Згоден
- 2) Ні, не згоден, це все балачки

**9. Лихослів'я є одним із чинників, що наносить шкоду моєму здоров'ю:**

- 1) Так
- 2) Це трапляється інколи
- 3) Нічого шкідливого в лихослів'ї немає, це – звичка

**10. Здоров'я людини найбільше залежить від (підкресли тільки один варіант відповіді):**

- 1) Якості медичного обслуговування
- 2) Екології довкілля
- 3) Професії людини
- 4) Способу життя людини
- 5) Долі

**11. Я допоміг би при організації виховної години на тему:**

- 1) Спілкування в молодіжному середовищі
- 2) Здоров'я – найважливіша цінність людини
- 3) Уроки економності та бережливості

**12. Я цікавлюся проблемами і питаннями, що стосуються збереження здоров'я:**

- 1) Так, дуже часто
- 2) Час від часу
- 3) Не можу сказати про це з певністю
- 4) Мені вже набридли балачки про здоров'я

**13. З науково-популярних передач я би обрав подивитися (підкресли тільки один варіант відповіді):**

- 1) Передачу про тварин
- 2) Трансляцію футбольного матчу (або інший вид спорту)
- 3) Передачу про вплив харчування на здоров'я людини
- 4) Я не дивлюся жодну з таких передач

**14. Моє здоров'я можна оцінити як:**

- 1) Погане
- 2) Задовільне
- 3) Добре
- 4) Відмінне

**15. Я користуюся ліками:**

- 1) Більше 4-х разів на рік
- 2) 3–4 рази на рік
- 3) 1–2 рази на рік
- 4) Практично не хворію, тому ліки не використовую

**Інтерпретація даних анкети.** Критерію «Знання» когнітивного компоненту ціннісного ставлення до здоров'я відповідають три показники: знання про здоров'я та його складові; інтерес до проблем здоров'я; адекватна самооцінка здоров'я. Показник «Знання про здоров'я та його складові» характеризується запитаннями під номерами 1-10.

**Ключ до анкети «Визначення рівня сформованості показників когнітивного компоненту ціннісного ставлення до здоров'я».**

**Показник «Знання про здоров'я та його складові»**

| № запитання | 1 | 2 | 3             | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|-------------|---|---|---------------|---|---|---|---|---|---|----|
| № відповіді | 2 | 1 | 1,2,<br>3,4,5 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 4  |

Якщо кількість відповідей, що співпали із ключем, 9-10, то вважається, що показник «Знання про здоров'я та його складові» сформований та відповідає



встановленому рівню (це 1 бал); якщо правильних відповідей 5-8 – частково сформований (це 0,5 бали); 0-4 – недостатньо сформований (це 0 балів).

Показник «Інтерес до проблем здоров'я» визначається за номерами 11–13 запитань анкети.

**Ключ до анкети «Визначення рівня сформованості когнітивного компоненту ціннісного ставлення до здоров'я»**

**Показник «Інтерес до проблем здоров'я»**

| <b>№ запитання</b>    | <b>11</b> | <b>12</b> | <b>13</b> |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|
| № потрібної відповіді | 2         | 1         | 3         |

Якщо всі відповіді на запитання під номерами 11–13 співпали із ключем, то вважається, що показник «Інтерес до проблем здоров'я» сформований (це 1 бал); якщо співпало 2 відповіді – частково сформований (це 0,5 бали); 0-1 – недостатньо сформований (це 0 балів).

Показник «Адекватна самооцінка власного здоров'я» визначається за збігом відповідей на запитання 14 і 15. Якщо номери обраних відповідей співпали (наприклад, 1 і 1, 2 і 2, 3 і 3, 4 і 4), то самооцінка здоров'я визнається адекватною (це 1 бал). Якщо номери відповідей не збігаються, то самооцінка здоров'я – неадекватна (це 0 балів).

**Визначення рівня сформованості ціннісно-мотиваційного компоненту  
ціннісного ставлення до здоров'я**

Уважно прочитай твердження і познач один варіант відповіді,  
з яким ти згоден

- 1. У моєму житті здоров'я посідає:**
  - 1) Дуже важливе місце
  - 2) Важливе місце
  - 3) Звичайне місце
- 2. Якби треба було обрати між життєвими цінностями, я би обрав(ла)  
(обери тільки один варіант відповіді):**
  - 1) Дружба
  - 2) Здоров'я
  - 3) Матеріально забезпечене життя
  - 4) Свобода
- 3. Я вважаю, що людині здоров'я потрібно (можна обрати декілька  
варіантів):**
  - 1) Для тривалого життя
  - 2) Для вибору улюбленої професії
  - 3) Для заробляння коштів
  - 4) Для позитивного іміджу
  - 5) Для створення сім'ї та виховання дітей
- 4. Хвороба – це випадковість; якщо судилося захворіти, то нічого не вдієш:**
  - 1) Згоден
  - 2) Ні, не згоден
  - 3) Не можу сказати
- 5. Вважаю, що правильний спосіб життя зможе більше допомогти  
здоров'ю, ніж лікарі та ліки**
  - 1) Згоден
  - 2) Ні, не згоден
  - 3) Не можу сказати
- 6. Я згадую про своє здоров'я:**
  - 1) Тільки коли хворію
  - 2) Коли роблю те, що може нашкодити здоров'ю
  - 3) Майже кожного дня
  - 4) Не розумію, навіщо про нього згадувати
- 7. Здоровий спосіб життя у моєму житті:**
  - 1) Важливий
  - 2) Не потрібний
  - 3) Не замислююся над цим
- 8. Я завжди можу вберегтися від застуди, якщо правильно вдягаюся:**
  - 1) Згоден
  - 2) Ні, не згоден
  - 3) Важко сказати

### 9. Про фізичну культуру я можу сказати, що:

1) Про фізичну культуру і спорт навіть не нагадуйте, вони не мають до мене ніякого відношення;

2) Займаюся фізичною культурою тільки за примусом

3) Я хотів(ла) би займатися у спортивній секції

4) Мені подобається займатися у спортивній секції

**Інтерпретація даних анкети.** Критерію «Ціннісні орієнтації» ціннісно-мотиваційного компоненту ціннісного ставлення до здоров'я відповідають три показника: «Місце здоров'я в ієрархії життєвих цінностей особистості»; «Потреба в збереженні й зміцненні власного здоров'я та здоров'я інших», «Мотивація на здоровий спосіб життя».

**Ключ до анкети «Визначення рівня сформованості показників ціннісно-мотиваційного компоненту ціннісного ставлення до здоров'я»**

| № запитання           | 1 | 2 | 3             | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|-----------------------|---|---|---------------|---|---|---|---|---|---|
| № потрібної відповіді | 1 | 2 | 1,2,<br>3,4,5 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 |

Показнику «Місце здоров'я в ієрархії життєвих цінностей особистості» відповідають запитання під номерами 1, 2, 7; показнику «Потреба в збереженні й зміцненні власного здоров'я та здоров'я інших» – 5, 6, 9; показнику «Мотивація на здоровий спосіб життя» – 3, 4, 8.

Якщо всі відповіді на запитання під номерами для показників «Потреба до збереження і зміцнення власного здоров'я та здоров'я інших», «Мотивація на здоровий спосіб життя» співпали із ключем, то вважається, що цей показник сформований (це 1 бал); якщо співпало 2 відповіді – частково сформований (це 0,5 балів), 0-1 – недостатньо сформований (це 0 балів). Для показника «Сформованість цінності здоров'я як провідної в системі життєвих цінностей особистості» наявність трьох збігів відповідей анкети із ключем свідчить про провідне місце здоров'я в системі життєвих цінностей учня (це 1 бал), якщо збігів від 0 до 2 – то про інше місце здоров'я серед його особистісних цінностей (це 0 балів).

**Визначення рівня сформованості діяльнісно-поведінкового  
компоненту ціннісного ставлення до здоров'я**

Уважно прочитай твердження і познач **один варіант відповіді**, з яким ти  
згоден

**1. Я завжди піклуюся про своє здоров'я:**

- 1) Ні, про здоров'я я згадую дуже рідко
- 2) Здоров'ям треба займатися час від часу, особливо, коли захворієш
- 3) Так, я завжди і всюди піклуюся про своє здоров'я

**2. Вважаю, що мій спосіб життя ні в якій мірі не є причиною моєї хвороби  
або хвороб:**

- 1) Згоден
- 2) Ні, не згоден
- 3) Важко сказати

**3. Моя поведінка допомагає зберегти здоров'я:**

- 1) Згоден
- 2) Я про це не замислююся
- 3) Важко сказати: буває всяке

**4. Я дозволяю собі з'їсти чіпси, випити солодкої газованої води:**

- 1) Так, досить часто
- 2) Так, інколи
- 3) Я не вживаю цих продуктів

**5. Я можу сказати про себе, що:**

- 1) Я не маю шкідливих звичок
- 2) Я маю шкідливі звички
- 3) Я не розумію, що таке шкідливі звички

**6. У свій вільний час я:**

- 1) Відвідую спортивну секцію (спортклуб)
- 2) Відвідую гурток (за інтересом, моє хобі)
- 3) Планую свій вільний час самостійно, в залежності від різних обставин

**7. Я завжди відмовляюся від вчинків, які можуть нанести шкоду моєму  
здоров'ю (не роблю їх):**

- 1) Я завжди зважую на можливі наслідки для здоров'я своїх вчинків
- 2) По можливості намагаюся не робити таких вчинків
- 3) Я спочатку роблю, а потім думаю
- 4) Роблю те, що вважаю за потрібне, а про здоров'я не згадую

**8. Я кожного дня роблю ранкову гімнастику:**

- 1) Так
- 2) Ні
- 3) Інколи

**9. Про себе я можу сказати, що інколи вживаю пиво (або слабоалкогольні  
коктейлі, енергетики) (рахується й у свята):**

- 1) Так
- 2) Ні

**10. Буває я курю:**

- 1) Так
- 2) Ні

**11. Я завжди двічі на день чищу зуби:**

- 1) Так, і завжди
- 2) Чищу тільки один раз, вранці
- 3) Особливо цим не переймаюся

**12. Я цілком задоволений своїм способом життя:**

- 1) Так
- 2) Ні
- 3) Намагаюся змінити свій спосіб життя, для цього контролюю свої вчинки

**Інтерпретація даних анкети.** До критерію «Вчинки, що впливають на здоров'я людини» діяльнісно-поведінкового компоненту ціннісного ставлення до здоров'я відносяться три показника: «Дотримання норм і правил здорового способу життя», «Відповідальна поведінка щодо збереження й зміцнення свого здоров'я та здоров'я інших», «Саморегуляція вчинків».

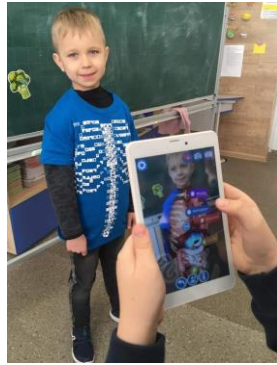
**Ключ до анкети «Визначення рівня сформованості  
діяльнісно-поведінкового компоненту ціннісного ставлення»**

| № запитання           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6                 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|----|----|----|
| № потрібної відповіді | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 або 2, або 1,2, | 1 | 1 | 2 | 2  | 1  | 3  |

Показнику «Дотримання норм і правил здорового способу життя» відповідають запитання під номерами 8-11; показнику «Відповідальна поведінка щодо збереження й зміцнення свого здоров'я та здоров'я інших» – 1, 3, 4, 6; показнику «Саморегуляція вчинків» – 2, 5, 7, 12. Якщо 3–4 відповіді на запитання під номерами для кожного з показників співпали із ключем, то вважається, що цей показник сформований (це 1 бал); якщо співпало 2 відповіді – частково сформований (це 0,5 балів); 0–1 – недостатньо сформований (це 0 балів).

## Педагогічні впливи

Дослідження  
особливостей  
дихальної та  
серцево-  
судинної  
систем



Рухливі  
перерви



Дослідження  
можливості  
використання  
лінійки на  
уроці фізичної  
культури



Позашкільні заходи (походи, вікенди, квести, спортивні свята тощо)



Творчо-рухові, дослідницькі та пізнавально-пошукові завдання в уроці фізичної культури



Методи суспільних ресурсів



Щоденник самоконтролю «Здоров'я дитини»

Комплекси дихальних вправ

**Комплекс дихальних вправ з малюнком «Лягушка»**

Головна вправа: виконання комплексу 12 разів

Головна вправа «Обійми плечі»

Стойка прямо, руки до плечей, лікоть вільні

1 – руки паралельно одна одній, голова нагору, видих

2 – вдих

Руки рухаються назустріч одна одній, наскільки можливо. Руки швидко не розводять в навітряжувачі. Вдих на стиснутому повітрі




Рис. Схема виконання вправ «Обійми плечі»

Послідовність виконання: «Подовжити», «Поготовити», «Насос», «Лягушка», «Обійми плечі»

Увага! Слідкуйте за самопочуттям, не переусвідомлюйте себе!


**Комплекс дихальних вправ з малюнком «Лягушка»**

Закрийте правим великим пальцем праву ніздрю і вдихайте через ліву. Потім відразу ж закрийте правим безпальцевим пальцем і лівою ніздрю, а правим пальцем приберіть, і вдихайте через ніс. Потім, не роблячи перерви, вдихайте через праву ніздрю. Знову закрийте правим великим пальцем праву ніздрю і вдихайте через ліву. Робіть вдих. Робіть вдих ніздрю, а вдих — двохніздрю.

Повторіть вправу повністю до 20 разів.

**Схема виконання вправ:**

1. Вдихнути через ліву;
2. Вдихнути через праву;
3. Вдихнути через ліву;
4. Вдихнути через ліву



Комплекси ранкової гімнастики, фізкультурхвилинок

**Комплекс вправ для розвитку орієнтації з малюнком «Лягушка»**

Головна вправа «Розширення»

Головна вправа «Лягушка»

| № | Вправа              | Ілюстрація | Метод виконання                       |         |        |
|---|---------------------|------------|---------------------------------------|---------|--------|
|   |                     |            |                                       | Середня | Висока |
| 1 | Вправа «Розширення» |            | Вправа виконується впродовж 10 секунд | 10-12   | 10-12  |
| 2 | Вправа «Лягушка»    |            | Вправа виконується впродовж 10 секунд | 10-12   | 10-12  |
| 3 | Вправа «Лягушка»    |            | Вправа виконується впродовж 10 секунд | 10-12   | 10-12  |
| 4 | Вправа «Лягушка»    |            | Вправа виконується впродовж 10 секунд | 10-12   | 10-12  |

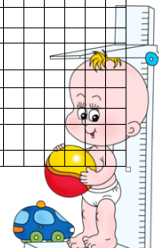
Категорія 2

| № | Вправа           | Ілюстрація | Метод виконання                       |         |        |
|---|------------------|------------|---------------------------------------|---------|--------|
|   |                  |            |                                       | Середня | Висока |
| 1 | Вправа «Лягушка» |            | Вправа виконується впродовж 10 секунд | 10-12   | 10-12  |

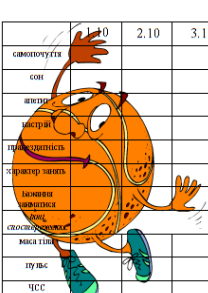
Сторінки самоконтролю

**Я РОСТУ**

| Показник                                    | Дата      |   |
|---|-----------|---|
|   | 1         | 2 |
| Мова тіла                                   | см        |   |
| Маса тіла                                   | кг        |   |
| Середній тиск крові                         | мм рт.ст. |   |
| Частота серцебиття в спокої                 | уд/хв     |   |
| Частота серцебиття при ходьбі               | уд/хв     |   |
| Частота серцебиття на виході                | уд/хв     |   |
| Частота серцебиття (в спокої) після заняття | уд/хв     |   |
| Диспное (в спокої)                          | в         |   |
| Диспное (під навантаженням)                 | в         |   |
| Диспное (під навантаженням) після           | в         |   |
| Артеріальний тиск                           | мм рт.ст. |   |
| Середній тиск                               | мм рт.ст. |   |



|                  | 2.0 | 3.0 | 4.0 | 5.0 | 6.0 |
|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| смакуют          |     |     |     |     |     |
| сон              |     |     |     |     |     |
| настрій          |     |     |     |     |     |
| апетит           |     |     |     |     |     |
| активність       |     |     |     |     |     |
| спрацьовує       |     |     |     |     |     |
| запам'ятовує     |     |     |     |     |     |
| спостережливість |     |     |     |     |     |
| мислять          |     |     |     |     |     |
| п'є              |     |     |     |     |     |
| ЧСС              |     |     |     |     |     |



Кодування завдань під QR – кодами

**Друзе!**

Кожна сесія разом починає активно з ранкової гімнастики!

Навряд чи фізично краще, але постійно з нами виконуйте комплекс завдань корисних вправ!

Завдяки їм вправи і заняття виконуватимуться з легкістю!


А щоб не було жаль згадати ці вправи, відскануйте QR-код. Після виконання комплексу завдань ви отримаєте медаль!

**Ранкова гімнастика**







Сторінки-цікавинки



Чи, що ти готовий до подорожі?  
Якщо так, то тобі потрібно цілком віддатися,  
що таке самоконтроль?

**Самоконтроль**  
Самоконтроль – це самостійне спостереження учня, який займається фізичною культурою, за змінами свого здоров'я, фізичного розвитку і фізичної підготовленості.  
Ефективність використання самоконтролю залежить від того, як добре учні володіють його засобами і чи додержуються даної основної правди:  
✓ всі вправи слід проводити в одній і тій самій час, в одних умовах і одними і тими ж інструментами;  
✓ для самоконтролю фігурує в шкільному Самоконтроль необхідно вести регулярно щодня в усі періоди занять, а також під час відпочинку. Облік даних проводиться самостійно учнем, однак на перших етапах вести щоденник самоконтролю допоможе вчитель та батьки. Найліпше буде періодично перевіряти, як здійснюється тобою самоконтроль та ведення щоденника.

Перш ніж ти перейдеш до виконання завдань цього щоденника, тобі потрібно пошкобуватися з деякими параметрами свого тіла. Також на цей час і переїждь до наступної сторінки




**Дихальна гімнастика Стрельникової**

Дихальна гімнастика Стрельникової, унікальний оздоровчий метод, створений дівчатка досягати, доступний кожному, хто захоче його освоїти і застосувати.


Цей оздоровчий метод допоможе Вам у таких проблемах як: нежить, алергія, гайморит, бронхіт, бронхіальна астма, шкірні захворювання (діатез, нейродерміт, псоріаз), невроз, неритмичне серцебиття, хвороби серцево-судинної системи, головні болі.

**Правила виконання дихальної гімнастики Стрельникової**


- Увага фіксується тільки на алікут носом. Вдих – голосний, різкий і короткий (як видих в долоні).
- Вдих повинен здійснюватися різь кожного алікут самостійно (близько через рот). Вдих – триває до алікут



Релакс-сторінки



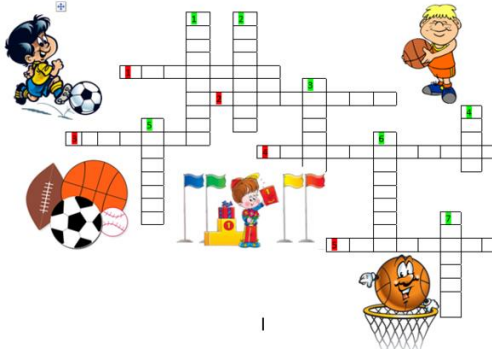
Якщо ти сподобався і в тебе немає сил виконувати вправи, то відпочинок. Візь свій розмальовку і забави малювати.



**Розмальовка!**



Рухово-пізнавальні завдання, кросворди, ребуси




Спробуй відгадати закодований ребус! ©

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Наукові праці, у яких опубліковані основні результати дисертації:*

1. Вітченко А. Рухова активність дітей молодшого шкільного віку в сучасних умовах. *Transformations in Contemporary Society: Social Aspects*. Opole: The Academy of Management and Administration. 2017. 223–229.
2. Вітченко А.М. Методична скарбничка формування, збереження та зміцнення здоров'я дитини засобами дихальної гімнастики: навчально-методичний посібник. Чернігів: ЧНПУ імені Т.Г.Шевченка, 2019. 109 с.
3. Лисенко Л.Л., Багінська О.В., Заровна А.М., Почтар О.М., Огієнко М.М. До організації і управління самостійними заняттями фізичними вправами учнів загальноосвітньої школи. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка (Серія: Педагогічні науки)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 80. Чернігів: ЧДПУ, 2010. С.169–172.
4. Лисенко Л.Л., Огієнко М.М., Заровна А.М. Технологія оздоровлення дітей молодшого шкільного віку на основі впровадження дихальних вправ у систему фізичного виховання в загальноосвітній школі. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. Науково-педагогічні проблем фізичної культури (фізична культура і спорт): зб. наукових праць / за ред. Г. М. Арзютова. К.: Видавництво НПУ імені М.П. Драгоманова, 2011. Випуск 10. С. 486–492.*
5. Заровна А.М. Методичне забезпечення реалізації оздоровлення дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 86. Т. II. Чернігів: ЧНПУ, 2011. С.194–199.
6. Вітченко А. М. Управління самостійною роботою молодших школярів у процесі зміцнення і формування власного здоров'я. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*

(Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт). Гол. ред. Носко М.О. Вип. 98 Т.ІІІ. Чернігів : ЧНПУ, 2012. С. 89–92.

7. Вітченко А. Педагогічні умови ефективного впровадження здоров'язбережувальної технології комплексного застосування дихальних вправ у процесі фізичного виховання молодших школярів. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*: зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Уклад. А. В. Цьось, С. П. Козібродський. Луцьк : Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. № 4 (20). С. 130–133.

8. Лисенко Л. Л., Вітченко А. М., Синявська Ю. Г. Впровадження сучасних здоров'язбережувальних технологій фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 102. Т. І Чернігів: ЧНПУ, 2012. С. 229–232.

9. Вітченко А. М. До проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку засобами дихальної гімнастики. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: Педагогічні науки)*. Гол. ред. Носко М.О. Вип. 108. Т. ІІ. Чернігів: ЧНПУ, 2013. С. 23–25.

10. Вітченко О.М. Лисенко Л.Л., Воеділова О.М. Педагогічна технологія формування правильної постави дітей молодшого шкільного віку на основі взаємодії їх фізичного і інтелектуального розвитку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт)*. Гол.ред. Носко М.О. Вип. 129. Т. ІІІ Чернігів: ЧНПУ, 2015. С. 52–56.

11. Вітченко А.М., Корнева А.О., Мельникова-Єгорченко Н.С. Пріоритетні напрямки вдосконалення процесу формування фізичної культури дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: педагогічні науки.*

*Фізичне виховання і спорт*). Гол.ред. Носко М.О. Вип. 147. Т.І. Чернігів : ЧНПУ, 2017. С. 58–63.

12. Vitchenko Alona Prerequisites for developing of integrated technology of health-preserving competence's formation of primary school children. Frankfurt: TK Meganom LLC. Paradigm of knowledge, 2020. 4(42). С. 97–109.

***Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:***

13. Витченко А. Н., Огиенко Н. Н., Лысенко Л. Л. Перспектива применения дыхательных упражнений для успешного физического совершенствования личности. *Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы*: тезисы докладов Международной научно-практической конференции. 25-26 апреля / редкол. : Е. С. Григорович [и др.]. Минск : БГМУ, 2013. С. 124–127.

14. Витченко А.Н. Подготовка будущих учителей к практической деятельности по использованию технологий физического развития и оздоровления детей. *Общественные и гуманитарные науки: тезисы 78-й научно-технической конференции профессорско-преподавательского состава, научных сотрудников и аспирантов / отв. за издание И. М. Жарский*. Минск : БГТУ, 2014. С. 79–80.

15. Вітченко А.М. Програма занять оздоровчим плаванням для дітей. *Наукові дискусії кафедри ППіМФ*: тези доповідей. Чернігів: ЧНПУ ім.Т.Г.Шевченка. 2016. С. 25–27.

16. Лисенко Л.Л., Воеділова О.М., Вітченко А.М., Порядіна В.В. Особливості педагогічної діяльності вчителів фізичної культури в роботі з учнями початкової школи. *Актуальні проблеми сучасної біомеханіки фізичного виховання та спорту*: матеріали XI Міжнародної наукової конференції пам'яті Анатолія Миколайовича Лапутіна (18-19 жовтня 2018 року; м. Чернігів). / відп. ред. С.В.Гаркуша. Чернігів : НУЧК імені Т.Г. Шевченка, 2018. С. 21–23.

17. Лисенко Л.Л., Вітченко А.М., Корнева А.М., Мельникова-Єгорченко Н.С. Формування культури рухів дітей молодшого шкільного віку як

складова їх здоров'язберезувальної компетентності. *Актуальні проблеми фізичної культури, спорту, фізичної терапії та ерготерапії: біомеханічні, психофізіологічні та метрологічні аспекти*: матеріали I Всеукраїнської електронної науково-практичної конференції з міжнародною участю (17 травня 2018 р., Київ) / ред. Г.В. Коробейніков, В.О. Кашуба, В.В. Гамалій. К.: НУФВСУ, 2018. С. 144–146.

18. Вітченко А.М., Корнева А.О., Коваленко А.М. Характеристика сучасних технологій візуалізації навчального матеріалу для дітей шкільного віку. *Інноваційні трансформації освітнього простору: зміст, напрями і технології реалізації*: матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених і студентів (16 травня 2019 р., м. Чернігів) / Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка / відп.ред. Г.І.Жара. Чернігів : НУЧК імені Т.Г.Шевченка, 2019. С. 9–13.

19. Вітченко А., Василенко Л. До проблеми формування навичок самоконтролю у дітей молодшого шкільного віку. *Інноваційні трансформації освітнього простору: зміст, напрями і технології реалізації* : матеріали VII Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції молодих учених і студентів (14 травня 2020 р., м. Чернігів) / Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка / відп.ред. Г.І.Жара. Чернігів : НУЧК імені Т.Г.Шевченка, 2020. С. 24–26.

20. Вітченко А.М. Ефективність впровадження авторської інтегрованої технології формування здоров'язберезувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. *Наукові дискусії кафедри педагогіки, психології і методики фізичного виховання*: тези доповідей. Чернігів : НУ«ЧК» імені Т.Г. Шевченка, 2020 С. 6–10.

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

21. Вітченко А., Бойко Ю., Корнієвська О. Активізація рухової активності дітей старшого дошкільного віку засобами фітбол-аеробіки.

*Актуальні проблеми фізичної культури, олімпійського та професійного спорту й реабілітації у навчальних закладах України.* Кіровоград: Поліграфічне підприємство «Ексклюзив-Систем», 2015. С. 159–164.

22. Вітченко А.М. Поняття здоров'я, як медико-біологічна і соціальна категорія. *Український вимір: міжнародний збірник науково-педагогічних, методичних статей і матеріалів з України та діаспори.* Чернігів : ЧОШПО, 2017. Число XIV. С. 177–180.

23. Вітченко А.М., Порядіна В.В., Рижик Т.О., Василенко Л.А. Методика організації і проведення занять оздоровчим плаванням. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: педагогічні науки. Фізичне виховання і спорт).* Гол. ред. Носко М.О. Вип. 154. Т. II. Чернігів : НУЧК, 2018. С. 103–106.

24. Вітченко А.М., Воєділова О.М., Василенко Л.А., Мельникова-Єгорченко Н.С. Педагогічні умови цілеспрямованого формування правильної постави дітей молодшого шкільного віку. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка (Серія: Педагогічні науки).* Гол.ред. Носко М.О. Вип. 152. Т.ІІ Чернігів : ЧНПУ, 2018. С. 45–48.

25. Вітченко А. Обґрунтування інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання. *Наукові дискусії кафедри педагогіки, психології і методики фізичного виховання: тези доповідей.* Чернігів : НУ«ЧК» імені Т.Г. Шевченка, 2019 С. 18–23.

26. Вітченко А. Скрайбінг як сучасна інноваційна технологія візуалізації знань дітей молодшого шкільного віку. *Vzdelávanie a spoločnosť IV. Medzinárodný nekonferenčný zborník.* PREŠOV: Prešovská univerzita, 2019. P. 9–15.

### **Відомості про апробацію результатів дисертації**

1. III Міжнародна науково-методична конференція «Сучасні проблеми та перспективи розвитку фізичного виховання, здоров'я і професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичного виховання» (Київ, 10-11 березня 2011); форма участі – виступ з доповіддю.
2. Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми фізичного виховання та спорту на сучасному етапі і шляхи їх вирішення» (Чернігів, 19-20 травня 2011); форма участі – виступ з доповіддю.
3. Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні технології формування особистості фахівця з фізичного виховання, спорту та основ здоров'я» (Чернігів, 25-27 квітня 2012); форма участі – виступ з доповіддю.
4. V Міжнародна науково-практична конференція «Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві» (Луцьк-Світязь, 27-29 вересня 2012); форма участі – виступ з доповіддю.
5. Міжнародна наукова конференції пам'яті Лапутіна А.М. «Актуальні проблеми сучасної біомеханіки фізичного виховання та спорту» (Чернігів, 25-26 жовтня 2012, 2015, 19-20 жовтня 2017, 18-19 жовтня 2018, 17-18 жовтня 2019, 26 листопада 2020); форма участі – виступ з доповіддю.
6. Международная научно-практическая конференция «Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы» (Минск, Беларусь, 25-26 квітня 2013); форма участі – виступ з доповіддю.
7. IV Міжнародна науково-практична конференція «Сучасні технології формування особистості фахівця з фізичного виховання, спорту та основ здоров'я людини» (Чернігів, 26 квітня 2018); форма участі – виступ з доповіддю.
8. I Всеукраїнській електронній науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми фізичної культури, спорту, фізичної терапії та ерготерапії: біомеханічні, психофізіологічні та метрологічні аспекти» (Київ, 17 травня 2018 р.); форма участі – заочна.

9. I Відкритий науково-методичний семінар-практикум «Особливості використання інноваційних здоров'язбережувальних технологій в освітньому процесі» (Слов'янськ, 12 грудня 2018), форма участі – заочна.

10. VI Всеукраїнська науково-практична конференція молодих учених і студентів «Інноваційні трансформація освітнього простору: зміст, напрями і технології реалізації» (Чернігів, 16 травня 2019); форма участі – виступ з доповіддю.

11. VII Всеукраїнська науково-практична Інтернет-конференція молодих учених і студентів «Інноваційні трансформації освітнього простору: зміст, напрями і технології реалізації» (Чернігів, 14 травня 2020); форма участі – виступ з доповіддю.



## АКТ

впровадження результатів дисертаційного дослідження у процес фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку приватного підприємства «Приватна школа «МудрАнгелики»

від «02» листопада 2019 р.

Ми, ті що підписалися нижче, склали цей акт по те, що результати роботи, виконаної відповідно до теми дисертаційного дослідження «Інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання» було впроваджено в освітній процес з фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку приватного підприємства «Приватна школа «МудрАнгелики». Виконавець теми – Вітченко Альона Миколаївна, вносила в освітній процес такі рекомендації та пропозиції:

| Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика   | Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання  | Ефект від впровадження  |
|---|---|---|
| <p>Впроваджено інтегровану технологію формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання для підвищення рівня їх здоров'язбережувальної компетентності.</p> <p>Концепцією якої є створення ціннісних установок на формування, збереження та зміцнення здоров'я за рахунок ефективного управління руховою і пізнавальною діяльністю дітей молодшого шкільного віку в процесі занять фізичними вправами. Невід'ємною складовою концепції є</p> | <p>Вперше впроваджено інтегровану технологію формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання, що передбачає комплекс педагогічних впливів на рухову і пізнавальну діяльність дітей молодшого шкільного віку.</p> <p>Методичне забезпечення технології розроблене на основі алгоритму реалізації авторської методики та передбачає впровадження творчо-рухових та дихальних вправ в урок фізичної культури, самостійні</p> | <p>Впроваджена інтегрована технологія сприяла покращенню показників фізичного здоров'я, рівня рухової активності, ціннісного ставлення до здоров'я та навичок самоконтролю у дітей молодшого шкільного віку.</p> <p>Результатом впровадження технології було покращення рівня здоров'язбережувальної компетентності в процесі фізичного виховання у дітей молодшого шкільного віку.</p> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>принцип спряженого впливу на рухову і дихальні систему.</p> <p>Впроваджено комплекс методичного забезпечення реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку в процесі фізичного виховання.</p> | <p>заняття фізичними вправами, фізкультхвилинки на загальноосвітніх уроках, рухливі перерви та позакласні заходи з фізичного виховання.</p> |  |
|---|---|--|

Директор  
приватного підприємства  
«Приватна школа «МудрАнгелики»



Неля Лавріненко

**РІПКИНЬСЬКА ГІМНАЗІЯ ІМЕНІ С.РУСОВОЇ  
РІПКИНЬСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ  
15000, смт. Ріпки, вул. Святомиколаївська, 43**

від «11» листопада 2018 р.

**ДОВІДКА**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Вітченко Альони Миколаївни

На базі Ріпкинської гімназії імені Софії Русової впродовж 2011-2018 рр. здійснювалось дослідження рівня фізичного розвитку, рівня рухової активності, рівня ціннісного відношення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

З метою апробації результатів дослідження А.М.Вітченко на тему «Інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку» до освітнього процесу Ріпкинської гімназії імені Софії Русової впродовж 2011-2018 рр. було впроваджено:

- Методичні рекомендації щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку на основі впровадження здоров'язбережувальних технологій (дихальних вправ, фітбол-гімнастики, ароматерапії, фітнес-аеробіка тощо) в різні форми фізичного виховання.
- Методичні рекомендації щодо підвищення рівня мотивації дітей молодшого шкільного віку до занять фізичними вправами на основі впровадження різноманітних активних та інтерактивних методів навчання.
- Авторську методику формування здоров'язбережувальної компетентності у процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку.
- Для вчителів початкових класів та вчителів фізичної культури підготовлено навчально-методичний посібник «Методична скарбничка формування, збереження та зміцнення здоров'я дитини засобами дихальної гімнастики»

Впровадження в практику вищезазначених рекомендацій допомогло покращити науково-методичну компетентність вчителів фізичної культури, забезпечити високий рівень фізичного розвитку та показників здоров'я, сприяти формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, що підтверджує актуальність і практичну значущість дисертаційних досліджень А.М.Вітченко.

Директор  
Ріпкинської гімназії імені Софії Русової



Наталія Корж

**РІПКИНСЬКИЙ ОПОРНИЙ ЗАКЛАД  
ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ І-ІІІ СТУПЕНІВ  
РІПКИНСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ  
15000, смт. Ріпки, вул. Пирогова, 5**

від «15» жовтня 2018 р.

**ДОВІДКА**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Вітченко Альони Миколаївни

На базі Ріпкинсько ОЗЗСО І-ІІІ ст. впродовж 2011-2018 рр. здійснювалось дослідження рівня фізичного розвитку, рівня рухової активності, рівня ціннісного відношення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

З метою апробації результатів дослідження А.М.Вітченко на тему «Інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку» до освітнього процесу Ріпкинсько ОЗЗСО І-ІІІ ст. впродовж 2011-2018 рр. було впроваджено:

- Методичні рекомендації щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку на основі впровадження здоров'язбережувальних технологій (дихальних вправ, фітбол-гімнастики, ароматерапії, фітнес-аеробіка тощо) в різні форми фізичного виховання.
- Методичні рекомендації щодо підвищення рівня мотивації дітей молодшого шкільного віку до занять фізичними вправами на основі впровадження різноманітних активних та інтерактивних методів навчання.
- Авторську методичку формування здоров'язбережувальної компетентності у процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку.
- Для вчителів початкових класів та вчителів фізичної культури підготовлено навчально-методичний посібник «Методична скарбничка формування, збереження та зміцнення здоров'я дитини засобами дихальної гімнастики»

Впровадження в практику вищезазначених рекомендацій допомогло покращити науково-методичну компетентність вчителів фізичної культури, забезпечити високий рівень фізичного розвитку та показників здоров'я, сприяти формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, що підтверджує актуальність і практичну значущість дисертаційних досліджень А.М.Вітченко.

Директор  
Ріпкинського ОЗЗСО І-ІІІ ст.



Сергій Лебедко

**ЧЕРНІГІВСЬКИЙ КОЛЕГІУМ № 11**  
**ЧЕРНІГІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЧЕРНІГІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ**  
**14033, м. Чернігів, пр. Миру, 137**

від «12» 07 \_\_\_\_\_ 2020р.

**ДОВІДКА**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
 Вітченко Альони Миколаївни

На базі Чернігівського колегіуму № 11 впродовж 2015-2019 рр. здійснювалось дослідження рівня фізичного розвитку, рівня рухової активності, рівня ціннісного відношення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

З метою апробації результатів дослідження А.М.Вітченко на тему «Інтегрована технологія формування здоров'язбережувальної компетентності в процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку» до освітнього процесу Чернігівського колегіуму № 11 впродовж 2015-2019 рр. було впроваджено:

- Методичні рекомендації щодо реалізації інтегрованої технології формування здоров'язбережувальної компетентності у процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку.
- Методичні рекомендації щодо формування ціннісного відношення дітей молодшого шкільного віку до власного здоров'я на основі впровадження дихальних вправ в різні форми фізичного виховання.
- Авторську методику формування здоров'язбережувальної компетентності у процесі фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку.

Впровадження в практику вищезазначених рекомендацій допомогло покращити науково-методичну компетентність вчителів фізичної культури, забезпечити високий рівень фізичного розвитку та показників здоров'я та сприяти формування здоров'язбережувальної компетентності дітей молодшого шкільного віку, що підтверджує актуальність і практичну значущість дисертаційних досліджень А.М.Вітченко.

Директор  
 Чернігівського колегіуму № 11



Світлана Рубан

### ДОВІДКА

про впровадження результатів дослідження  
з теми «**Формування навичок самоконтролю дітей молодшого шкільного віку  
в процесі занять фізичними вправами**»

студентки б1 групи факультету фізичного виховання  
Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка  
Василенко Лариси Анатоліївни, Лисенко Людмили Леонідівни,  
Вітченко Альони Миколаївни

В загальноосвітній школі №33 м. Чернігів з метою апробації результатів дослідження магістерської роботи Василенко Лариси Анатоліївни «**Формування навичок самоконтролю дітей молодшого шкільного віку в процесі занять фізичними вправами**» до освітнього процесу було впроваджено:

| Найменування пропозиції і коротка характеристика   | Наукова новизна   | Ефект від впровадження  |
|--|---|---|
| <p><b>Методика формування навичок самоконтролю у дітей молодшого шкільного</b></p> <p>Провідною ідеєю реалізації методики є активізація пізнавального інтересу школярів за рахунок впровадження в освітній процес з фізичного виховання активних методів навчання, творчих навчально-пізнавальних, дослідницьких завдань та ведення щоденнику самоконтролю.</p> <p>Методика включає комплекс засобів формування навичок самоконтролю: ведення щоденників самоконтролю, впровадження рефлексивних технологій в урок фізичної культури, домашні завдання дослідницького характеру, пізнавально-пошукові завдання в уроці фізичної культури, оціночні завдання.</p> | <p>Обґрунтовано, розроблено та запроваджено в практику методики <b>формування навичок самоконтролю у дітей молодшого шкільного</b> шляхом створення передумов для стимулювання їх внутрішньої мотивації та активізації пізнавального інтересу різноманітними засобами і активними методами навчання</p> | <p>Впровадження методики позитивно вплинуло на рівень сформованості навичок самоконтролю дітей молодшого шкільного та рівень їх рухової активності.</p> |

Директор ЗЗСО № 33 м. Чернігів

Від 08 грудня 2020 р.



Лисенко Л.В.  
(Прізвище та ініціали)