МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
УМАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет соціально-психологічної освіти та фізичної культури
Кафедра медико-біологічних дисциплін та військово-патріотичної підготовки

Допущено до захисту
Завідувач кафедри медико-біологічних дисциплін
та військово-патріотичної підготовки
_____
«_____»_____20_____р.___

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ступінь вищої освіти «Магістр»

ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ НА УРОКАХ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Виконав: здобувач 2 курсу, 22м-з-фк групи
освітньої програми: Середня освіта (Фізична культура)
спеціальності: А4 Середня освіта
предметна спеціальність:
А4.11 середня освіта (Фізична культура)
Склярук Андрій Сергійович

Керівник: доцент, кандидат
педагогічних наук, доцент
Соколенко Людмила Степанівна

Умань – 202

Анотація

У магістерській роботі «Формування здоров'язбережувальної компетентності у процесі підготовки учнів початкової школи на уроках фізичної культури» досліджено теоретичні та практичні аспекти формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи в процесі фізичного виховання. Обґрунтовано актуальність проблеми збереження та зміцнення здоров'я дітей молодшого шкільного віку, формування в них відповідального ставлення до власного здоров'я та мотивації до ведення здорового способу життя.

Проаналізовано психолого-педагогічні та вікові особливості учнів початкової школи, визначено сутність, структурні компоненти та основні показники сформованості здоров'язбережувальної компетентності. Розкрито роль уроків фізичної культури у формуванні культури здоров'я, розвитку рухової активності, засвоєнні навичок особистої гігієни, дотриманні правил безпечної поведінки та усвідомленні значення фізичних вправ для зміцнення організму.

Особливу увагу приділено педагогічним умовам і методичним підходам до формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів. Розглянуто можливості використання рухливих ігор, фізкультурно-оздоровчих вправ, інтерактивних методів навчання та здоров'язбережувальних технологій під час проведення уроків фізичної культури.

У практичній частині магістерської роботи передбачено проведення педагогічного дослідження, спрямованого на визначення рівня сформованості здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи та оцінювання ефективності запропонованої методики. Визначено критерії та показники оцінювання, а також підходи до аналізу змін у рівнях сформованості відповідних знань, умінь, навичок і ціннісного ставлення до здоров'я.

Практичне значення дослідження полягає в можливості використання розроблених методичних рекомендацій учителями початкових класів і фізичної культури для вдосконалення освітнього процесу, підвищення рухової активності дітей, формування навичок здорового способу життя та створення здоров'язбережувального освітнього середовища в закладах загальної середньої освіти.

Ключові слова: здоров'язбережувальна компетентність, учні початкової школи, молодші школярі, фізична культура, фізичне виховання, здоровий спосіб життя, збереження здоров'я, зміцнення здоров'я, рухова активність, здоров'язбережувальні технології, педагогічні умови, освітній процес.

ABSTRACT

The master's thesis examines the theoretical and practical aspects of developing health-preserving competence in primary school students through physical education. The relevance of preserving and improving the health of primary school children is substantiated, with particular attention paid to fostering a responsible attitude towards personal health and motivation to adopt a healthy lifestyle.

The psychological, pedagogical, and age-related characteristics of primary school students are analysed. The essence, structural components, and main indicators of health-preserving competence are identified. The role of physical education lessons in developing health culture, increasing physical activity, acquiring personal hygiene skills, following safety rules, and understanding the importance of physical exercise for strengthening the body is highlighted.

Particular attention is paid to the pedagogical conditions and methodological approaches to developing health-preserving competence in younger schoolchildren. The possibilities of using active games, physical fitness and health-improving exercises, interactive teaching methods, and health-preserving technologies during physical education lessons are considered.

The practical part of the master's thesis involves conducting a pedagogical study aimed at determining the level of health-preserving competence among primary school students and evaluating the effectiveness of the proposed methodology. Assessment criteria and indicators are identified, along with approaches to analysing changes in students' knowledge, abilities, skills, and value-based attitudes towards health.

The practical significance of the research lies in the possibility of applying the developed methodological recommendations by primary school and physical education teachers to improve the educational process, increase children's physical activity, promote healthy lifestyle skills, and create a health-preserving educational environment in general secondary education institutions.

Keywords: health-preserving competence, primary school students, younger schoolchildren, physical education, physical education lessons, healthy lifestyle, health preservation, health promotion, physical activity, health-preserving technologies, pedagogical conditions, educational process.

МІСТ

ВСТУП……...**3**

РОЗДІЛ 1. Феномен здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи: теорія і методологія.....….....9

1.1. Теоретична сутність та структурно-змістова характеристика здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів ….....9

1.2. Методологічні підходи та принципи формування здоров'язбережувальної компетентності засобами фізичної культури.....23

Висновки до першого розділу…….....40

РОЗДІЛ 2. Сучасна педагогічна система формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи……...42

2.1. Структурно-функціональна модель та педагогічні умови формування здоров'язбережувальної компетентності 42

2.2. Ефективні технології та методи здоров'язбережувальної спрямованості в освітньому процесі початкової школи 47

Висновки до другого розділу…….....60

Висновки…….…...62

Список використаних джерел……..…**70**

ВСТУП

Актуальність дослідження. Наявний розвиток української системи загальної середньої освіти відбувається в умовах суттєвої трансформації уявлень про роль фізичного виховання у забезпеченні гармонійного розвитку особистості. Традиційне розуміння фізичної культури переважно як засобу розвитку рухових якостей, удосконалення фізичної підготовленості та підтримання належного рівня функціональних можливостей організму поступово поступається комплексному підходу, у межах якого фізичне виховання розглядається як важливий компонент формування культури здоров'я, відповідального ставлення до власного організму та здатності самостійно приймати рішення щодо збереження і зміцнення здоров'я [1].

Сучасна трансформація системи початкової освіти зумовлює необхідність переосмислення пріоритетів освітнього процесу, серед яких особливого значення набуває збереження та зміцнення здоров'я дитини. Особлива роль у вирішенні цього завдання належить формуванню здоров'язбережувальної компетентності учнів. Її становлення передбачає не обмежене засвоєння інформації про правила здорового способу життя, а формування інтегрованої здатності дитини використовувати відповідні знання у практичній діяльності, контролювати власний фізичний стан, усвідомлювати значення рухової активності, дотримуватися безпечної поведінки та відповідально ставитися до власного здоров'я [2].

Значний потенціал для реалізації зазначених завдань має фізична культура. На відміну від багатьох інших освітніх компонентів, вона безпосередньо пов'язана з активною руховою діяльністю, розвитком фізичних якостей, удосконаленням координаційних можливостей та формуванням практичного досвіду взаємодії дитини зі своїм організмом. Актуальність проблеми зумовлена також необхідністю врахування вікової специфіки молодших школярів [3]. У цьому віці активно розвиваються

механізми довільної регуляції поведінки, формуються первинні навички самооцінювання, відповідальності та самостійності. Окремої уваги потребує створення здоров'язбережувального освітнього середовища, у якому фізичне навантаження відповідає віковим та індивідуальним можливостям учнів, забезпечується емоційний комфорт, дотримуються вимоги безпеки, а педагогічна взаємодія сприяє формуванню позитивного ставлення до фізичної активності.

Отже, сучасна початкова школа потребує системного підходу до формування здоров'язбережувальної компетентності, у якому фізична культура розглядається не лише як засіб фізичного розвитку, а як важливий компонент становлення особистості, здатної усвідомлено піклуватися про власне здоров'я [4]. Це актуалізує необхідність теоретичного осмислення сутності та структури здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів, визначення педагогічних умов її формування, обґрунтування відповідної педагогічної моделі та розроблення методичного забезпечення її реалізації на уроках фізичної культури.

Об'єкт дослідження - процес формування здоров'язбережувальної компетентності у процесі підготовки учнів початкової школи на уроках фізичної культури.

Предмет - модель та технології формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи засобами фізичної культури.

Мета роботи - визначити та обгрунтувати педагогічні умови й технологічні засоби формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи у процесі навчання фізичної культури.

Гіпотеза дослідження. Формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи на уроках фізичної культури буде результативнішим, якщо цей процес:

- ґрунтуватиметься на цілісному розумінні здоров'язбережувальної компетентності як інтегрованого особистісного утворення, що поєднує

мотиваційно-ціннісні орієнтації, відповідні знання, практичні вміння, поведінковий досвід і здатність до саморегуляції;

- здійснюватиметься з урахуванням вікових, індивідуальних і психофізіологічних особливостей молодших школярів, рівня їхньої фізичної підготовленості та сформованості потреби у руховій активності;

- забезпечуватиметься системою взаємопов'язаних педагогічних умов, спрямованих на формування позитивної мотивації до фізичної активності, засвоєння здоров'язбережувальних знань, набуття практичного досвіду та розвиток навичок самоконтролю;

- реалізовуватиметься на основі педагогічної моделі, яка забезпечує взаємозв'язок цільового, змістового, процесуального, діяльнісного та результативного компонентів освітнього процесу;

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати та систематизувати сучасні наукові підходи до розуміння феномену здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи, визначити її сутність, структуру, зміст і функціональні характеристики.

2. Обґрунтувати методологічні підходи та педагогічні принципи формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів у процесі фізкультурної освіти з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей дітей.

3. Встановити педагогічні умови та обгрунтувати структурно-функціональну модель формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи на уроках фізичної культури.

4. Визначити зміст, форми, методи й технології здоров'язбережувальної спрямованості, які забезпечують послідовне формування мотиваційно-ціннісного, когнітивного, діяльнісного та рефлексивно-регулятивного компонентів компетентності.

Наукова новизна дослідження:

- обґрунтовано концептуальні засади формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи у процесі фізкультурної освіти на основі взаємозв'язку компетентнісного, діяльнісного, особистісно орієнтованого та здоров'язбережувального підходів;

- уточнено сутність і структурний зміст здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів, яку розглянуто як інтегроване особистісне утворення, що охоплює мотиваційно-ціннісний, когнітивний, діяльнісний та рефлексивно-регулятивний компоненти;

- теоретично обґрунтовано систему педагогічних умов формування здоров'язбережувальної компетентності на уроках фізичної культури, що передбачає поєднання змістовного збагачення фізкультурної освіти, диференціації фізичних навантажень, активізації мотивації учнів і розвитку навичок самоконтролю та саморегуляції;

Теоретична значимість дослідження полягає в:

- систематизовано наукові підходи до трактування понять «здоров'язбережувальна компетентність», «здоров'язбережувальна діяльність», «здоров'язбережувальна поведінка» та визначено їх взаємозв'язок у контексті початкової фізкультурної освіти;

- поглиблено теоретичні положення щодо компетентнісного потенціалу фізичної культури як освітньої галузі, здатної забезпечувати одночасний розвиток фізичних, когнітивних, мотиваційних і регулятивних характеристик особистості молодшого школяра;

- конкретизовано теоретичні засади педагогічного супроводу здоров'язбережувального розвитку дитини, з урахуванням вікової динаміки, індивідуальних можливостей, характеру рухової активності та особливостей освітньої взаємодії;

- розширено наукові уявлення про структуру та механізми становлення здоров'язбережувальної компетентності шляхом визначення

взаємозалежності між ціннісним ставленням до здоров'я, знаннями, практичними вміннями та здатністю до саморегуляції;

Практична значущість дослідження:

- запропоновано методичні орієнтири організації уроків фізичної культури, спрямованих на комплексне формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи;

- визначено комплекс педагогічних засобів і прийомів для розвитку мотивації до рухової активності, формування навичок самоконтролю, безпечної поведінки та усвідомленого ставлення до фізичного навантаження;

- встановлено критерії, показники та рівні сформованості здоров'язбережувальної компетентності, які можуть використовуватися педагогами для педагогічного спостереження, оцінювання динаміки та коригування освітнього процесу;

- матеріали дослідження можуть бути використані під час підготовки та підвищення кваліфікації вчителів фізичної культури, розроблення навчально-методичних матеріалів, освітніх програм і факультативних занять, орієнтованих на формування культури здоров'я учнів початкової школи.

Експериментальна база дослідження.

Дослідно-експериментальна робота проводилася на базі факультету соціально-психологічної освіти та фізичної культури Уманського національного університету в три етапи:

На першому етапі (2025 р.) Проаналізували та систематизували сучасні наукові підходи до розуміння феномену здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи, визначили її сутність, структуру, зміст і функціональні характеристики. Обґрунтували методологічні підходи та педагогічні принципи формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів у процесі фізкультурної освіти з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей дітей.

На другому етапі (2025 – 2026 р.р.) здійснювався формуючий експеримент із метою перевірки гіпотези й апробації розроблених рекомендацій, здійснювалася обробка й аналіз отриманих даних.

На третьому етапі (2026 р.) проводилося оформлення результатів теоретичного й експериментального дослідження.

Вірогідність результатів дослідження й зроблених на їхній основі висновків забезпечується вихідними методологічними позиціями, комплексом методів педагогічного дослідження, адекватних предмету, меті й завданням, тривалістю експерименту, кількісним й якісним аналізом отриманих даних з використанням методів математичної статистики.

Апробація й впровадження результатів дослідження.

Основні положення магістерської роботи обговорювалися на кафедрі медико-біологічних дисциплін та військово-патріотичної підготовки, семінарах магістрів, засіданнях вченої ради факультету соціально-психологічної освіти та фізичної культури Уманського національного університету, Всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях.

Публікації. Основні результати дослідження були представлені у трьох наукових працях, а саме: 3 статтях: «Теоретична сутність та структурно-змістова характеристика здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів» збірник матеріалів VI міжнародної науково-практичної Інтернет-конференції «Фізична культура дітей, підлітків, молоді та дорослого населення в сучасному світі» (Умань, 16.03.26р.); «Методологічні підходи та принципи формування здоров'язбережувальної компетентності засобами фізичної культури» збірник матеріалів VI Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми фізичного виховання: теорія та практика» (Умань, 1 листопада 2025р.); «Ефективні технології та методи здоров'язбережувальної спрямованості в

освітньому процесі початкової школи», збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції «Здоров’я для всіх» (Умань, 5 квітня 2026р.);

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, висновків, додатків, списку використаних джерел

РОЗДІЛ 1
ФЕНОМЕН ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ: ТЕОРІЯ І МЕТОДОЛОГІЯ

1.1. Теоретична сутність та структурно-змістова характеристика здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів.

Найбільш значущим періодом у формуванні основ здорового способу життя є навчання у початковій школі. В останні роки у початковій освіті відбувається процес зміни освітньої парадигми. Нова парадигма педагогіки зміщує центр проблем з формування знань, умінь та навичок на цілісний розвиток особистості.

Проведене в літературі дослідження характеру початкових ключових компетентностей молодших школярів показало, що для них характерна багатофункціональність, їх оволодіння дозволяє дитині вирішувати різні проблеми в повсякденному житті та діяльності, вони універсальні, переносні та застосовні в різних ситуаціях. Початкові ключові компетентності багатовимірні, у яких представлені результати особистого досвіду дитини у всьому її різноманітті (відносини, знання, уміння, творчість, субкультура). Крім того, вони потребують цілісного розвитку дитини (його особистісної, емоційно-чуттєвої, інтелектуальної сфери) як суб'єкта діяльності та поведінки [5].

Незважаючи на активний інтерес вчених до проблеми розвитку здоров'язберігаючої компетентності учнів, у теорії та практиці педагогіки це питання залишається недостатньо вивченим. Можна констатувати, що в даний час при різноманітті підходів відсутнє єдине розуміння сутності здоров'язберігаючої компетентності, процесу її розвитку [6]. У зв'язку з цим вимагає уточнення та конкретизації поняття «здоров'язберігаюча компетентність».

Здоров'язберігаючою компетентністю є інтегративна якість особистості, що включає сукупність знань про людину та її здоров'я, здоровий спосіб життя; мотиви, що мають еколого-зберігальну спрямованість по відношенню до себе та навколишній світ, що спонукають до ведення здорового способу життя; потреба в освоєння способів збереження свого здоров'я, орієнтованих на самопізнання та самореалізацію.

Цей вид компетентності є результатом інтеграції екологовалеологічної та фізкультурної освіти учнів і проявляється у вигляді готовності самостійно вирішувати завдання, пов'язані з підтримкою, зміцненням та збереженням здоров'я [7]. Проведене нами пілотажне дослідження показало, що учні початкової школи в процесі реалізації здоров'язберігаючої діяльності здатні переносити отримані вміння та навички в інші сфери діяльності та застосовувати їх у різних ситуаціях, що підтверджує поліфункціональність, універсальність та надпредметність цього виду компетентності.

Облік базисних видів діяльності людини - пізнавальної, ціннісноорієнтаційної, перетворювальної, комунікативної, естетичної та фізичної - дозволив у нашому дослідженні як основні компоненти структури здоров'язберігаючої компетентності учнів визначити когнітивний, мотиваційноціннісний, операційний, творчо-діяльнісний та діагностичний компоненти [8]. На основі виділених структурних компонентів були встановлені критерії оцінки та рівні сформованості здоров'язберігаючої компетентності молодших школярів.

Систематизація сучасних концепцій формування здорового способу життя школярів, аналіз та інтерпретація сучасних підходів до формування здоров'язберігаючої компетентності школярів дозволили визначити стратегічні цілі дослідження (побудувати авторську концепцію) та його тактику (систему педагогічного забезпечення). Обґрунтування процесуальних характеристик - співвідношення, змісту коштів, форм і методів при вирішенні поставлених цілей та завдань, етапності та порядку

проведення педагогічного експерименту - передумовою до проектування авторської моделі та педагогічної технології [9].

Результати аналізу та теоретичного осмислення передумов моделювання навчально-виховного процесу у традиційних та інноваційних підходах дозволили обґрунтувати авторський підхід до побудови інтегративної структурно-функціональної моделі процесу формування здоров'язберігаючої компетентності молодших школярів. Розроблена модель включає:

- елементи оздоровчого процесу школи (мета, концепція, принципи, завдання, засоби, зміст, форми, методи, суб'єкти педагогічного процесу);

- основні процесуальні характеристики (етапи, щаблі, рівні, умови), що забезпечують формування структурних компонентів здоров'язберігаючої компетентності молодших школярів;

- прийоми реалізації оздоровчого ефекту занять;

- моніторинг результатів навчально-виховного процесу та професійної готовність педагогічного колективу;

- аналіз результатів;

- педагогічну корекцію.

Взаємодія між основними компонентами та блоками моделі здійснюється з допомогою механізмів зворотного зв'язку. У моделі враховувалася необхідність переорієнтації педагогічного колективу на перехід до здоров'язберігальних форм діяльності в всіх сферах внутрішньошкільного життя: від прийняття управлінських рішень до їх реалізації у навчальній, виховній, позакласній, позашкільній, господарській, фінансово-економічної діяльності [10]. Стиль взаємодії всіх учасників здоров'язбережуючого освітнього простору школи визначає гуманістичну сутність моделі, оскільки передбачає побудову партнерських відносин, заснованих на обліку особистого соціального досвіду, індивідуальних можливостей учнів, їх мотивів, потреб та інтересів. Модель має відкритий,

варіативний характер, має потенціал розвитку та може поповнюватися новими компонентами.

Організація управління здоров'язберігаючим навчально-виховним процесом враховувала значні аспекти надання науково-методичної допомоги та підвищення професійної компетентності вчителів та батьків у сфері здоров'язбереження через самоосвіта, внутрішньошкільна та позашкільна системи підвищення кваліфікації, оскільки вони забезпечують відповідний рівень професійної готовності педагогів та підготовки батьків, від чого залежить успішне функціонування школи в інноваційний режим [11].

У ході проектної діяльності було визначено підстави технологічного підходу до формування структурних компонентів здоров'язберігаючої компетентності молодших школярів, що входять до інтегративної педагогічної технології, а саме: розробка інноваційного змісту експериментальної програми, алгоритми формування когнітивного, мотиваційно-ціннісного, операційного та творчодіяльнісного компонентів; специфіка конструювання та реалізація моделі; дотримання принципів співвіднесення етапів та змісту, послідовності та особливостей проходження етапів, забезпечення стратегічної спрямованості процесу, шляхи виходу на розвиток системної якості, функціонування системи моніторингу та корекції тощо [12].

Виділення у розробленій технології педагогічного моніторингу пов'язане з необхідністю постійного відстеження рівня розвитку компонентів здоров'язберігаючої компетентності, організації ефективного управління якістю освіти. Моніторинг включає діагностику, оцінку та прогнозування стану здоров'язбережуючого педагогічного процесу, відстеження його ходу, результатів, позначення перспектив розвитку. Додатковими об'єктами педагогічного моніторингу виступають міра освіченості, реальні навчальні можливості учня, стан здоров'я, характер внутрішньошкільних комунікацій, вихованість учнів, готовність педагогічного колективу до інноваційної діяльності у сфері здоров'язбереження тощо.

Навчання у початковій школі збігається з інтенсивним періодом зростання та розвитку дитини. У цьому віці організм найбільш чутливий до дії несприятливих факторів середовища. На сьогоднішній день вченими доведено, що здоров'я дітей більшою мірою прямо залежить умов освітнього процесу. Аналіз поточної організації процесу навчання в початковій школі показав, що більшість освітніх організацій висувають високі вимоги до учням і не створюють необхідні умови для збереження та зміцнення здоров'я школярів [13]. Це призводить до постійних фізичних та емоційним навантаженням, що тягне за собою порушення механізмів саморегуляції фізіологічних функцій організму та сприяє розвитку хронічних захворювань, тобто, є фактором ризику для здоров'я дітей.

На сьогоднішній день у педагогічній науці термін «здоров'язберігаюче середовище», як показує аналіз літератури, використовується неоднозначно, без глибокого осмислення. Багатьма вченими він використовується для опису умов здоров'язбереження, здоров'язберігаючих заходів, окремих результатів здоров'язберігаючої діяльності освітніх установ. У зв'язку з цим наше досліджння дозволить уточнити сутність аналізованого поняття, визначити його структуру Для цього сакцентуємо увагу на значення та особливості ключових термінів «здоров'я», здоров'язбереження і середовище.

Наразі у вітчизняній та світовій науці накопичено різноманітні підходи визначення поняття «здоров'я». Широкі трактування породжують деякі труднощі у роботі з цим поняттям; його численні визначення часто несумісні, а сенс здоров'я стає незмінним, плинним, багатоликим і практично не фіксується у своїх межах. Більшість вчених та дослідників беруть за основу визначення «здоров'я», запропоноване Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Так, у Статуті ВООЗ «здоров'я» розглядається як «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя» [14]. З одного боку це визначення дозволяє говорити про тому, що сутність здоров'я триєдина і неможливо зводити його розуміння тільки до фізичної сторони, з іншого – щодо цього формулювання висловлюється чимало зауважень та

уточнень, оскільки воно не відображає характеристики здоров'я як багатовимірного та багатокомпонентного стани організму.

Сучасні уявлення світової науки про феномен здоров’я людини ґрунтуються на новому розумінні проблеми виживання людства та її загальної значущості. Наприкінці XX століття провідні науковці світу віднесли проблему здоров’я до кола глобальних проблем, від вирішення яких залежить подальше існування людства як біологічного виду на планеті Земля [15]. Нині в науковій літературі з’явилося нове поняття - «антропологічна катастрофа», сутність якого полягає в тому, що, згідно з основним біологічним законом, будь-який вид вимирає, якщо змінюються умови існування, до яких він адаптувався протягом тисячоліть еволюції. До останнього етапу розвитку людства (початок XX століття) умови його існування формувалися природою, і людський організм біологічно пристосовувався саме до цих умов протягом попереднього еволюційного періоду. Однак із поширенням людської діяльності майже на всю планету (у XX столітті) почали суттєво змінюватися умови, до яких людина адаптувалася в процесі історичного та біологічного розвитку [16].

Як свідчать об’єктивні дослідження, в останній чверті XX століття ці зміни набули катастрофічних масштабів. Згідно з медичною статистикою, зростання показників захворюваності та смертності спостерігається з другої половини XX століття, і деякі вчені пов’язують це з тим, що негативні процеси набули планетарного характеру. Виявлено обмеженість суто медичного підходу, що визначає здоров’я як відсутність хвороби. На сучасному етапі здоров’я розглядається не як суто медична, а як комплексна проблема, складний феномен глобального значення.

Тобто здоров’я визначається як філософська, психологічна, соціальна, економічна, біологічна та медична категорія; як об’єкт споживання та капіталовкладення; як індивідуальна й суспільна цінність; як системний динамічний феномен, що постійно взаємодіє з навколишнім середовищем. Фактично стан системи охорони здоров’я зумовлює в середньому лише

близько 10% усіх впливів, тоді як інші 90% стосуються екології (близько 20%), спадковості (близько 20%) і, насамперед, умов та способу життя (близько 50%) [17]. Стан здоров’я на початку навчання значною мірою залежить від уважного ставлення до цього питання з боку вчителів і батьків. І вчителі, і батьки повинні не лише переконувати дітей у необхідності дбати про своє здоров’я, а й розкривати мету та пояснювати причини, чому це варто робити.

Оздоровча робота, цілеспрямована фізична підготовка (залучення всіх дітей до бігу, походів, уроків плавання), загартування, збалансоване харчування школярів мають велике значення.

Погіршення стану здоров'я дитячого населення вимагає вирішення багатьох питань, пов'язаних із запобіганням розвитку різних видів патології. Пошук шляхів контролю здоров'я населення викликає необхідність переходу від аналізу наявного рівня здоров'я до вивчення процесів його формування в динаміці, починаючи з найперших етапів розвитку організму з урахуванням вікових та статевих особливостей.

У зв'язку з цим доречно процитувати всесвітньо відомого педагога В. А. Сухомлинського: «Досвід переконав нас, що приблизно у 85% усіх учнів з поганою успішністю основна причина відставання в навчанні - це поганий стан здоров'я, будь-які нездужання чи захворювання, найчастіше абсолютно непомітні та піддаються лікуванню лише спільними зусиллями матері, батька, лікаря та вчителя» [18]. Вчителям початкової школи доручено виховувати, навчати та розвивати дітей віком від шести до одинадцяти років, саме в той час, коли поступово формується гармонійно розвинена особистість. Пропущене в дошкільному віці можливо виправити в початкових класах, але пропущене в початковій школі виправити складніше. Роль вчителя тут особливо велика.

Розробка методичного підходу до вивчення дітей молодшого шкільного віку неможлива без уточнення психолого-педагогічного змісту таких понять, як здоров'язбереження та життєзбереження, та встановлення

взаємозв'язку між ними. У свою чергу, актуальними є актуальні прийоми, методи, способи, сукупність навчальних засобів, організаційно-методичних інструментів педагогічного процесу, результатом яких є формування здоров'я та життєзбереження молодших школярів.

Здоров’я - це стан живого організму, за якого сам організм загалом і всі його органи здатні виконувати життєво важливі функції. Охорона здоров’я населення є однією з функцій держави. У світовому масштабі питаннями охорони здоров’я опікується Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ). В Україні державним органом, відповідальним за здоров’я громадян, є Міністерство охорони здоров’я України [19].

Безумовно здоров’я людини - це багатогранне поняття. Воно передбачає не лише відсутність хвороб, а й психологічний комфорт, гарний настрій, високий рівень адаптації та загальне благополуччя. Здоров’я - це гармонійне поєднання фізичного, психічного, духовного та соціального станів. Воно є результатом самодисципліни, самопізнання та самореалізації, що ґрунтуються на стійкому прагненні бути здоровим.

Проведене наукове дослідження та аналіз змісту поняття «здоров’язбереження» в інтерпретації різних авторів дозволяють стверджувати, що в педагогічному аспекті цей термін означає такий процес навчання та виховання, який не завдає жодної прямої чи опосередкованої шкоди здоров’ю учнів. Цей процес створює безпечні й комфортні умови перебування дітей у школі, забезпечує індивідуальну освітню траєкторію дитини, запобігає виникненню стресів, перевантажень і втоми в учнів, а отже, сприяє збереженню та зміцненню здоров’я школярів.

У ході теоретичного аналізу ми помітили, що у низці наукових досліджень відсутнє поняття «життєзбереження». На нашу думку, зміст поняття «життєзбереження» можна сформулювати так: це соціально-гуманітарна концепція, що відображає умови процесу збереження людиною свого психічного та соматичного здоров’я [20]. При цьому передбачається,

що індивід дбає про збереження власного життя та життя інших людей, а також підтримує й розвиває здоров’я.

Розглянемо особливості згаданих вище понять на прикладі дітей молодшого шкільного віку. На думку сучасних психологів, хронологічні межі молодшого шкільного віку охоплюють період життя дитини від 6-7 до 10-11 років. Ці межі можуть змінюватися залежно від прийнятої в суспільстві системи навчання. Так, у сучасній Великій Британії та Ізраїлі шкільне навчання розпочинається з 5 років - відтоді ж відраховується й молодший шкільний вік, тоді як в Україні цей період починається з 6 років [21]. У випадках, коли дитина з різних причин не відвідує школу, її розвиток відбувається інакше, ніж у її однолітків, які навчаються в школ.

Шість років життя дитини - це вік, що є завершальним і водночас критичним етапом розвитку й формування організму, коли його параметри наближаються до показників дорослої людини. Майже всі органи тіла (за винятком статевої системи) до 7-річного віку набувають притаманної їм структури, а їхній подальший розвиток відбувається шляхом росту та взаємодії між собою. У нервовій тканині завершується формування дендритів нервових клітин, завдяки чому вдосконалюються процеси взаємозв’язку між різними відділами головного мозку.

Підвищена збудливість нервових центрів, характерна для попереднього віку, знижується, а гальмівні процеси посилюються. Рухи шестирічної дитини стають більш скоординованими та складними; діти цього віку здатні опанувати такі види активності, як катання на лижах, ковзанах, фігурне катання тощо. Варто зазначити, що висока рухова активність 6-річної дитини зазвичай не супроводжується ознаками втоми. Проте необхідно стежити, щоб дитина не перевтомлювалася, оскільки в дітей 6-7 років часто спостерігається невідповідність у розвитку серця та кровоносних судин: судини розвиваються швидше за серце, через що воно зазнає більшого навантаження, ніж у попередні чи наступні вікові періоди [22]. У дітей цього віку вдосконалюється друга сигнальна система; завдяки цьому, а також

початковому навчанню читанню й письму, у корі головного мозку починають формуватися фізіологічні механізми цих навичок.

Покращуються основні нервові процеси (рухливість, врівноваженість, стабільність), проте зберігається низька здатність до інтенсивної та тривалої діяльності - дитина швидко втомлюється (фізично й розумово), що зумовлює необхідність чергування різних видів діяльності та зміни інтенсивності рухів. Протягом шостого-сьомого років життя триває формування та окостеніння скелета, збільшується довжина кінцівок, зростають показники їхньої сили, формується постава. Навчальна діяльність є визначальною для розумового розвитку молодшого школяра [23].

Перехід від аналізу рівня здоров'я до вивчення процесів його формування дозволяє визначити індивідуальні та психологічні особливості дітей, які проживають у різних екологічних умовах, а також виявити найефективніші важелі управління цим процесом. Вирішення цих завдань набуває особливої актуальності на сучасному етапі у зв'язку з розвитком місцевих, регіональних і національних систем моніторингу змін стану здоров'я населення.

Розкриття сутності категорії «здоров'язбережувальна освітня технологія» потребує розгляду в контексті визначення поняття «освітні технології». Спираючись на праці видатних українських педагогів (Василь Сухомлинський, Антон Макаренко, Олександр Доготар, Юліан Кобилянський, Алла Богуш), присвячені педагогічним технологіям, можна дійти висновку, що освітня технологія - це педагогічна система, яка інтегрує способи та засоби організації, проведення й контролю навчального процесу, спрямовані на підвищення його ефективності шляхом досягнення запланованих результатів і водночас на створення сприятливих умов для всіх учасників педагогічного процесу [24].

З огляду на це, здоров'язбережувальні освітні технології можна визначити як сукупність засобів, прийомів, методів, форм і способів організації, проведення та контролю навчального процесу, спрямованих на

забезпечення ефективності збереження здоров’я учнів. З метою залучення загальноосвітніх та позашкільних навчальних закладів до міжнародного проєкту «Європейська мережа шкіл сприяння здоров’ю» (ініціатива Європейського регіонального бюро ВООЗ, Європейської комісії та Ради Європи, започаткована у 1992 році) і розбудови національної мережі таких шкіл, у 1995 році було видано спільний наказ Міністерства у справах молоді і спорту України та Міністерства охорони здоров’я України від 07.02.1995 № 25/31 «Про залучення до міжнародного проєкту "Європейська мережа шкіл сприяння здоров’ю"». У документі, зокрема, зазначалося, що участь України в цьому міжнародному проєкті ВООЗ, Комісії Європейських співтовариств і Ради Європи є одним зі шляхів подолання кризових явищ, що спостерігаються нині у стані здоров’я підростаючого покоління [25]. Так Україна офіційно долучилася до проєкту. Українські педагоги-експерти, які працюють над цією проблемою, доповнюють зміст здоров’язбережувальних освітніх технологій концепцією «здоров’язбережувальних дій» і реалізують їх через:

• шкільні спортивні свята;

• «дні здоров’я» та туристичні походи;

• медичні огляди учнів;

• бесіди з учнями про здоров’я;

• бесіди з батьками про здоров’я;

• вітамінізація;

• факультативні заняття, присвячені питанням здоров’я та здорового способу життя;

• ведення карток здоров’я, оформлення стінгазет оздоровчої тематики тощо.

Оскільки навчання стає провідною діяльністю дитини шести-семи років, слід наголосити на важливості цього процесу та формувати в учнів стійкість до стресу, що супроводжує перебування в школі.

Характерною ознакою сьогодення є те, що навчальний процес відбувається в дуже інтенсивному темпі через зміни та ускладнення навчальних планів і програм; відповідно, постійно зростає й розумове навантаження на дитину. Тому вчителі та шкільні психологи, використовуючи різні форми взаємодії, беруть на себе відповідальність за діагностику готовності дитини до школи.

Стрес - це реакція організму на екстремальний вплив або підвищене навантаження. Поняття «стрес» також можна розглядати як механізм регуляції взаємодії організму з навколишнім середовищем. Він може спричиняти різноманітні захворювання. У медицині розрізняють активний і пасивний стрес [26]. При активному стресі частіше спостерігаються ознаки серцевої недостатності, а при пасивному — порушення імунної системи. Важливо пам’ятати, що адаптаційні можливості людського організму дуже великі, тому багато змін, що виникають під впливом стресових ситуацій, можна скоригувати або попередити.

Стрес є також складовою життя: у помірних дозах він додає життю смаку й барв. Він є природним супутником будь-якої діяльності, оскільки відображає нагальну потребу людини в адаптації до мінливих умов життя. Це завжди напруження захисних сил і мобілізація внутрішніх ресурсів організму, необхідні для забезпечення енергією виконання нових завдань.

Очевидно, що питання збереження здоров’я та життя набувають загальнонаціонального значення; вони є складними, і наше завдання - виокремити серед них конкретні проблеми, у вирішенні яких учитель може взяти участь і в яких він зацікавлений. На сучасному етапі коло проблем, пов’язаних зі стресовими явищами, є досить актуальним для сфери освіти, оскільки вимоги до якості навчання постійно зростають, а якість засвоєння та інтерпретації знань, отриманих дітьми, безпосередньо залежить від їхньої здатності долати деструктивні стани [27].

Проблема збереження та зміцнення здоров’я дітей у сучасному освітньому середовищі потребує переходу від фрагментарного формування

окремих корисних навичок до системного розвитку здатності дитини самостійно й усвідомлено використовувати набуті знання у повсякденному житті. У цьому контексті поняття здоров'язбережувальної компетентності набуває особливого педагогічного значення, оскільки відображає не окрему характеристику фізичного стану школяра, а комплексну готовність до поведінки, спрямованої на підтримання власного здоров'я та безпечної життєдіяльності.

Теоретичне осмислення цієї категорії доцільно здійснювати через співвідношення понять «здоров'я», «здоров'язбереження», «компетентність» і «здоровий спосіб життя». Якщо здоров'я характеризує загальний стан фізичного, психічного та соціального благополуччя особистості, то здоров'язбереження характеризує цілеспрямовану діяльність, спрямовану на підтримання та зміцнення відповідного стану [28]. Відтак здоров'язбережувальна компетентність може бути розглянута як результат освітнього впливу, за якого дитина не лише отримує інформацію про здоров'я, а й набуває здатності перетворювати її на практичні дії, оцінювати власну поведінку та коригувати її відповідно до потреб організму й вимог безпечної життєдіяльності.

Для молодшого шкільного віку така компетентність має особливу специфіку. Дитина поступово переходить від переважно зовнішньої регуляції поведінки до елементарних форм самоконтролю та саморегуляції. Тому сформованість здоров'язбережувальної компетентності на цьому етапі не варто ототожнювати з повністю автономною здатністю приймати складні рішення щодо власного здоров'я. Її зміст доцільніше пов'язувати з доступною віку здатністю усвідомлювати значення здоров'я, розуміти базові закономірності його збереження, виконувати відповідні дії та поступово контролювати власну поведінку [29]. Важливою особливістю здоров'язбережувальної компетентності є її інтегративний характер. Вона формується на перетині знань, цінностей, мотивів, практичних умінь і особистого досвіду. Саме тому її не можна оцінювати виключно за рівнем

фізичної підготовленості учня. Високі результати у виконанні фізичних вправ самі по собі ще не свідчать про сформованість відповідального ставлення до здоров'я. Значно важливішим є те, чи розуміє школяр призначення фізичної активності, чи здатний дотримуватися правил безпечної поведінки, чи вміє враховувати власний стан під час виконання фізичних вправ і чи сформувалася в нього внутрішня потреба підтримувати рухову активність.

З огляду на це структурно-змістову характеристику здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів доцільно представити через чотири взаємопов'язані компоненти [30]. Мотиваційно-ціннісний компонент відображає ставлення дитини до здоров'я як особистісно значущої цінності, інтерес до рухової активності та внутрішню мотивацію дотримуватися здоров'язбережувальної поведінки. Когнітивний компонент охоплює доступні віку знання про здоров'я, фізичну активність, режим дня, особисту гігієну, безпеку та вплив різних чинників на функціональний стан організму. Діяльнісний компонент характеризує здатність застосовувати набуті знання у практичній діяльності: виконувати фізичні вправи, дотримуватися правил безпеки, раціонально організовувати рухову активність та використовувати елементарні прийоми самодопомоги.

Рефлексивно-регулятивний компонент пов'язаний зі здатністю учня спостерігати за власним самопочуттям, оцінювати результати власної діяльності, контролювати інтенсивність навантаження та за необхідності коригувати свою поведінку [31]. Зазначені компоненти не існують ізольовано. Знання без мотивації можуть залишатися формально засвоєною інформацією, а практичні навички без розуміння їхнього значення - ситуативною поведінкою. Водночас позитивне ставлення до здоров'я потребує діяльнісного підтвердження, а здатність до самоконтролю формується поступово, через повторення відповідних дій і накопичення особистого досвіду. Саме взаємодія компонентів забезпечує цілісність здоров'язбережувальної компетентності.

Отже, здоров'язбережувальну компетентність молодшого школяра доцільно визначати як інтегровану характеристику особистості, що виявляється у сформованому ціннісному ставленні до власного здоров'я, наявності доступних віку знань про способи його збереження, здатності реалізовувати здоров'язбережувальні дії та поступово здійснювати самоконтроль і регуляцію власної поведінки. У такому розумінні її формування на уроках фізичної культури набуває не вузько спортивного, а комплексного освітнього значення, оскільки поєднує фізичний розвиток дитини з формуванням її свідомого, відповідального та діяльнісного ставлення до власного здоров'я.

1.2. Методологічні підходи та принципи формування здоров'язбережувальної компетентності засобами фізичної культури.

Здоров'я є найактуальнішою цінністю сучасності. Нинішня соціально-економічна ситуація склалася так, що проблеми, з якими стикається держава останніми роками, негативно впливають на динаміку показників здоров'я, зокрема й серед дитячого населення України. Зростає кількість дітей із хронічними захворюваннями та випадків дитячої інвалідності. Науковці застерігають, що ці чинники впливають не лише на стан здоров'я, а й на тривалість життя та рівень смертності майбутніх поколінь [32].

Підлітки становлять значну й найбільш перспективну частину нашого суспільства. Здоров'я підлітків набуває особливої цінності в умовах несприятливої демографічної ситуації в Україні. Сучасний етап формування здорового, життєздатного покоління визначається соціальною політикою держави. Світова спільнота вже сформувала спільні погляди та вимоги щодо охорони здоров'я, закріплені в низці документів і нормативних актів, спрямованих на утвердження здорового способу життя. Такі документи, як Загальна декларація прав людини, Алма-Атинська декларація, Джакартська декларація, Декларація ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті», Бангкокська хартія та Європейська стратегія «Здоров'я та розвиток дітей і

підлітків», вказують на нагальну потребу чіткого розуміння змін у стратегії людського життя [33]. Однак постає питання: як забезпечити реальні позитивні зміни, спрямовані на покращення здоров'я та збільшення тривалості життя, і як донести до всього суспільства думку про те, що відповідальність за здоров'я кожного громадянина лежить не лише на державі - кожен має усвідомлювати й власну відповідальність за збереження свого здоров'я?

Ми прагнули дослідити основні підходи до формування професійної компетентності майбутніх учителів фізичної культури у сфері здоров'язбереження; проаналізувати теоретичну складову медико-біологічної підготовки студентів фізкультурно-спортивного профілю для формування в них здоров'язбережувальної компетентності; визначити необхідність підвищення рухової активності дітей як соціальної умови збереження їхнього здоров'я в освітньому процесі; а також обґрунтувати рівень готовності вчителів фізичної культури до впровадження компетентнісного підходу в систему фізичного виховання в закладах середньої освіти.

Дуже цікаве трактування здоров'язбережувальної компетентності, яка передбачає наявність таких умінь: мотивувати до здорового способу життя, усвідомлювати цінність здоров'я та можливості довголіття, виявляти соціальну активність, а також коригувати фізіологічний стан задля збереження здоров'я шляхом застосування здоров'язбережувальних методів професійної діяльності [34].

Педагога, який працює відповідно до принципів педагогіки здорового способу життя, вирізняють індивідуальні здібності та якості, що визначають його можливості й уміння самостійно шукати, збирати, аналізувати, презентувати та поширювати інформацію про здоров'я і здоровий спосіб життя; моделювати й проєктувати об'єкти та процеси, зокрема власну діяльність; проводити профілактичну роботу; приймати виважені рішення, а також творчо й ефективно вирішувати нестандартні завдання.

На нашу думку, формування здоров'язбережувальної компетентності має узгоджуватися з концепцією «сталого розвитку», що є визначальною для сучасного світу. До складників здоров'язбереження належать: ставлення до життя, раціональне харчування, фізичний розвиток, дотримання правил здорового способу життя, вміння аналізувати власний спосіб життя та здійснювати самооцінку фізичного розвитку, ставлення до загальнолюдських цінностей, розуміння ноосферних норм поведінки, вміння «любити себе», а також знання теорії здоров'я та способів його збереження.

Отже, підсумовуючи, можна дійти висновку, що фізичне виховання дітей та молоді має здійснюватися висококваліфікованими фахівцями й професіоналами [35]. Багато науковців, які досліджували методику фізичного виховання та формування фізичної культури молоді в контексті освітньої реформи, розглядають можливість оновлення змісту цього навчального предмета (А. М. Вацеба, Я. Васькова, І. А. Кузменко тощо). Деякі автори пропонують використовувати різноманітні форми фізичного виховання (Н. Крачевська, А. Цьось, А. В. Огнєнна, А. А. Власюк).

А. Бондарчук пропонує об'єднати зусилля школи та сім'ї, починаючи з першого класу, шляхом оновлення змісту викладання фізичного виховання. У зв'язку з цим актуалізується потреба у вчителях фізичної культури, здатних задовольняти різноманітні потреби дітей у руховій активності та спрямовувати їхній розвиток у здорове русло. Основи професійної готовності вчителя нової епохи - компетентного фахівця у відповідній галузі - мають формуватися ще на етапі підготовки майбутніх спеціалістів у закладах вищої освіти. Питання формування професійних компетентностей слід враховувати в освітній практиці педагогічних закладів вищої освіти [36].

Сьогодні фахівці з фізичного виховання шукають шляхи реформування системи підготовки кадрів відповідно до європейських стандартів. Найближчим часом на них чекають докорінні зміни в професійній діяльності.

Сучасний рівень життя вимагає, щоб уроки фізичного виховання сприяли розвитку в учнів рухових навичок і вмінь самостійно займатися

фізичними вправами, дотримуватися правил здорового способу життя, а також здатності самостійно відстежувати зміни в організмі, оцінювати й аналізувати вплив фізичної активності як позитивного чинника життєдіяльності. Компетентний фахівець із фізичного виховання повинен формувати в учнів потребу в руховій активності та вміння застосовувати прості методи контролю соматичного здоров'я. Вчитель, який уміє враховувати сприятливі вікові та анатомо-фізіологічні періоди для розвитку й удосконалення організму школярів, розкриває для них важливість фізичної культури [37].

Формування переконаності в необхідності рухової активності, здатності отримувати задоволення від фізичних навантажень і свідомого прагнення зберегти здоров'я досягається шляхом комплексного моніторингу фізичної активності. Використання його показників під час планування навчальних занять і позакласної виховної роботи, а також наявність об'єктивної інформації про стан здоров'я учнів є складовими ефективного управління процесом фізичного виховання та спортивної підготовки, а також свідченням професіоналізму вчителя як сучасного компетентного фахівця.

Основою збереження здоров'я є вміння постійно відстежувати самопочуття та загальний стан здоров'я. Вчитель повинен не лише вміти контролювати власний стан здоров'я, а й навчати цього учнів.

Фізичні навантаження мають відповідати рівню фізичної підготовленості та віку, а також приносити задоволення. Регулярний моніторинг дозволяє оцінити ефективність занять, засобів і методів, що необхідно для оптимального планування обсягу та інтенсивності фізичної активності й відпочинку. Оволодіння методиками антропометричних і фізіометричних досліджень дає змогу визначити початковий фізичний стан і перспективи його подальшого покращення [38].

Важливо розуміти роль втоми як природного стимулятора відновлювальних процесів, адже її відсутність призводить до поступового вичерпання функціональних резервів органів і систем організму та зниження

працездатності. Систематична втома активізує регенеративні процеси, що сприяє покращенню самопочуття та настрою. Саме вчитель або тренер допомагає усвідомити сутність позитивної залежності від фізичних навантажень, що виникає під час регулярних занять і перетворює їх на невід'ємну складову повноцінного здорового життя.

Для глибокого й усвідомленого розуміння позитивного впливу фізичної активності на здоров'я необхідно інтегрувати теоретичний компонент у практичний курс дисципліни. Здатність свідомо підходити до вибору рухової активності та визначати її як основу здорового способу життя свідчить про позитивні зміни у свідомості молоді. Формування підходу, який поєднує фізичну культуру та спосіб життя, є інноваційним аспектом у вихованні здорового покоління [39]. Лише завдяки такій єдності можливі зміни у свідомості людей.

Ми також відзначаємо, що поєднання фізичного виховання зі способом життя є інноваційним аспектом формування здорового покоління. Зміни у свідомості людей можливі лише за умови такого поєднання.

На жаль, досі не сформувалося загальне розуміння здоров'язбережувальної компетентності вчителя фізичної культури як складного явища, що має значний потенціал для покращення здоров'я дітей та підлітків. Також прикро, що значний обсяг інформації з циклу фундаментальної природничої підготовки було вилучено зі змісту освіти. Щороку освітні програми з фізичного виховання втрачають дедалі більше медико-біологічних дисциплін, хоча саме вони становлять фундамент здоров'язбереження. Частка цих дисциплін серед освітніх компонентів становить близько 20%. Сучасний світ із новими формами життєдіяльності та професіями, що вимагають високого рівня техніко-технологічної підготовки, спрямовує весь навчальний потенціал на формування висококонкурентоспроможного фахівця - але, безперечно, фахівця здорового. А якщо йдеться про фахівця у сфері фізичного виховання, то він, безумовно, має бути здатним формувати здоров'я та забезпечувати його збереження.

Проведений нами моніторинг ставлення учнів молодшго шкільного віку до здорового способу життя засвідчив, що вони не вважають фізичну активність пріоритетним чинником підтримання здоров'я.

На жаль, не всі учні мають правильне уявлення про здоровий спосіб життя, вважаючи, що лише відмова від більшості шкідливих звичок може дати позитивний результат [40]. На їхню думку, основними складовими здоров'я є відмова від шкідливих звичок і дотримання режиму праці та відпочинку; фізичне виховання посідає четверте місце. Недостатня особистісна орієнтація та мотивація до фізичної активності можуть знижувати рівень розвитку як фізичних, так і професійно значущих особистісних якостей, внаслідок чого переважна більшість учнів демонструє низький рівень ставлення до власного здоров'я та здорового способу життя.

Одним із головних гуманістичних завдань викладача фізичного виховання у навчальних закладах має бути формування стійкої мотивації до фізичного самовдосконалення. Вирішення цієї проблеми можливе завдяки спеціальним педагогічним впливам у процесі фізичного виховання, що дозволяють позитивно впливати на емоційно-мотиваційну сферу. При цьому основними чинниками, що сприятимуть формуванню мотиваційної сфери, мають стати насамперед зміст фізичного виховання, методика його реалізації та система вимог [41].

З огляду на це, необхідно спрямувати зусилля на підготовку викладача фізичного виховання в гуманістичному руслі, що відповідає сучасним уявленням про здоров'я, які ґрунтуються на провідних теоретичних положеннях про єдність організму з навколишнім середовищем, знаннях про адаптацію, гомеостаз, функціональні системи, а також на даних біологічної кібернетики щодо механізмів управління в живих системах. Отже, провідна роль у реалізації однієї з ключових функцій освіти – соціально-оздоровчої (здоров'язбережувальної) – належить учителю фізичної культури. Запровадження поетапного формування компетентнісної готовності, що ґрунтується на плануванні освітніх компонентів, дозволить доповнити

методику подальшого вдосконалення освітнього процесу у сфері здоров'язбереження [42].

Стресогенний характер педагогічної практики у вихованні та навчанні дітей, невідповідність багатьох методів і технологій навчання віковим особливостям і стану здоров'я учнів, нераціональна організація навчального процесу, його інтенсифікація, перехід до нових форм навчання, а також недотримання гігієнічних норм і санітарних вимог щодо охорони здоров'я учнів під час навчального процесу.

За показниками поширеності захворювань серед учнів перше місце посідають хвороби органів дихання (31,7%); далі йдуть хвороби органів травлення (9,5%), ендокринні захворювання (9%), хвороби очей (8,1%), порушення опорно-рухового апарату (6%) та хвороби нервової системи (6%). За час навчання в школі кількість дітей із порушеннями зору зростає в 5 разів, із порушеннями опорно-рухового апарату – у 1,5 раза, а з розладами нервової системи – удвічі [43].

На здоров'я дітей також впливає недотримання режиму харчування, фізичної активності, сну та відпочинку, що сприяє виникненню захворювань травної системи, ожиріння та гіпердинамії.

Отже, серед об'єктивних і суб'єктивних причин різкого погіршення стану здоров'я учнів – війна, глибока соціально-економічна криза, зниження матеріального добробуту значної частини населення України, погіршення екологічної ситуації, незадовільна матеріально-технічна база загальноосвітніх шкіл, надмірне навчальне навантаження, недотримання гігієнічних вимог при складанні розкладу уроків, розумове перевантаження, низька фізична активність, недосконала структура системи охорони здоров'я, а також відсутність у багатьох дітей пріоритетного ставлення до здоров'я та мотивації до здорового способу життя як провідного чинника збереження й зміцнення особистого здоров'я.

Національна стратегія розвитку освіти в Україні наголошує на необхідності створення безпечного освітнього середовища, яке забезпечує комплексний підхід до формування всіх складових здоров'я дітей та молоді.

Сучасні науковці стверджують, що сьогодні освітнє середовище є одним із головних чинників ризику, які впливають на здоров'я учнів, що зумовлено інформаційним перевантаженням та інтенсифікацією навчального процесу в закладі освіти [44].

Тривалі дослідження науковців дозволяють визначити ті шкільні чинники ризику, що негативно впливають на здоров'я учнів, зокрема: стресогенні педагогічні тактики; інтенсифікація навчального процесу; невідповідність методів і технологій навчання віковим та функціональним особливостям учнів; передчасний початок систематичної дошкільної освіти; недотримання основних фізіолого-гігієнічних вимог до організації навчального процесу; недостатня компетентність учителів і батьків у питаннях збереження та зміцнення здоров'я; часткова руйнація шкільних служб медичного контролю; недоліки в чинній системі фізичного виховання; відсутність системи роботи з формування в учнів ціннісного ставлення до здоров'я та здорового способу життя тощо [45].

Найвідоміший та найефективніший європейський досвід створення безпечного й здорового середовища в закладі освіти представлено в Європейській мережі шкіл сприяння здоров'ю (ENHPS). Початком цього руху можна вважати Першу міжнародну конференцію «Школа активного сприяння здоров'ю — внесок в освіту, здоров'я та демократію», що відбулася в Греції у 1991 році. На ній наголошувалося на необхідності створення в закладах освіти моделей діяльності, які сприяли б збереженню та зміцненню здоров'я учнів і вчителів шляхом формування відповідного соціального й фізичного середовища. Також увага приділялася вдосконаленню змісту, форм і методів зміцнення здоров'я дітей. У резолюції конференції зазначалося, що освіта й здоров'я тісно взаємопов'язані, а заклади освіти відіграють ключову роль у формуванні майбутнього покоління, де кожна

дитина та молода людина в Європі має право і повинна мати реальну можливість здобувати освіту, спрямовану на активне зміцнення здоров'я. Конференція сприяла започаткуванню у 1992 році проєкту «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю». Нині до проєкту «Європейська школа сприяння здоров'ю» долучилося близько 50 європейських країн. Україна офіційно приєдналася до цього проєкту в 1995 році.

Перспективним напрямом проєкту є визначення того, що кожен навчальний заклад має стати школою здоров'я та охоплювати такі сфери діяльності, як здобуття учнями знань і навичок щодо основ здоров'я, створення комфортного соціального й фізичного середовища, а також налагодження взаємодії із суспільством загалом [46].

У навчальних закладах, що долучилися до проєкту, приділяється увага впровадженню відповідних педагогічних, психологічних, медико-гігієнічних, спортивно-масових та інших технологій, спрямованих на формування в учнів навичок здорового способу життя, збереження та зміцнення їхнього здоров'я. Крім того, враховується медичний аспект шкільної діяльності, пов'язаний із забезпеченням санітарно-гігієнічних умов навчального процесу та просвітницькою роботою серед учнів і батьків. Діяльність шкіл сприяння здоров'ю також спрямована на опанування основ здорового способу життя та життєвих навичок безпечної поведінки.

Дослідження свідчать, що в практиці діяльності навчальних закладів виокремлюють такі методологічні підходи: діяльнісний, системний, компетентнісний, особистісно орієнтований, середовищний. Розгляньмо сутність деяких із них.

Діяльнісний підхід передбачає формування активної позиції дитини задля її власного становлення й розвитку, морального та духовного самовдосконалення [47]. Системний підхід передбачає цілісність практичної діяльності, спрямованої на комплексне впровадження здорового способу життя. Системність полягає у взаємоузгодженості знань, умінь і навичок, що формуються в дітей і забезпечують належний рівень їхньої дієздатності,

моральності та духовності. Для цього необхідно знати основні принципи фізіології, психології людини, соціології та інших суміжних дисциплін, що в сукупності дозволять реалізувати необхідні здоров'язбережувальні освітні технології для формування свідомого ставлення до власного здоров'я та втілення його у відповідних позитивних діях і вчинках.

Компетентнісний підхід передбачає формування в учнів компетентності як досвіду в певній сфері життєдіяльності, що охоплює розвиток здатності діяти на практиці та застосовувати досвід успішної діяльності в різноманітних життєвих ситуаціях для досягнення конкретних практичних цілей [48]. Цей підхід спрямований на розвиток уміння учнів діяти в різних життєвих ситуаціях задля збереження власного здоров'я, здоров'я інших людей та довкілля. Цей підхід тісно пов'язаний з особистісно-орієнтованим і середовищним підходами, оскільки він ґрунтується на особистості студента й може бути реалізований та перевірений лише в процесі виконання конкретним учнем молодших класів певного комплексу дій.

Особистісно-орієнтований підхід ставить дитину в центр освітніх впливів. Він ґрунтується на послідовному ставленні вчителя до учня як до особистості, як до свідомого й відповідального суб'єкта власного розвитку та учасника освітньої взаємодії. Це визначальна ціннісна орієнтація педагога, що зумовлює його позицію у взаємодії з кожною дитиною та колективом. Такий підхід враховує індивідуальні особливості дітей і вимагає ставитися до них як до відповідальних і свідомих суб'єктів; він сприяє розкриттю природного потенціалу учня як творця власної особистості, формуванню системи особистісних цінностей, що відображають його творчу сутність і стають запорукою самореалізації та здатності обирати моральні життєві орієнтири [49].

Середовищний підхід розглядається як засіб пізнання й розвитку особистості дитини та являє собою систему взаємодії з довкіллям, яке водночас слугує інструментом діагностики, проєктування й отримання

освітніх результатів. Крім того, цей підхід дозволяє розглядати формування здорового шкільного середовища крізь призму оптимізації освітнього процесу задля забезпечення добробуту дитини. Середовищний підхід передбачає розуміння того, що спосіб життя кожної людини формується внаслідок її взаємодії з навколишнім середовищем.

Отже, процес збереження та зміцнення здоров'я дітей є цілісною системою і водночас – одним із елементів (специфічною підсистемою) загальної системи діяльності освітніх закладів, державних і громадських організацій, покликаних вирішувати це завдання. Ця система характеризується внутрішніми зв'язками між її елементами: цілями, основними завданнями, підходами, принципами; змістом, формами й методами; системами підготовки до реалізації процесу формування, збереження та зміцнення здоров'я; а також шляхами, умовами й очікуваними результатами впровадження.

Існує чимало поглядів науковців на зміст поняття «здорове освітнє середовище» та його компонентну структуру. Здоров'язбережувальним є таке освітнє середовище, в якому відсутній шкідливий вплив на здоров'я учнів під час навчального процесу, а умови, необхідні для організації цього процесу та сприяння формуванню й збереженню здоров'я учнів і вчителів, поступово поліпшуються [50].

Під здоров'язбережувальним освітнім середовищем потрібно розуміти сукупність антропогенних, природних і культурних чинників, що сприяють задоволенню потреб і реалізації можливостей людини та підтриманню громадського здоров'я. Здоров'язбережувальне освітнє середовище сприяє впровадженню здоров'язбережувального навчання як процесу взаємодії учнів і вчителів, результатом якого є набуття знань, умінь, досвіду творчої діяльності та цінностей, а також збереження здоров'я учасників освітнього процесу.

Також важливо тлумачити поняття «здоров'язбережувальне освітнє середовище» як цілеспрямовану та професійно створену систему

дидактичних умов, за яких оволодіння знаннями, вміннями й навичками, розвиток творчого мислення та формування емоційно-ціннісного ставлення до світу й власного здоров'я відбуваються в ситуаціях фізичного, емоційного, інтелектуального, соціального та духовного комфорту [50].

Освітнє середовище ми розуміємо як сукупність факторів, що формуються всією структурою шкільного життя: матеріальними ресурсами, організацією навчального процесу, харчуванням, медичним обслуговуванням, психологічним кліматом; при цьому визначається, що здоров'язбережувальне середовище в навчальному закладі – це не стільки оздоровчі медичні заходи, скільки гігієнічно обґрунтовані, відповідні до віку навчальні навантаження та проведення занять в умовах, що відповідають вимогам санітарних норм [51].

У вирішенні проблеми збереження та зміцнення здоров'я учнів необхідно застосовувати комплексний підхід, який передбачає трансформацію освітнього середовища на здоров'язбережувальний життєвий простір. Науковці вважають, що «здоров'язбережувальний життєвий простір» – це єдиний ціннісно-інструментальний простір життя дитини в школі, вдома та в соціумі, наповнений навчальною, трудовою діяльністю та різноманітним спілкуванням: із однолітками, вчителями, батьками, дорослими. Попри відмінності в підходах до визначення освітнього простору та освітнього середовища, цінним у доробку цього науковця є акцент на тому, що здоров'язбережувальне середовище ґрунтується на діяльності та спілкуванні з різними суб'єктами освітнього процесу.

Українські вчені визначають три компоненти середовища: фізичне середовище, людські фактори та навчальні програми. До фізичного середовища відносять архітектуру будівлі навчального закладу, ступінь відкритості, дизайн шкільних споруд, розміри та просторову структуру класних кімнат та інших приміщень; до людських факторів – просторову та соціальну щільність серед суб'єктів освітнього процесу, особистісні характеристики та успішність учнів, особистісні, гендерні, вікові та

національні характеристики учнівського та педагогічного колективу; до навчальної програми – структуру, стиль навчання, характер соціально-психологічного контролю, форми навчання, зміст освітніх програм. [51]

Модель освітнього середовища зберігає трикомпонентну структуру, і важливим, на нашу думку, є виділення діяльнісного компонента, під яким автор розуміє простір, сукупність різних видів діяльності, необхідних для навчання та розвитку учнів.

Структура моделі освітнього середовища Н. Гонтаровської враховує гармонізуючу стратегію у створенні найсприятливіших умов для розкриття творчого потенціалу кожної дитини на основі компонентів освітнього середовища школи, включаючи суб'єктів освітнього процесу, соціальний компонент, просторовий компонент та технологічний компонент.

Виходячи із загальноприйнятої структури освітнього середовища, яка складається з просторово-предметного, соціального та організаційно-технологічного блоків [52], педагоги вивчають основні характеристики освітніх середовищ навчальних закладів за такими параметрами: внутрішній простір навчального закладу; психологічний мікроклімат; засоби, за допомогою яких школа досягає розвивального ефекту; потенціал навчального закладу; результати впливу освітнього середовища на особистісний розвиток дитини. Для нас важливо спробувати оцінити вплив освітнього середовища на формування різних психічних утворень дитини.

У найпоширенішій моделі виділяють три компоненти освітнього середовища: просторово-предметний, соціальний та психодидактичний. [52] Тут автор моделі посилається на інфраструктуру закладу, матеріально-технічну базу, на соціальні фактори, такі як характер взаємозв'язку всіх суб'єктів освітнього процесу, та на психодидактичні, такі як зміст та методи навчання та виховання.

Освітнє середовище повинно містити структурні, організаційні та змістові компоненти. Тому, спираючись на загальноприйняту трикомпонентну структуру освітнього середовища, ми вважаємо, що для

здоров'язбережувального середовища навчального закладу важливими є матеріально-технічний, змістово-технологічний та соціальний компоненти. Матеріально-технічний компонент охоплює інфраструктуру закладу та його матеріально-технічну базу, санітарно-гігієнічні умови її утримання, а також рівень впровадження новітніх технологій дизайну та естетичного оформлення. Змістово-технологічний компонент включає зміст навчання й виховання, а також відповідні технології, методи та форми роботи. У здоров'язбережувальному середовищі цей компонент має бути спрямований на формування в учнів здоров'язбережувальної компетентності.

Соціальний компонент освітнього середовища визначається характером взаємодії суб'єктів освітнього процесу – середовищем, у якому реалізуються групові потреби, а також виникають і вирішуються міжособистісні та групові конфлікти [53]. Насамперед йдеться про взаємини між однолітками, а також між учнями, педагогами та батьками; саме на цьому ґрунті формуються й розвиваються ставлення до себе, власного здоров'я, здорового способу життя, оточуючих людей та навколишнього світу.

Аналіз психолого-педагогічної літератури дозволяє визначити здоров'язбережувальне середовище навчального закладу як сукупність певних компонентів, що в поєднанні та взаємодії сприяють формуванню ціннісного ставлення до власного здоров'я та здоров'я інших, а також забезпечують готовність до ведення здорового способу життя.

Майже всі дослідники здоров'язбережувального середовища навчального закладу зазначають, що кожен заклад повинен володіти значним потенціалом для збереження та зміцнення здоров'я дітей, а формування такого середовища можливе за умови, що кожен компонент педагогічного процесу виконуватиме здоров'язбережувальну функцію.

Формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів є складним педагогічним процесом, ефективність якого визначається не окремим набором фізичних вправ чи методичних прийомів, а

цілісною організацією освітньої діяльності. Така організація потребує методологічного підґрунтя, яке дає змогу визначити цілі, зміст, закономірності, механізми та педагогічні засоби розвитку здатності дитини свідомо ставитися до власного здоров'я. Особливого значення при цьому набуває поєднання компетентнісного, особистісно орієнтованого, діяльнісного, системного та здоров'язбережувального підходів.

Визначальним для досліджуваної проблеми є компетентнісний підхід, відповідно до якого результат фізкультурної освіти не обмежується засвоєнням рухових дій або розвитком фізичних якостей. Його сутність полягає у формуванні здатності учня мобілізувати знання, уміння, мотиваційні установки та особистий досвід для розв'язання практичних завдань, пов'язаних із власним здоров'ям. У межах такого підходу урок фізичної культури набуває додаткового змістового виміру: виконання вправ стає засобом набуття досвіду саморегуляції, дотримання безпечної поведінки, оцінювання власних можливостей і розуміння значення систематичної рухової активності.

Не менш важливим є особистісно орієнтований підхід, який передбачає врахування індивідуальних можливостей, потреб, інтересів і темпу розвитку кожного учня. Молодші школярі істотно відрізняються за рівнем фізичної підготовленості, руховим досвідом, мотивацією та психоемоційною готовністю до виконання різних видів діяльності. Тому однакове педагогічне навантаження не може забезпечити однаковий освітній результат для всіх дітей. Особистісна орієнтація передбачає створення ситуацій, у яких учень може поступово підвищувати власні результати, не втрачаючи відчуття безпеки та психологічного комфорту.

Діяльнісний підхід акцентує увагу на тому, що здоров'язбережувальна компетентність формується передусім через діяльність. Дитина не набуває стійких здоров'язбережувальних моделей поведінки лише шляхом слухання пояснень учителя. Вона має виконувати конкретні дії, аналізувати їх результати, спостерігати за власним самопочуттям і поступово набувати

досвіду самостійного регулювання рухової активності. Саме тому до змісту фізкультурної освіти доцільно включати завдання, які передбачають вибір оптимального рівня навантаження, дотримання правил безпеки, оцінювання власного стану та рефлексію після виконання фізичних вправ.

Системний підхід дозволяє розглядати формування здоров'язбережувальної компетентності як цілісну педагогічну систему, у якій мета, зміст, форми, методи, засоби та очікувані результати перебувають у взаємозв'язку [53]. Такий підхід запобігає фрагментарності здоров'язбережувальної роботи, коли окремі заходи проводяться епізодично й не утворюють послідовної освітньої стратегії. У системній організації кожен елемент уроку може виконувати одночасно навчальну, розвивальну та здоров'язбережувальну функції.

Специфічне значення має здоров'язбережувальний підхід, орієнтований на створення такого освітнього процесу, який не створює надмірних ризиків для здоров'я дитини та водночас формує здатність самостійно використовувати здоров'язбережувальні стратегії. У фізичній культурі це передбачає раціональне дозування навантаження, дотримання санітарно-гігієнічних вимог, контроль безпеки виконання вправ, урахування функціонального стану учнів та формування культури безпечної рухової поведінки.

Реалізація визначених підходів потребує системи педагогічних принципів. Першочерговим є принцип вікової та індивідуальної адекватності, відповідно до якого зміст і складність фізкультурних завдань мають відповідати можливостям конкретної вікової групи та індивідуальним характеристикам учнів. Його дотримання забезпечує оптимальне співвідношення між стимулювальним впливом фізичного навантаження та необхідністю запобігання перевтомі.

Принцип свідомості та активності передбачає залучення школяра до осмислення власної фізичної діяльності. Учень має розуміти не лише те, як виконувати певну вправу, а й навіщо вона потрібна, який вплив може мати на

організм та яких правил необхідно дотримуватися під час її виконання. Такий підхід сприяє поступовому переходу від механічного виконання інструкцій до усвідомленої участі у процесі збереження власного здоров'я.

Важливим є принцип систематичності та послідовності, оскільки здоров'язбережувальні навички не формуються внаслідок одноразового педагогічного впливу. Вони потребують регулярного повторення, ускладнення завдань, закріплення практичного досвіду та поступового розширення самостійності учнів. Послідовність передбачає рух від простих і доступних дій до більш складних форм самоконтролю та саморегуляції.

Необхідним для початкової школи є принцип позитивної мотивації та емоційної безпеки. Ефективність фізкультурної діяльності значною мірою залежить від того, чи сприймає дитина її як доступну, цікаву та особистісно значущу. Використання рухливих ігор, варіативних вправ, елементів змагання та ситуацій успіху дозволяє підтримувати інтерес до занять і водночас формувати позитивне ставлення до фізичної активності як складової здорового способу життя.

Значущим є також принцип варіативності та диференціації, який передбачає можливість адаптації завдань за інтенсивністю, складністю, тривалістю та способом виконання. Такий принцип особливо важливий для формування здоров'язбережувальної компетентності, оскільки вчить дитину співвідносити фізичне навантаження зі своїми можливостями, а не орієнтуватися виключно на зовнішній результат.

Таким чином, методологічне забезпечення формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів має ґрунтуватися на інтеграції компетентнісного, особистісно орієнтованого, діяльнісного, системного та здоров'язбережувального підходів. Їх практична реалізація через принципи вікової адекватності, свідомості й активності, систематичності, позитивної мотивації, емоційної безпеки, варіативності та диференціації створює передумови для переходу від простого виконання фізичних вправ до формування усвідомленої поведінки, спрямованої на

збереження та зміцнення здоров’я. Саме така методологічна основа може бути покладена в основу побудови педагогічної моделі та визначення умов ефективного формування здоров’язбережувальної компетентності учнів початкової школи.

Висновки до першого розділу

1. Здоров’язбережувальна компетентність молодшого школяра визначається як інтегрована характеристика особистості, становлення якої охоплює не лише засвоєння знань про здоров’я та правила здорового способу життя, а й формування ціннісного ставлення до нього, практичних моделей здоров’язбережувальної поведінки та здатності до елементарної саморегуляції.

2. Структурно-змістова характеристика здоров’язбережувальної компетентності ґрунтується на взаємодії мотиваційно-ціннісного, когнітивного, діяльнісного та рефлексивно-регулятивного компонентів. Мотиваційно-ціннісний компонент забезпечує позитивне ставлення до здоров’я та фізичної активності; когнітивний охоплює систему доступних віку знань про способи збереження здоров’я; діяльнісний виявляється у здатності реалізовувати відповідні практичні дії; рефлексивно-регулятивний пов’язаний із самоспостереженням, оцінюванням власного стану та коригуванням поведінки.

3. Методологічну основу формування здоров’язбережувальної компетентності становить інтеграція компетентнісного, особистісно орієнтованого, діяльнісного, системного та здоров’язбережувального підходів. Їх поєднання забезпечує орієнтацію фізкультурної освіти не тільки на розвиток рухових умінь, а й на формування здатності учнів застосовувати знання у практичній діяльності, усвідомлювати значення фізичної активності, контролювати власне навантаження та поступово набувати відповідальності за власну здоров’язбережувальну поведінку.

4. Педагогічна результативність формування

здоров’язбережувальної компетентності залежить від дотримання системи взаємопов’язаних принципів, серед яких визначальними є вікова та індивідуальна адекватність, свідомість і активність, систематичність і послідовність, позитивна мотивація та емоційна безпека, варіативність і диференціація. Їх реалізація на уроках фізичної культури створює умови для поступового переходу від регламентованого виконання фізичних вправ до усвідомленої рухової діяльності, самоконтролю та формування стійких моделей поведінки, спрямованих на збереження й зміцнення здоров’я.

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНА ПЕДАГОГІЧНА СИСТЕМА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ УЧНІВ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ

2.1. Структурно-функціональна модель та педагогічні умови формування здоров'язбережувальної компетентності.

Молодший шкільний вік є визначальним періодом у житті людини для формування ставлення до фізичної активності як невід'ємного елемента здорового способу життя. Цілеспрямоване фізичне виховання робить вагомий внесок у процес психомоторного, розумового та емоційного розвитку дітей дошкільного віку. На сучасному етапі реформування національної системи освіти України пріоритетним завданням є оптимізація професійної підготовки майбутніх педагогів [54]. Адже рівень їхньої професійної готовності впливає на успішність освітнього процесу в загальноосвітніх навчальних закладах, що ґрунтується на національних цінностях, серед яких найважливішою є зміцнення та збереження здоров'я підростаючого покоління.

Це зумовлює необхідність проведення педагогічного експерименту щодо впровадження педагогічних умов, а також структурно-функціональної моделі підготовки майбутніх вихователів до здійснення фізичного виховання учнів початкової школи. Науково-теоретичні дослідження, визначення педагогічних умов і розробка структурно-функціональної моделі підготовки майбутніх педагогів до фізичного виховання дітей – заходи, спрямовані на вдосконалення та належне перетворення педагогічної дійсності, – потребують практичного підтвердження [55], верифікації та апробації, що здійснюються в межах спеціально організованої експериментальної роботи.

Аналіз результатів педагогічних досліджень і теоретичних підходів до проблеми підготовки майбутніх вихователів до фізичного виховання дітей у

закладах дошкільної освіти уможливив побудову логіки педагогічного експерименту. Основними ознаками педагогічного експерименту є зміна умов спостереження за явищем та його зв'язком з іншими явищами з метою з'ясування його сутності, походження та управління цим педагогічним процесом. Застосування методу педагогічного експерименту в дослідженні сприяє розгляду окремих аспектів підготовки майбутніх вихователів до фізичного виховання дітей у закладах вищої освіти (ЗВО) із розкриттям причин і наслідків дослідницького процесу залежно від умов його проведення (Собченко та ін., 2021) [56].

Формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи потребує не лише визначення її структурних компонентів і методологічних засад, а й розроблення цілісної педагогічної конструкції, здатної забезпечити послідовне перетворення освітніх впливів на конкретні результати розвитку особистості дитини. У цьому контексті структурно-функціональна модель може розглядатися як теоретично обґрунтована система взаємопов'язаних елементів педагогічного процесу, що відображає його цільову спрямованість, зміст, механізми реалізації та очікувані результати [56].

Розглянута модель формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів ґрунтується на положенні про те, що фізична культура має забезпечувати не тільки розвиток рухових здібностей, а й набуття дитиною досвіду свідомого ставлення до власного здоров'я. Відповідно, модель повинна забезпечувати взаємозв'язок між мотивацією до фізичної активності, засвоєнням здоров'язбережувальних знань, практичним виконанням відповідних дій та формуванням здатності до самоконтролю.

Структурно модель доцільно представити через цільовий, методологічний, змістовий, організаційно-процесуальний і результативний блоки. Їх послідовність не означає механічної лінійності педагогічного процесу, оскільки між усіма складовими існує взаємний функціональний зв'язок.

Цільовий блок визначає загальну спрямованість педагогічного впливу — формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи в процесі фізкультурної освіти. Його конкретизація передбачає розвиток позитивної мотивації до рухової активності, формування знань про здоров'я та способи його збереження, набуття практичних умінь безпечної фізичної діяльності, а також розвиток здатності оцінювати власне самопочуття та регулювати фізичне навантаження [57].

Методологічний блок визначає теоретичну основу побудови моделі. Він охоплює компетентнісний, особистісно орієнтований, діяльнісний, системний і здоров'язбережувальний підходи, а також принципи вікової та індивідуальної адекватності, свідомості й активності, систематичності, послідовності, позитивної мотивації, емоційної безпеки, варіативності та диференціації. Поєднання зазначених положень забезпечує цілісність педагогічної системи та її відповідність особливостям початкової освіти.

Змістовий блок охоплює зміст навчально-виховної діяльності, спрямований на послідовний розвиток усіх компонентів здоров'язбережувальної компетентності. Він включає знання про значення рухової активності, фізичний розвиток і функціонування організму, правила безпечної поведінки, режим дня, особисту гігієну та основи самоконтролю. Водночас зміст не повинен існувати у формі відокремленої теоретичної інформації. Його доцільно інтегрувати безпосередньо в рухову діяльність, щоб кожне знання отримувало практичне підтвердження.

Організаційно-процесуальний блок визначає способи реалізації моделі на уроках фізичної культури. Його основу становлять різноманітні форми рухової діяльності, фізичні вправи, рухливі ігри, естафети, вправи на координацію, розвиток витривалості, сили, гнучкості та швидкісних здібностей. Поряд із традиційними методами доцільно використовувати проблемні завдання, ситуації вибору, елементи взаємонавчання, самооцінювання та рефлексії [58]. Особливого значення набуває педагогічне

дозування фізичного навантаження та його варіативність відповідно до можливостей конкретної дитини.

Важливим елементом процесуального блоку є рефлексивна складова. Після виконання фізичних вправ учням можуть пропонуватися доступні за віком запитання щодо власного самопочуття, складності завдання, характеру фізичного навантаження та причин зміни його інтенсивності. Така практика поступово формує здатність помічати сигнали власного організму та співвідносити їх із характером фізичної діяльності.

Завершальним є результативний блок, який відображає очікувані зміни у сформованості здоров'язбережувальної компетентності. Результат доцільно оцінювати не лише за фізичними показниками, а комплексно — за проявами мотиваційно-ціннісного ставлення до здоров'я, рівнем здоров'язбережувальних знань, сформованістю практичних умінь і здатністю до самоконтролю та регуляції власної діяльності.

Функціональне призначення моделі полягає у забезпеченні декількох взаємопов'язаних напрямів педагогічної роботи. Мотиваційна функція полягає у формуванні позитивного ставлення до фізичної активності та усвідомлення її значення для здоров'я. Освітня функція забезпечує набуття учнями системи доступних віку знань. Розвивальна функція пов'язана з удосконаленням фізичних, когнітивних і регулятивних можливостей дитини. Регулятивна функція спрямована на формування навичок самоконтролю та свідомого регулювання рухової діяльності [59]. Профілактична функція полягає у формуванні безпечної поведінки та запобіганні негативним наслідкам нераціональної організації фізичного навантаження.

Реалізація моделі потребує створення відповідних педагогічних умов. Першою з них є забезпечення мотиваційно сприятливого освітнього середовища, у якому фізична активність асоціюється в учнів із позитивним емоційним досвідом, особистим успіхом і можливістю саморозвитку. Педагогічна взаємодія має виключати надмірну орієнтацію на порівняння дітей між собою та натомість стимулювати індивідуальний прогрес.

Другою умовою є інтеграція здоров'язбережувального змісту безпосередньо в процес фізкультурної діяльності. Інформація про користь фізичних вправ, правила безпеки, самоконтроль та відновлення має подаватися не ізольовано, а у зв'язку з конкретними руховими ситуаціями. Це забезпечує перехід від декларативного знання до практичного досвіду.

Третьою умовою виступає диференціація та індивідуалізація фізичного навантаження. Учитель має враховувати фізичну підготовленість, функціональні можливості, темп виконання та індивідуальні потреби учнів. Варіативність завдань дозволяє кожній дитині працювати в оптимальному для неї діапазоні навантаження та водночас формує розуміння необхідності співвідносити власні можливості з характером рухової діяльності.

Четвертою умовою є цілеспрямоване формування навичок самоконтролю та рефлексії. Молодший школяр має поступово навчатися розпізнавати зміни самопочуття, оцінювати власні зусилля, розуміти необхідність відпочинку та відновлення, а також звертати увагу на безпечність виконання вправ [60]. На початковому етапі така діяльність здійснюється під керівництвом учителя, а згодом передбачає збільшення самостійності дитини.

П'ятою педагогічною умовою є систематичність і наступність здоров'язбережувального впливу. Формування компетентності не може бути результатом окремих тематичних уроків або ситуативних заходів. Необхідне послідовне закріплення відповідних способів діяльності протягом навчального року, їх поступове ускладнення та перенесення набутого досвіду за межі уроку фізичної культури.

Отже, структурно-функціональна модель формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи являє собою цілісну педагогічну систему, у якій цільові орієнтири, методологічні засади, зміст, організаційно-процесуальні механізми та результативні характеристики функціонують у взаємозв'язку [61]. Її ефективність забезпечується не використанням окремих методів, а комплексною

реалізацією педагогічних умов, що поєднують мотиваційну підтримку, практичну спрямованість змісту, диференціацію фізичного навантаження, розвиток самоконтролю та систематичність педагогічного впливу. Така модель створює теоретичну основу для подальшого визначення конкретного технологічного та методичного забезпечення формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів.

2.2. Ефективні технології та методи здоров'язбережувальної спрямованості в освітньому процесі початкової школи.

Загалом діти віком 6-12 років зазвичай мають міцне здоров'я. Водночас досить поширеними є нездорові звички, як-от малорухливий спосіб життя, нездорове харчування, ожиріння, вживання психоактивних речовин та недотримання правил гігієни. Діти шкільного віку також часто скаржаться на психосоматичні симптоми та погіршення психічного здоров'я; крім того, спостерігається зростання нерівності у сфері здоров'я як усередині країн, так і між ними [62].

Тому для зміцнення фізичного та психічного здоров'я школярів широко застосовуються шкільні програми та заходи із заохочення здорового способу життя.

Health Promoting Intervention (HPI) – втручання/заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я. У міжнародній педагогічній та медичній практиці цим терміном позначають спеціальні цільові програми, які інтегрують в освітній процес для покращення фізичного стану дітей.

Ефективна реалізація таких заходів може покращити стан здоров'я дітей, їхню успішність і показники завершення навчання, а також зменшити вплив факторів ризику та сприяти подоланню нерівності у сфері здоров'я [62]. Позитивні результати цих заходів було виявлено й серед груп школярів із низькою успішністю та тих, що належать до недостатньо представлених категорій [62]. Водночас існує обмежена кількість наукових даних щодо ефективності таких заходів [63]. Наявні систематичні огляди здебільшого

зосереджувалися на оцінці заходів у конкретних сферах здоров'я, як-от профілактика ожиріння, фізична активність, харчова поведінка або здоров'я опорно-рухового апарату (постава) [64]. Однак оцінка ефективності впроваджених заходів є вкрай важливою для розуміння причин їхньої дієвості чи неефективності, а також для визначення тих компонентів структури заходу, що впливають на кінцевий результат.

Початкові школи відіграють ключову роль у житті дітей, оскільки в усьому світі понад 90% дітей віком 6-14 років навчаються в таких закладах. Шкільні програми охоплюють практично всі різноманітні групи дітей та батьків. Вчителі, шкільні медичні сестри та інші фахівці мають усі можливості для реагування на потреби, пов'язані зі зміцненням здоров'я, профілактикою захворювань і раннім втручанням для підтримки здоров'я та успішності дитини.

Зазначається, що школи створюють ідеальні умови для впровадження правил і норм, які знижують ризик неінфекційних захворювань, сприяють здоровому способу життя та запобігають формуванню шкідливих звичок [65]. Крім того, результати досліджень свідчать про важливість сприяння соціально-емоційному благополуччю та розвитку соціально-емоційних компетентностей (наприклад, самопізнання, самооцінки, емоційної саморегуляції, навичок асертивної комунікації) для запобігання проблемам із поведінкою (зокрема, соціальним відхиленням, булінгу, деструктивній та агресивній поведінці), проблемному використанню Інтернету та передчасному припиненню навчання серед учнів початкової та середньої школи [65]. Зокрема, встановлено, що ефективні психоосвітні заходи, спрямовані на підтримку благополуччя в школах, сприяють покращенню поведінкових показників і розвитку соціально-емоційних навичок, підвищенню рівня успішності та показників завершення навчання, а також формуванню загалом позитивного шкільного клімату.

Результати досліджень ефективності шкільних програм зміцнення здоров'я є неоднозначними: вони вказують як на позитивні та часткові

результати, так і на потенційні ненавмисні зворотні ефекти. Успішність таких шкільних програм залежить від низки чинників, зокрема від їхніх структурних елементів. Попередні емпіричні та оглядові дослідження виявили широкий спектр структурних елементів HPI, що можуть впливати на ефективність і якість впровадження програм, а також безпосередньо на здоров'я дітей [66]. До таких елементів належать:

– зміст програми (наприклад, сфера здоров'я, соціально-емоційне навчання та формування поведінкових навичок);

– учасники або цільові групи (наприклад, діти, батьки);

– виконавці (наприклад, учителі, зовнішні експерти, міждисциплінарні команди) та їхня підготовка;

– контекстуальні чинники шкільного середовища (наприклад, політика закладу, організаційний потенціал, співпраця з місцевими громадами та зацікавленими сторонами).

Багатокомпонентні програми – що включають зміни в політиці закладу, залучення батьків, співпрацю між освітянами та іншими фахівцями, підготовку виконавців і роботу з місцевими громадами – видаються ефективнішими порівняно з однокомпонентними HPI [66]. Водночас ефект від будь-якої програми може бути помірним або обмеженим, зокрема через брак даних щодо довгострокових результатів.

У представленому систематичному огляді окреслено чинники, що можуть впливати на ефективність шкільних програм зміцнення здоров'я. Відтак, це питання потребує більш системного та всебічного вивчення, щоб визначити, які саме структурні елементи чи компоненти програм сприяють високій ефективності HPI у початковій школі та суттєво впливають на здоров'я й спосіб життя дітей.

По-перше, стратегію пошуку та відбір літератури було розроблено відповідно до принципів систематичного огляду літератури. Такий підхід дозволив нам систематично здійснювати пошук, оцінювання та синтез наукових даних щодо втручань, спрямованих на покращення стану здоров'я

(HPI), що проводяться в умовах школи. Комплексний пошук проводився у двох базах даних: PubMed та CINAHL. Вибір саме цих баз був цілеспрямованим, оскільки нас передусім цікавили рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) таких втручань у сферах медицини, біомедицини та громадського здоров'я, результати яких широко представлені в базі даних PubMed. Крім того, оскільки в багатьох країнах впровадженням шкільних програм із покращення здоров'я займаються шкільні медсестри, до переліку джерел було включено CINAHL – спеціалізовану базу даних із сестринської справи [67]. Бази даних Scopus, Web of Science (WoS) та інші не використовувалися через обмеження доступу для установ, які представляли автори, а також з огляду на те, що матеріали, які найбільшою мірою відповідали сфері наших інтересів, були найповніше та найточніше представлені саме в базах даних PubMed і CINAHL. Для пошуку використовувалися такі ключові слова: «school-based» (на базі школи), «intervention» (втручання) та «follow-up» (подальше спостереження).

Огляд охоплював 19 статей, у яких описувалося 17 різних шкільних програм зміцнення здоров'я (HPI). Усі інші інтервенції були відібрані як окремі публікації. Результати дозволили визначити характеристики розглянутих програм, їхню ефективність та типи кластерів.

Було проаналізовано основні описові характеристики розглянутих інтервенцій, що проводилися у 20 різних країнах. Більшість із них було впроваджено в Європі (n = 27; 55,1%); вони переважно базувалися на дизайні рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) (61,2%) і стосувалися 18 різних аспектів здоров'я, насамперед фізичного (n = 40; 81,6% досліджень), зокрема фізичної активності (n = 8; 16,3%), збалансованого харчування (n = 7; 14,3%), ожиріння (n = 6; 12,2%) та інфекційних захворювань (n = 6; 12,2%). Меншу увагу було приділено інтервенціям, спрямованим на психічне здоров'я (n = 9; 18,4%); у цих випадках йшлося про управління стресом, психічні розлади, якість сну, сприйняття власного тіла та профілактику

зловживання психоактивними речовинами. Більшість інтервенцій (73,5%) тривали до одного року й охоплювали до 1200 дітей (71,4%). Кількість контрольних обстежень після завершення інтервенції варіювалася від одного до шести. Однак у понад половині досліджень (57,2%) повідомлялося лише про одне контрольне обстеження, а в чверті (26,5%) – про два обстеження протягом 12 місяців після завершення інтервенції. Проаналізовані програми були здебільшого орієнтовані на дітей (n = 34; 69,4%) і реалізовувалися штатними працівниками шкіл шляхом зміни встановленої шкільної політики або навчальної програми (n = 23; 46,9%). Водночас понад третина інтервенцій (n = 17; 34,7%) проводилася спеціально підготовленими вчителями, які пройшли відповідну програму навчання, або зовнішніми фахівцями (наприклад, фізіотерапевтами, шкільними медсестрами, дипломованими медсестрами, лікарями, дієтологами, кінезіологами, психологами, поведінковими терапевтами чи фахівцями з психічного здоров'я). Крім того, деякі заходи реалізовувалися за участю більш ніж одного виконавця (n = 9; 18,4 %).

У середньому заходи зі зміцнення здоров'я в школах (HPI) продемонстрували позитивні результати. На Рисунку 3 проаналізовані 49 заходів розподілено на три групи відповідно до їхньої ефективності. Половину заходів було віднесено до групи з позитивним ефектом (n = 25; 51,0%); далі йшли група заходів із частковим ефектом (n = 13; 26,5%) та група заходів, що не дали жодного ефекту або призвели до протилежного результату (n = 11; 22,5%). Значний позитивний результат, що зберігався до моменту останнього контрольного вимірювання, було зафіксовано у семи випадках (14,3%). Водночас важливо відзначити два заходи, що спричинили протилежний ефект: стан учасників після їх проведення навіть погіршився порівняно з вихідним рівнем [68].

Виникає питання: що саме робить шкільні програми зміцнення здоров'я (HPI) ефективними для покращення здоров'я дітей? Які спільні

структурні елементи їм притаманні та за якими ознаками можна відрізнити високоефективні програми від інших?

По-перше, заходи в межах програм найефективнішого кластера (кластер 3) були спрямовані не лише на дітей, а й принаймні на ще одну групу учасників: наприклад, батьків або всю родину, вчителів, адміністрацію чи інший персонал школи, однолітків або представників місцевої громади. Це підтверджується даними щодо кластера 2, де менш ефективні програми були орієнтовані виключно на дітей [69].

По-друге, реалізацію ефективних шкільних програм зміцнення здоров'я зазвичай здійснювали кілька виконавців – як правило, це була мультидисциплінарна команда фахівців або експертів у сферах освіти, охорони здоров'я, соціального захисту, адміністрування, управління школою чи оцінювання програм. Співпраця школи з іншими установами (наприклад, із місцевою громадою, що має відповідні ресурси охорони здоров'я) під час впровадження таких програм також забезпечувала успішні результати в профілактиці інфекційних захворювань [69] та ожиріння [69]. Крім того, високу ефективність продемонстрували програми, які реалізовували вчителі, що пройшли спеціальну підготовку для проведення відповідних заходів у межах звичайної навчальної програми. Також значний потенціал для успіху шкільних програм зміцнення здоров'я має активна участь зовнішніх експертів у їхньому впровадженні. Згідно з результатами цього огляду літератури, навіть залучення аспірантів або науковців [70] як зовнішніх виконавців суттєво сприяє ефективності шкільних програм у контексті покращення здоров'я дітей.

По-третє, структурні елементи ефективної програми зміцнення здоров'я можна також охарактеризувати за допомогою кількісних показників, таких як розмір вибірки учасників на початковому етапі, тривалість програми (у місяцях), кількість контрольних обстежень та терміни їх проведення після завершення програми. Хоча розмір вибірки не виявився визначальним фактором, що розрізняє виділені кластерні групи, тривалість

програми та проведення контрольних обстежень, навпаки, мали суттєвий вплив на результативність. Заходи, віднесені до кластера «високоефективних HPI» (ініціатив із зміцнення здоров'я), мали найменшу тривалість (у середньому 4,5 місяця) порівняно з кластером «HPI, що змінюють шкільну політику» (де заходи тривали в середньому на три місяці довше) і, особливо, з кластером «масштабних і довгострокових HPI» (тривалістю в середньому понад два роки). Заходи більшої тривалості передбачали більше етапів подальшого спостереження зі значним часовим інтервалом після завершення самого втручання; це було особливо помітно в першій групі – «масштабних і довгострокових HPI». Натомість друга група – «HPI, що змінюють шкільну політику», – яка продемонструвала найнижчу ефективність, вирізнялася й найменшою кількістю етапів подальшого спостереження незалежно від тривалості самої ініціативи. Як наслідок, вплив цих заходів на здоров'я дітей був дуже низьким [70,71].

Зрештою, результати дослідження засвідчили, що ефективність HPI залежить від різних структурних компонентів їх реалізації. Взаємодія між кількісними факторами (наприклад, розмір вибірки, тривалість, етапи подальшого спостереження) та якісними факторами (наприклад, якість дизайну дослідження, зміст програми втручання та відповідних заходів, компетентність виконавців і характеристики цільових груп), вочевидь, відіграє вирішальну роль у якості впровадження HPI та їхньому впливі на здоров'я дітей.

Це дослідження, що ґрунтується на інноваційному огляді літератури з використанням змішаних методів (поєднання кількісних і якісних даних та їх аналізу) і підкріплене систематичним оглядом, мало на меті визначити структуру шкільних ініціатив із зміцнення здоров'я (HPI) та їхні характеристики, пов'язані з ефективністю. Наскільки відомо авторам, це перше дослідження, у якому для аналізу шкільних HPI застосовано огляд літератури змішаного типу в поєднанні з багаторазовим кластерним аналізом. Результати засвідчили значне розмаїття підходів до впровадження

шкільних HPI, що стосуються насамперед дослідницького протоколу (рандомізовані контрольовані дослідження), розміру вибірки учасників, цільових груп, виконавців втручання, його тривалості, періоду подальшого спостереження та цільової сфери охорони здоров'я. Серед цих чинників саме цільові групи, виконавці та тривалість подальшого спостереження виявилися найсильнішими предикторами ефективності шкільних HPI.

Завдяки багаторазовому кластерному аналізу було виділено три основні групи, що представляють різні типи шкільних HPI. Найбільші відмінності між групами та найвищий рівень внутрішньої однорідності всередині них спостерігалися за такими показниками, як ефективність HPI, цільові групи, виконавці втручання, тривалість та період подальшого спостереження. Найефективніші шкільні HPI було виявлено в кластері 3 («високоефективні HPI»): 90% ініціатив цього типу продемонстрували позитивний вплив на здоров'я дітей [72]. Помірну ефективність зафіксовано для втручань із кластера 1 («масштабні та довгострокові HPI») та кластера 2 («HPI, що змінюють шкільну політику»). Водночас позитивний або виражено позитивний ефект дещо частіше спостерігався серед шкільних HPI, що належали до кластера 1.

Цікаво, що більшість втручань, включених до цього огляду, були орієнтовані виключно на дітей, а половина з них реалізовувалася в межах звичайної шкільної навчальної програми. Проте між трьома кластерами існували певні відмінності. Зокрема, втручання з кластера 2 були спрямовані лише на дітей, і в половині випадків вони здійснювалися через звичайну шкільну програму або зміни в шкільній політиці. Натомість HPI, що належали до двох інших кластерів, були орієнтовані не лише на дітей, а й на їхніх батьків, однолітків, учителів та інших шкільних фахівців. Залучення кількох цільових груп і різних виконавців (зокрема, спеціально підготовлених шкільних учителів та зовнішніх експертів) було характерною рисою переважно високоефективних шкільних програм зміцнення здоров'я (HPI), віднесених до 3-го кластера.

До 1-го кластера увійшли найбільш масштабні заходи, що вирізнялися тривалим періодом реалізації, значною кількістю контрольних обстежень, а також найбільшим часовим інтервалом між завершенням програми та проведенням першого й останнього контрольних замірів. У більшості випадків ці програми базувалися на дизайні рандомізованих контрольованих досліджень (РКД). Аналогічно, значну частку програм, що реалізовувалися за схемою РКД, було віднесено до 2-го кластера. Хоч як це дивно, обидва типи кластерів продемонстрували помірну ефективність; це свідчить про те, що не варто оцінювати ефективність програм зміцнення здоров'я виключно на основі дизайну дослідження. Використання дизайну РКД не слід автоматично вважати ознакою високої якості; натомість необхідно ретельно й критично оцінювати якість впровадження програми та її вплив на здоров'я дітей [73].

Насамкінець, результати дослідження вказують на однорідність трьох типів кластерів шкільних програм зміцнення здоров'я щодо таких аспектів, як орієнтація переважно на фізичне здоров'я, вік дітей та розмір вибірки учасників. Виявлені подібності та відмінності між цими типами програм допомагають краще зрозуміти структурні елементи, що визначають ефективність таких заходів та їхній потенційний вплив на здоров'я й спосіб життя дітей. Отримані дані узгоджуються з результатами попередніх досліджень, які свідчать про вищу ефективність багатокомпонентних програм порівняно з однокомпонентними [73], а також підтверджують думку про те, що брак доказів ефективності шкільних програм зміцнення здоров'я зумовлений несистематичним і недостатньо якісним науковим підходом до їх вивчення.

Згідно з попередніми дослідженнями, більшість школярів оцінюють своє фізичне здоров'я як добре, проте проблеми, пов'язані з емоційними та соціальними аспектами здоров'я, залишаються актуальними [74]. Так само й у цьому огляді більшість шкільних програм зміцнення здоров'я (HPI) були спрямовані на такі аспекти фізичного здоров'я, як профілактика серцево-

судинних захворювань, популяризація здорового способу життя та гігієни ротової порожнини, запобігання травматизму та контроль інфекцій. Це спонукає до обговорення доцільності втручань, спрямованих на психічне здоров'я, їхньої потенційної користі для зміцнення психічного стану дитини та подолання тиску, пов'язаного з навчальними досягненнями [74].

Результати цього огляду свідчать про те, що навіть менш масштабні шкільні програми зміцнення здоров'я – якщо вони реалізуються класним керівником протягом кількох місяців у межах звичайної навчальної програми та включають ретельно дібрані заходи, подальший моніторинг, підготовку вчителів, залучення зовнішніх фахівців і охоплення різних цільових груп, – можуть мати тривалий і сталий вплив на здоров'я дітей. З іншого боку, можна було б припустити, що більш тривалі втручання (наприклад, у межах лонгітюдних досліджень) матимуть більший успіх завдяки кращому забезпеченню ресурсами, підтримці, навчанню та обсягу інформації, що надається учасникам протягом тривалого часу. Однак високоефективна група програм у нашому дослідженні продемонструвала протилежне. Отже, шкільні програми зміцнення здоров'я, що не потребують значних часових витрат на впровадження, також можуть бути дієвими. Наприклад, було виявлено, що щоденні 10-хвилинні заняття з опанування навичок подолання стресу, які проводили вчителі протягом чотирьох місяців, позитивно вплинули на симптоми тривожності та варіабельність серцевого ритму у 8-річних дітей (результати оцінювали через рік після завершення програми) [75]. Крім того, значний позитивний вплив шкільних програм зміцнення здоров'я – зокрема на рівень фізичної активності та показники фізичної підготовленості, пов'язані зі здоров'ям, – спостерігався навіть за умови короткотривалих втручань (до двох місяців) [75]. Водночас недостатня кількість етапів оцінювання або значні затримки в проведенні повторних обстежень можуть знизити ефективність втручання. Наприклад, у межах 5-річного рандомізованого контрольованого дослідження (РКД) щодо контролю інфекцій, яке передбачало лише одне контрольне обстеження

через 12 місяців після завершення програми, було зафіксовано вищий рівень захворюваності на інфекції серед дітей порівняно з вихідними показниками [75].

Підсумовуючи, варто зазначити, що, згідно з даними цього огляду, ефективні шкільні програми зміцнення здоров'я впроваджуються в усьому світі й найчастіше зосереджуються на фізичному здоров'ї. Ефективність таких програм залежить від різних структурних компонентів їх реалізації. Взаємодія між кількісними факторами (наприклад, розміром вибірки, тривалістю, подальшим спостереженням) та якісними факторами (наприклад, якістю дизайну дослідження, змістом інтервенційної програми та заходами, компетентністю виконавців і характеристиками цільових груп), вочевидь, відіграє вирішальну роль у якості впровадження HPI та його ефективності для здоров'я дітей.

Практична реалізація педагогічної моделі формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів потребує цілеспрямованого добору технологій і методів, які відповідають віковим можливостям дітей, змісту фізкультурної освіти та завданням здоров'язбережувального розвитку. Їх застосування доцільно розглядати як взаємопов'язану систему педагогічних засобів, спрямованих на активізацію рухової діяльності, розвиток позитивної мотивації, набуття практичного досвіду та поступове формування здатності учня самостійно регулювати власну поведінку.

Однією з найбільш природних для початкової школи є ігрова технологія. Гра забезпечує органічне поєднання рухової активності, емоційного залучення та пізнавальної діяльності. Рухливі ігри, естафети, ігрові вправи та ситуаційні завдання можуть використовуватися для розвитку сили, швидкості, спритності, витривалості, гнучкості та координації. Водночас педагогічно правильно організована гра створює можливість формувати навички взаємодії, дотримання правил, відповідального ставлення до власної безпеки та безпеки інших учасників.

Важливе значення має діяльнісна технологія, відповідно до якої учень виступає активним учасником освітнього процесу. На уроках фізичної культури це може реалізовуватися через практичні завдання, ситуації вибору, мініпроєкти, проблемні вправи та завдання на самостійне визначення способу виконання рухової дії. Наприклад, учням можна запропонувати обрати оптимальну інтенсивність вправи, визначити послідовність виконання комплексу або пояснити, чому після значного фізичного навантаження необхідний період відновлення. Такий підхід сприяє формуванню не лише рухового досвіду, а й елементарної здатності аналізувати власну діяльність.

В умовах неоднорідності фізичної підготовленості дітей особливого значення набуває технологія диференційованого та індивідуалізованого навчання. Її сутність полягає у створенні варіативних завдань, які можуть відрізнятися за складністю, тривалістю, кількістю повторень та інтенсивністю. Це дозволяє уникати ситуації, коли однакове навантаження для одних дітей є недостатнім, а для інших – надмірним. Диференціація також формує у школярів розуміння необхідності враховувати власні можливості та поступово підвищувати рівень фізичної активності.

Доцільним є використання технологій кооперативного та інтерактивного навчання. Робота в парах і малих групах, взаємонавчання, взаємооцінювання, виконання командних завдань та спільне розв’язання рухових проблем створюють умови для розвитку комунікативних умінь і соціальної відповідальності. Водночас групова діяльність дозволяє формувати навички дотримання правил, взаємної підтримки та безпечної поведінки під час фізичних вправ.

Окремий напрям становлять здоров’язбережувальні технології безпосереднього педагогічного супроводу, до яких належать раціональне чергування навантаження та відпочинку, дихальні вправи, вправи на відновлення, корекцію постави, координацію та профілактику надмірного м’язового напруження. Їх використання має бути диференційованим і відповідати віковим можливостям учнів. Важливо, щоб такі вправи не

перетворювалися на формальний набір процедур, а включалися в логіку конкретного уроку та доповнювали основну рухову діяльність.

Важливим методичним інструментом є метод педагогічного спостереження, який дозволяє вчителю своєчасно оцінювати характер виконання вправ, рівень активності, ознаки втоми, емоційний стан та труднощі, що виникають у дитини. Отримані спостереження можуть бути підставою для зміни темпу, тривалості або складності завдання. У такий спосіб педагогічне спостереження стає механізмом індивідуалізації та безпечної організації фізичного навантаження. Особливу роль у формуванні рефлексивно-регулятивної складової компетентності відіграють методи самоконтролю та рефлексії. Учням можуть пропонуватися прості завдання на оцінювання власного самопочуття, рівня втоми, складності вправи та емоційного стану після фізичної активності. Залежно від віку це може здійснюватися за допомогою умовних позначень, шкали самопочуття, коротких усних відповідей або нескладних рефлексивних запитань. Поступове використання таких методів сприяє розвитку здатності дитини помічати зміни власного стану та відповідно коригувати поведінку.

Ефективним доповненням є проблемно-ситуативний метод, за допомогою якого моделюються типові життєві ситуації: вибір безпечного способу виконання вправи, поведінка під час втоми, необхідність відпочинку, дотримання питного режиму чи організація рухової активності протягом дня. Такі завдання дозволяють переносити сформовані на уроці знання та способи дії у ширший контекст повсякденного життя.

Таким чином, ефективність здоров’язбережувальної спрямованості фізкультурної освіти визначається не використанням окремої технології, а раціональним поєднанням ігрових, діяльнісних, диференційованих, інтерактивних, проблемно-ситуативних, рефлексивних та самоконтрольних методів. Їх системне застосування забезпечує поступове перетворення фізичної активності з організованої педагогом діяльності на особистісно значущий досвід учня. У результаті урок фізичної культури набуває

комплексного здоров'язбережувального спрямування, сприяючи розвитку мотивації, знань, практичних умінь, самоконтролю та відповідального ставлення молодших школярів до власного здоров'я.

Висновки до другого розділу

1. Формування здоров'язбережувальної компетентності потребує цілісної організації педагогічного процесу, у межах якої окремі освітні впливи об'єднуються в послідовну систему. Запропонована структурно-функціональна модель забезпечує узгодженість між цільовими орієнтирами, змістом фізкультурної освіти, організацією навчальної діяльності та очікуваними результатами.

2. Визначені педагогічні умови створюють необхідне середовище для практичного становлення здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів. Особливого значення набувають позитивний емоційний фон занять, змістова інтеграція здоров'язбережувальних знань із руховою діяльністю, адаптація фізичного навантаження до індивідуальних можливостей дітей, систематичне залучення учнів до самоспостереження та рефлексії.

3. Технологічне забезпечення здоров'язбережувального процесу має ґрунтуватися на варіативності педагогічного інструментарію. Поєднання ігрових, діяльнісних, інтерактивних, диференційованих, проблемно-ситуативних і рефлексивних технологій створює можливості для різних форм залучення учнів до освітньої діяльності. Водночас доцільність конкретного методу визначається не його формальною належністю до певної технології, а відповідністю поставленій педагогічній меті, віковим можливостям дітей, характеру фізичного навантаження та конкретній навчальній ситуації.

4. Практична спрямованість здоров'язбережувальної роботи передбачає поступове перенесення сформованого на уроках досвіду в повсякденну життєдіяльність учня. Саме тому результативність

фізкультурної освіти доцільно пов’язувати не тільки з якістю виконання рухових дій, а й зі здатністю дитини використовувати набуті способи поведінки поза межами уроку: контролювати власне самопочуття, дотримуватися правил безпеки, раціонально організовувати рухову активність і враховувати власні фізичні можливості.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретико-педагогічне дослідження проблеми формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи у процесі фізкультурної освіти дає підстави розглядати зазначену компетентність як один із важливих результатів сучасної початкової освіти. Її становлення пов'язане не лише з організацією достатнього обсягу рухової активності, а передусім із формуванням у дитини здатності усвідомлювати цінність власного здоров'я, розуміти взаємозв'язок між способом життя та фізичним станом, застосовувати набуті знання у практичній діяльності, дотримуватися безпечної поведінки та поступово набувати досвіду самоконтролю. Такий підхід розширює традиційне розуміння завдань фізичної культури й дає можливість розглядати її як важливий компонент цілісного особистісного розвитку молодшого школяра.

Теоретичний аналіз проблеми засвідчив, що поняття здоров'язбережувальної компетентності доцільно трактувати крізь призму сучасної компетентнісної парадигми. У цьому розумінні вона не є сукупністю розрізнених знань про здоров'я або набором окремих фізичних умінь. Її зміст визначається здатністю дитини поєднувати знання, ціннісні орієнтації, мотиваційні установки, практичні дії та елементарні механізми саморегуляції для підтримання власного здоров'я та безпечної життєдіяльності. Така характеристика дозволяє відмежувати поняття здоров'язбережувальної компетентності від суто фізичної підготовленості, оскільки високий рівень розвитку фізичних якостей сам по собі не гарантує сформованого відповідального ставлення до здоров'я.

Для молодшого шкільного віку особливого значення набуває поступовість становлення цієї компетентності. Дитина цього віку ще значною мірою потребує педагогічного супроводу, проте вже здатна усвідомлювати елементарні причинно-наслідкові зв'язки між фізичною

активністю, самопочуттям, відпочинком, безпекою та власним здоров'ям. Відтак педагогічна робота має бути зорієнтована на поступове розширення самостійності учня, переходу від виконання зовнішніх вимог до усвідомленого прийняття здоров'язбережувальних норм і способів діяльності.

Установлено, що структурно-змістова характеристика здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів може бути представлена через взаємопов'язані мотиваційно-ціннісний, когнітивний, діяльнісний та рефлексивно-регулятивний компоненти. Така структура відображає основні механізми переходу від усвідомлення значення здоров'я до конкретної поведінки.

Мотиваційно-ціннісний компонент визначає особистісне ставлення дитини до здоров'я та фізичної активності. Його значення полягає в тому, що стійка здоров'язбережувальна поведінка не може ґрунтуватися виключно на зовнішньому контролі. Учень має поступово усвідомлювати фізичну активність як позитивну й особистісно значущу частину повсякденного життя.

Когнітивний компонент охоплює систему доступних віку уявлень і знань про здоров'я, рухову активність, безпечну поведінку, режим дня, особисту гігієну, відновлення та функціональні можливості організму. Водночас ефективність цих знань визначається можливістю їх практичного використання.

Діяльнісний компонент характеризує здатність учня реалізовувати здоров'язбережувальні знання у конкретних діях: правильно виконувати фізичні вправи, дотримуватися правил безпеки, регулювати характер власної активності та використовувати набуті навички у повсякденній діяльності.

Рефлексивно-регулятивний компонент забезпечує здатність дитини звертати увагу на власне самопочуття, оцінювати складність фізичного завдання, розпізнавати ознаки втоми та за допомогою дорослого або

самостійно коригувати власну діяльність. Саме цей компонент створює передумови для поступового переходу від зовнішньої педагогічної регуляції до елементарної саморегуляції.

Визначено, що формування здоров'язбережувальної компетентності потребує інтеграції декількох методологічних підходів. Провідне значення має компетентнісний підхід, який орієнтує освітній процес на практичну здатність учня використовувати набуті знання та вміння. Його доповнює особистісно орієнтований підхід, що забезпечує врахування індивідуальних можливостей, потреб, інтересів і темпу фізичного розвитку кожної дитини.

Діяльнісний підхід визначає практичну природу становлення компетентності, оскільки її формування відбувається через безпосередній досвід учня. Системний підхід забезпечує взаємозв'язок між цілями, змістом, формами, методами та результатами освітнього процесу. Здоров'язбережувальний підхід, своєю чергою, орієнтує педагогічну систему на створення безпечного освітнього середовища та формування в учнів моделей поведінки, спрямованих на підтримання здоров'я.

Інтеграція цих підходів дає змогу уникнути однобічності у визначенні завдань фізичної культури. Урок розглядається одночасно як простір фізичного розвитку, пізнавальної активності, соціальної взаємодії, мотиваційного становлення та розвитку навичок саморегуляції.

Теоретично обґрунтовано систему принципів, що визначають організацію здоров'язбережувального освітнього процесу. До них належать вікова та індивідуальна адекватність, свідомість і активність, систематичність і послідовність, позитивна мотивація та емоційна безпека, варіативність і диференціація. Зазначені принципи мають розглядатися не як ізольовані нормативні положення, а як взаємопов'язана система регулювання педагогічної діяльності.

Особливого значення набуває принцип диференціації, оскільки однаковий рівень фізичного навантаження може мати різний вплив на дітей із різним рівнем фізичної підготовленості. Відповідно, педагогічно

доцільним є створення варіативних завдань, які дозволяють учневі працювати в межах власних можливостей і поступово підвищувати індивідуальний результат.

Не менш важливим є принцип емоційної безпеки. Позитивний психологічний клімат на уроці сприяє формуванню позитивного ставлення до фізичної активності, зменшує страх помилки та створює передумови для активнішої участі дітей у руховій діяльності.

На основі визначених теоретичних положень обґрунтовано структурно-функціональну модель формування здоров'язбережувальної компетентності молодших школярів. Її доцільно розглядати як цілісну педагогічну систему, що об'єднує цільовий, методологічний, змістовий, організаційно-процесуальний та результативний блоки. Така модель забезпечує логічний зв'язок між педагогічною метою та конкретними способами її досягнення.

Цільовий блок визначає спрямованість процесу на формування в учнів мотивації до рухової активності, відповідних знань, практичних умінь та здатності до самоконтролю. Методологічний блок забезпечує теоретичне підґрунтя педагогічних дій. Змістовий блок визначає коло знань і способів діяльності, які мають бути засвоєні учнями. Організаційно-процесуальний блок характеризує форми, методи й технології реалізації педагогічного впливу. Результативний блок відображає очікувані зміни у сформованості відповідних компонентів компетентності.

Принциповою особливістю запропонованої моделі є її орієнтація на взаємодію всіх складових. Формування мотивації пов'язується з практичною діяльністю, знання – із конкретними руховими ситуаціями, а виконання вправ – із рефлексією та самоконтролем. Це забезпечує цілісність педагогічного процесу.

Визначено комплекс педагогічних умов, необхідних для реалізації зазначеної моделі. Першою умовою є створення мотиваційно сприятливого та психологічно безпечного освітнього середовища. Другою – інтеграція

здоров’язбережувального змісту безпосередньо в рухову діяльність. Третьою – диференціація та індивідуалізація фізичного навантаження. Четвертою – цілеспрямоване формування навичок самоконтролю та рефлексії. П’ятою – забезпечення систематичності й наступності здоров’язбережувального впливу.

Взаємодія цих умов дозволяє уникнути фрагментарного характеру здоров’язбережувальної роботи. Важливо, що вони стосуються не лише змісту навчання, а й організації взаємодії між учителем та учнями, характеру фізичного навантаження, способів оцінювання та поступового розширення самостійності дітей.

Встановлено, що технологічне забезпечення формування здоров’язбережувальної компетентності має бути варіативним і відповідати конкретним педагогічним завданням. Ігрова технологія забезпечує емоційну залученість і природне для молодшого школяра поєднання рухової та пізнавальної активності. Діяльнісна технологія спрямовує учнів на практичне застосування знань і самостійне виконання завдань. Диференційоване навчання дозволяє адаптувати фізичне навантаження до індивідуальних можливостей дітей. Інтерактивні форми роботи сприяють розвитку комунікативних навичок і соціальної відповідальності.

Особливу роль відіграють проблемно-ситуативні, рефлексивні та самоконтрольні методи. Їх використання дає можливість моделювати ситуації, з якими дитина може зустрічатися за межами уроку: необхідність дотримання правил безпеки, визначення доцільності відпочинку, оцінювання власного самопочуття або вибору оптимального способу фізичної активності. Завдяки цьому освітній результат набуває практичної спрямованості.

Обґрунтовано доцільність поєднання традиційних засобів фізичної культури з методами, спрямованими на розвиток когнітивної та рефлексивної активності учнів. Фізичні вправи самі по собі створюють необхідне середовище для фізичного розвитку, однак формування

здоров’язбережувальної компетентності потребує додаткового осмислення учнем власної діяльності. Тому виконання вправ доцільно супроводжувати короткими поясненнями, запитаннями, ситуаціями вибору, самооцінюванням і рефлексивними завданнями. Такий підхід дозволяє сформувати зв’язок між фізичною дією та її усвідомленням. Учень поступово починає розуміти, що правильність виконання вправи, безпечність, інтенсивність навантаження та необхідність відпочинку мають безпосереднє значення для його фізичного стану.

Важливим результатом теоретичного опрацювання проблеми є обґрунтування необхідності зміщення акценту з оцінювання виключно фізичних результатів на комплексну характеристику здоров’язбережувального розвитку учня. У цьому контексті результативність доцільно визначати за сукупністю показників, які відображають мотиваційне ставлення до фізичної активності, рівень відповідних знань, практичну здатність застосовувати здоров’язбережувальні способи діяльності та сформованість навичок самоконтролю. Тому цей підхід дозволяє більш адекватно оцінити освітній результат, оскільки дитина може демонструвати значний прогрес у формуванні здоров’язбережувальної поведінки навіть за відсутності високих показників фізичної підготовленості. У цьому полягає одна з принципових відмінностей компетентнісної моделі від нормативно-орієнтованого розуміння результатів фізичного виховання.

Узагальнення теоретичних положень дозволяє стверджувати, що формування здоров’язбережувальної компетентності молодших школярів є процесом поступового накопичення особистісного та діяльнісного досвіду. Його результат не формується одномоментно і не може бути забезпечений окремим уроком, вправою або методичним прийомом. Компетентність розвивається внаслідок систематичної взаємодії мотиваційних, пізнавальних, практичних і рефлексивних механізмів. У цьому процесі особливу роль відіграє вчитель фізичної культури, який виступає не лише

організатором рухової діяльності, а й педагогом, що забезпечує її змістове наповнення, безпечність, диференціацію та рефлексивний супровід. Від професійної здатності педагога спостерігати за станом учнів, адаптувати навантаження, створювати ситуації успіху та залучати дітей до осмислення власної діяльності значною мірою залежить ефективність здоров'язбережувального спрямування освітнього процесу.

Теоретично обґрунтована система технологій і методів створює передумови для виходу здоров'язбережувальної роботи за межі власне уроку фізичної культури. Її кінцевим педагогічним орієнтиром має бути не формальне виконання дитиною вимог учителя, а поступове перенесення набутих способів поведінки у повсякденне життя. Йдеться про здатність школяра усвідомлювати потребу в руховій активності, дотримуватися базових правил безпеки, враховувати власне самопочуття, раціонально чергувати активність і відпочинок та відповідально ставитися до власного фізичного стану.

Таким чином, здоров'язбережувальна компетентність набуває характеристик практично орієнтованого результату освіти, який має потенціал зберігатися та розвиватися в наступних освітніх періодах.

Загалом проведений аналіз підтверджує доцільність розгляду фізичної культури як одного з ключових педагогічних ресурсів формування здоров'язбережувальної компетентності в початковій школі. Її потенціал визначається можливістю одночасно впливати на фізичний розвиток, мотиваційну сферу, пізнавальну активність, поведінкові установки та регулятивні механізми особистості дитини. Водночас повноцінна реалізація цього потенціалу можлива лише за умови системного педагогічного проєктування освітнього процесу. Узагальнена концепція дослідження полягає в тому, що здоров'язбережувальна компетентність формується на перетині ціннісного ставлення до здоров'я, знань про способи його збереження, практичного досвіду рухової діяльності та здатності до самоконтролю. Відповідно, педагогічна система має забезпечувати

постійний взаємозв’язок між цими складовими. Саме така логіка дозволяє перейти від окремих здоров’язбережувальних заходів до цілісної моделі фізкультурної освіти, орієнтованої на формування активного, відповідального та свідомого ставлення молодшого школяра до власного здоров’я.

Перспективність подальшого дослідження проблеми пов’язана з емпіричною перевіркою запропонованої моделі, уточненням критеріїв і показників сформованості здоров’язбережувальної компетентності, визначенням динаміки її розвитку на різних етапах початкової освіти, а також розробленням методичного супроводу для педагогів. Окремого вивчення потребують можливості інтеграції цифрових засобів, адаптивних технологій, міжпредметних зв’язків і партнерської взаємодії школи та сім’ї у процес формування здоров’язбережувальної поведінки молодших школярів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гнатюк, О. В. (2019). Formation of health-saving competence of elementary school pupils in modern conditions of education. In Психологія і педагогіка: актуальні питання (с. 121–125). Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень».

2. Cattuzzo, M. T., Henrique, R. S., Ré, A. H. N., Oliveira, I. S., Melo, B. M., Moura, M. S., Araújo, R. C., & Stodden, D. F. (2016). Motor competence and health related physical fitness in youth: A systematic review. Journal of Science and Medicine in Sport, 19(2), 123–129. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2014.12.004

3. Дудіцька, С., & Гуліна, Л. (2024). Формування культури здоров'я молодших школярів. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура, (41), 12–18. https://doi.org/10.15330/fcult.41.12-18

4. Barnett, L. M., Lai, S. K., Veldman, S. L. C., Hardy, L. L., Cliff, D. P., Morgan, P. J., Zask, A., Lubans, D. R., Shultz, S. P., Ridgers, N. D., Rush, E., Brown, H. L., & Okely, A. D. (2016). Correlates of gross motor competence in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Sports Medicine, 46(11), 1663–1688. https://doi.org/10.1007/s40279-016-0495-z

5. Сакалюк, О. (2019). Formation of healthcare-saving competence of primary school students by the means of kinesiological exercise minutes. Молодь і ринок, (6), 168–173. https://doi.org/10.24919/2308-4634.2019.168395

6. Minatto, G., Barbosa Filho, V. C., Berria, J., & Petroski, E. L. (2016). School-based interventions to improve cardiorespiratory fitness in adolescents: Systematic review with meta-analysis. Sports Medicine, 46(9), 1273–1292. https://doi.org/10.1007/s40279-016-0480-6

7. Боднарчук, О., & Римар, О. (2019). Фізична культура і спосіб життя молодших школярів. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура, (31), 12–18.

8. Poitras, V. J., Gray, C. E., Borghese, M. M., Carson, V., Chaput, J.-P., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Pate, R. R., Connor Gorber, S., Kho, M. E., Sampson, M., & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 41(6 Suppl. 3), S197–S239. https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0663

9. Заікін, А., Жигульова, Е., Рябцев, С., Марчук, В., Марчук, Д., & Козак, Є. (2020). Педагогічні умови підготовки майбутніх учителів фізичної культури до формування культури здоров'я молодших школярів. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини, (17), 22–27. https://doi.org/10.32626/2309-8082.2020-17.22-27

10. Lubans, D. R., Richards, J., Hillman, C. H., Faulkner, G., Beauchamp, M. R., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L., & Biddle, S. J. H. (2016). Physical activity for cognitive and mental health in youth: A systematic review of mechanisms. Pediatrics, 138(3), e20161642. https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642

11. Шевчук, О. (2022). Особливості навчання фізичної культури молодших школярів в умовах Нової української школи. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві, 4(60), 53–58. https://doi.org/10.29038/2220-7481-2022-04-53-58

12. Carson, V., Hunter, S., Kuzik, N., Gray, C. E., Poitras, V. J., Chaput, J.-P., Saunders, T. J., Katzmarzyk, P. T., Okely, A. D., Gorber, S. C., Kho, M. E., Sampson, M., Lee, H., & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: An update. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 41(6 Suppl. 3), S240–S265. https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0630

13. Мосійчук, Л. (2020). Виховання в молодших школярів інтересу до занять з фізичного виховання у системі «школа–сім'я». Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура, (34), 103–111.

https://doi.org/10.15330/fcult.34.103-111

14. Lander, N., Eather, N., Morgan, P. J., Salmon, J., & Barnett, L. M. (2017). Characteristics of teacher training in school-based physical education interventions to improve fundamental movement skills and/or physical activity: A systematic review. Sports Medicine, 47(1), 135–161. https://doi.org/10.1007/s40279-016-0561-6

15. Боднарчук, О., Римар, О., Соловей, А., & Маланчук, Г. (2018). The interaction of school and family in physical education of first grade students. Journal of Physical Education and Sport, 18(Supplement 2), 1092–1098.

16. Borde, R., Smith, J. J., Sutherland, R., Nathan, N., & Lubans, D. R. (2017). Methodological considerations and impact of school-based interventions on objectively measured physical activity in adolescents: A systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews, 18(4), 476–490. https://doi.org/10.1111/obr.12517

17. Вахтангішвілі, М. (2019). Співпраця сім'ї та школи у фізичному вихованні дітей молодшого шкільного віку. Фізична культура, спорт та здоров'я нації, (7), 20–25. https://doi.org/10.31652/2071-5285-2019-7-26-20-25

18. Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E.-M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., ... Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. BMC Public Health, 17, 361. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y

19. Кравченко, Т. (2019). Оптимізація фізичної підготовленості учнів молодшого шкільного віку засобами рухливих ігор в умовах Нової української школи. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура, (33), 40–51. https://doi.org/10.15330/fcult.33.40-51

20. Owen, M. B., Curry, W. B., Kerner, C., Newson, L., & Fairclough, S. J. (2017). The effectiveness of school-based physical activity interventions for adolescent girls: A systematic review and meta-analysis. Preventive Medicine,

105, 237–249. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.09.018

21. Wick, K., Leeger-Aschmann, C. S., Monn, N. D., Radtke, T., Ott, L. V., Rebholz, C. E., Cruz, S., Gerber, N., Schmutz, E. A., Puder, J. J., Munsch, S., Kakebeeke, T. H., Jenni, O. G., Granacher, U., & Kriemler, S. (2017). Interventions to promote fundamental movement skills in childcare and kindergarten: A systematic review and meta-analysis. Sports Medicine, 47(10), 2045–2068. https://doi.org/10.1007/s40279-017-0723-1

22. Тищенко, В. О., Орлов, А. А., Потапова, Л. В., & Курочка, А. С. (2023). Особливості організації занять фізичною культурою учнів молодшого шкільного віку з особливими освітніми потребами. Фізичне виховання та спорт, (4), 49–56. https://doi.org/10.26661/2663-5925-2023-4-06

23. Moore, J. B., Carson, R. L., Webster, C. A., Singletary, C. R., Castelli, D. M., Pate, R. R., Beets, M. W., & Beighle, A. (2018). The application of an implementation science framework to comprehensive school physical activity programs: Be a Champion! Frontiers in Public Health, 5, 354. https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00354

24. Johnstone, A., Hughes, A. R., Martin, A., & Reilly, J. J. (2018). Utilising active play interventions to promote physical activity and improve fundamental movement skills in children: A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health, 18, 789. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5687-z

25. Лук’янченко, М. І. (2023). Вплив фізкультурно-оздоровчих заходів на фізичну підготовленість молодших школярів. Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15, (5К(165)), 71–75. https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.5K(165).15

26. Errisuriz, V. L., Golaszewski, N. M., Born, K., & Bartholomew, J. B. (2018). Systematic review of physical education-based physical activity interventions among elementary school children. Journal of Primary Prevention, 39(3), 303–327. https://doi.org/10.1007/s10935-018-0507-x

27. Engel, A. C., Broderick, C. R., van Doorn, N., Hardy, L. L., & Parmenter, B. J. (2018). Exploring the relationship between fundamental motor

skill interventions and physical activity levels in children: A systematic review and meta-analysis. Sports Medicine, 48(8), 1845–1857. https://doi.org/10.1007/s40279-018-0923-3

28. Куценко, О. В. (2019). Методика розвитку швидкості та гнучкості у молодших школярів на заняттях з футболу. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини, (12), 39–42. https://doi.org/10.32626/2309-8082.2019-12.39-42

29. McMichan, L., Gibson, A.-M., & Rowe, D. A. (2018). Classroom-based physical activity and sedentary behavior interventions in adolescents: A systematic review and meta-analysis. Journal of Physical Activity and Health, 15(5), 383–393. https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0087

30. Cairney, J., Dudley, D., Kwan, M., Bulten, R., & Kriellaars, D. (2019). Physical literacy, physical activity and health: Toward an evidence-informed conceptual model. Sports Medicine, 49(3), 371–383. https://doi.org/10.1007/s40279-019-01063-3

31. Jones, M., Defever, E., Letsinger, A., Steele, J., & Mackintosh, K. A. (2020). A mixed-studies systematic review and meta-analysis of school-based interventions to promote physical activity and/or reduce sedentary time in children. Journal of Sport and Health Science, 9(1), 3–17. https://doi.org/10.1016/j.jshs.2019.06.009

32. Cavyuk, S., Vlasyuk, H., Herasymchuk, A., & Romanova, V. (2019). Стан здоров'я і фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку на сучасному етапі. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура.

33. Cassar, S., Salmon, J., Timperio, A., Naylor, P.-J., van Nassau, F., Contardo Ayala, A. M., & Koorts, H. (2019). Adoption, implementation and sustainability of school-based physical activity and sedentary behaviour interventions in real-world settings: A systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 16, 120.

https://doi.org/10.1186/s12966-019-0876-4

34. Kelso, A., Linder, S., Reimers, A. K., Klug, S. J., Alesi, M., Scifo, L., Chicau Borrego, C., Monteiro, D., & Demetriou, Y. (2020). Effects of school-based interventions on motivation towards physical activity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Psychology of Sport and Exercise, 51, 101770. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2020.101770

35. Andermo, S., Hallgren, M., Nguyen, T.-T.-D., Jonsson, S., Petersen, S., Friberg, M., Romqvist, A., Stubbs, B., & Schäfer Elinder, L. (2020). School-related physical activity interventions and mental health among children: A systematic review and meta-analysis. Sports Medicine - Open, 6, 25. https://doi.org/10.1186/s40798-020-00254-x

36. Литвиненко, О. В. (2020). Формування здоров'язбережувальної компетентності учнів початкової школи засобами здоров'язбережувальних технологій. Початкова школа.

37. Lorås, H. (2020). The effects of physical education on motor competence in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Sports, 8(6), 88. https://doi.org/10.3390/sports8060088

38. Vaquero-Solís, M., Iglesias Gallego, D., Tapia-Serrano, M. Á., Pulido, J. J., & Sánchez-Miguel, P. A. (2020). School-based physical activity interventions in children and adolescents: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(3), 999. https://doi.org/10.3390/ijerph17030999

39. Литовченко, А. О. (2021). Особливості фізичної підготовленості молодших школярів як передумова формування здоров'язбережувальної компетентності. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві.

40. Yuksel, H. S., Şahin, F. N., Maksimovic, N., Drid, P., & Bianco, A. (2020). School-based intervention programs for preventing obesity and promoting physical activity and fitness: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(1), 347.

https://doi.org/10.3390/ijerph17010347

41. García-Hermoso, A., Alonso-Martínez, A. M., Ramírez-Vélez, R., Pérez-Sousa, M. Á., Ramírez-Campillo, R., & Izquierdo, M. (2020). Association of physical education with improvement of health-related physical fitness outcomes and fundamental motor skills among youths: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics, 174(6), e200223. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0223

42. Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.-P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British Journal of Sports Medicine, 54(24), 1451–1462. https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955

43. Shearer, C., Goss, H. R., Boddy, L. M., Knowles, Z. R., Durden-Myers, E. J., & Foweather, L. (2021). Assessments related to the physical, affective and cognitive domains of physical literacy amongst children aged 7–11.9 years: A systematic review. Sports Medicine - Open, 7, 37. https://doi.org/10.1186/s40798-021-00324-8

44. Wong, S. L., Reilly, J. J., & colleagues. (2021). Interventions to increase moderate-to-vigorous physical activity in elementary school physical education lessons: Systematic review. Journal of School Health. https://doi.org/10.1111/josh.13070

45. Barnett, L. M., Webster, E. K., Hulteen, R. M., De Meester, A., Valentini, N. C., Lenoir, M., Pesce, C., Getchell, N., Lopes, V. P., Robinson, L. E., Brian, A., & Rodrigues, L. P. (2022). Through the looking glass: A systematic review of longitudinal evidence, providing new insight for motor competence and health. Sports Medicine, 52(4), 875–920. https://doi.org/10.1007/s40279-021-01516-8

46. Carl, J., Barratt, J., Töpfer, C., Cairney, J., & Pfeifer, K. (2022). How

are physical literacy interventions conceptualized? A systematic review on intervention design and content. Psychology of Sport and Exercise, 58, 102091. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.102091

47. Carl, J., Barratt, J., Wanner, P., Töpfer, C., Cairney, J., & Pfeifer, K. (2022). The effectiveness of physical literacy interventions: A systematic review with meta-analysis. Sports Medicine, 52(12), 2965–2999. https://doi.org/10.1007/s40279-022-01738-4

48. Otten, C., Kemp, N., Spencer, M., & Nash, R. (2022). Supporting children's health literacy development: A systematised review of the literature. International Journal of Educational Research, 115, 102046. https://doi.org/10.1016/j.ijer.2022.102046

49. Arufe-Giráldez, V., Sanmiguel-Rodríguez, A., Ramos-Álvarez, O., & Navarro-Patón, R. (2022). Gamification in physical education: A systematic review. Education Sciences, 12(8), 540. https://doi.org/10.3390/educsci12080540

50. Masini, A., Ceciliani, A., Dallolio, L., Gori, D., & Marini, S. (2022). Evaluation of feasibility, effectiveness, and sustainability of school-based physical activity “active break” interventions in pre-adolescent and adolescent students: A systematic review. Canadian Journal of Public Health, 113(5), 713–725. https://doi.org/10.17269/s41997-022-00652-6

51. Rodrigo-Sanjoaquín, J., Corral-Abós, A., Aibar Solana, A., Zaragoza Casterad, J., Lhuisset, L., & Bois, J. E. (2022). Effectiveness of school-based interventions targeting physical activity and sedentary time among children: A systematic review and meta-analysis of accelerometer-assessed controlled trials. Public Health, 213, 147–156. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.10.004

52. Xin, F., Chen, S.-T., Clark, C., Hong, J.-T., Liu, Y., & Cai, Y.-J. (2020). Relationship between fundamental movement skills and physical activity in preschool-aged children: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(10), 3566. https://doi.org/10.3390/ijerph17103566

53. Eddy, L. H., Bingham, D. D., Crossley, K. L., Shahid, N. F.,

Ellingham-Khan, M., Otteslev, A., Figueredo, N. S., Mon-Williams, M., & Hill, L. J. B. (2020). The validity and reliability of observational assessment tools available to measure fundamental movement skills in school-age children: A systematic review. PLOS ONE, 15(8), e0237919. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237919

54. Dobell, A., Pringle, A., Faghy, M. A., & Roscoe, C. M. P. (2020). Fundamental movement skills and accelerometer-measured physical activity levels during early childhood: A systematic review. Children, 7(11), 224. https://doi.org/10.3390/children7110224

55. Hill, P. J., McNarry, M. A., Mackintosh, K. A., Murray, M. A., Pesce, C., Valentini, N. C., Getchell, N., Tomporowski, P. D., Robinson, L. E., & Barnett, L. M. (2024). The influence of motor competence on broader aspects of health: A systematic review of the longitudinal associations between motor competence and cognitive and social-emotional outcomes. Sports Medicine, 54(2), 375–427. https://doi.org/10.1007/s40279-023-01939-5

56. Jerebine, A., Arundell, L., Watson-Mackie, K., Keegan, R., Jurić, P., Dudley, D., Ridgers, N. D., Salmon, J., & Barnett, L. M. (2024). Effects of holistically conceptualised school-based interventions on children's physical literacy, physical activity, and other outcomes: A systematic review. Sports Medicine - Open, 10, 105. https://doi.org/10.1186/s40798-024-00766-w

57. Moon, J., Webster, C. A., Stodden, D. F., Brian, A., Mulvey, K. L., Beets, M., Egan, C. A., Flick McIntosh, L. I., Merica, C. B., & Russ, L. (2024). Systematic review and meta-analysis of physical activity interventions to increase elementary children's motor competence: A comprehensive school physical activity program perspective. BMC Public Health, 24, 826. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18145-1

58. Knoke, C., Woll, A., & Wagner, I. (2024). Health promotion in physical education through digital media: A systematic literature review. German Journal of Exercise and Sport Research, 54, 276–290. https://doi.org/10.1007/s12662-023-00932-4

59. Mo, W., Saibon, J. B., Li, Y., Li, J., & He, Y. (2024). Effects of game-based physical education program on enjoyment in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health, 24, 517. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18043-6

60. Moeller, N. C., Oestergaard, L., Rasmussen, M. G. B., Schmidt-Persson, J., Larsen, K. T., & Juhl, C. B. (2024). How to get children moving? The effectiveness of school-based interventions promoting physical activity in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled- and controlled studies. Health & Place, 89, 103333. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2024.103333

61. Rico-González, M. (2023). The effect of primary school-based physical education programs: A systematic review of randomized controlled trials. Journal of Physical Activity and Health, 20(4), 317–347. https://doi.org/10.1123/jpah.2022-0452

62. Camacho-Sánchez, R., Manzano-León, A., Rodríguez-Ferrer, J. M., Serna, J., & Lavega-Burgués, P. (2023). Game-based learning and gamification in physical education: A systematic review. Education Sciences, 13(2), 183. https://doi.org/10.3390/educsci13020183

63. Anico, S., Wilson, L., Eyre, E., & Smith, E. (2022). The effectiveness of school-based run/walk programmes to develop physical literacy and physical activity components in primary school children: A systematic review. Journal of Sports Sciences, 40(22), 2552–2569. https://doi.org/10.1080/02640414.2023.2174720

64. Bedard, C., St John, L., Bremer, E., Graham, J. D., & Cairney, J. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effects of physically active classrooms on educational and enjoyment outcomes in school age children. PLOS ONE, 14(6), e0218633. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218633

65. Han, A., Fu, A., Cobley, S., & Sanders, R. H. (2018). Effectiveness of exercise intervention on improving fundamental movement skills and motor coordination in overweight/obese children and adolescents: A systematic review.

Journal of Science and Medicine in Sport, 21(1), 89–102. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.07.001

66. Sneck, S., Viholainen, H., Syväoja, H., Kankaapää, A., Hakonen, H., Poikkeus, A.-M., & Tammelin, T. (2019). Effects of school-based physical activity on mathematics performance in children: A systematic review. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 16, 109. https://doi.org/10.1186/s12966-019-0866-6

67. Latimer-Cheung, A. E., Copeland, J. L., Fowles, J., Zehr, L., Duggan, M., & Tremblay, M. S. (2016). The Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: Implications for practitioners, professionals, and organizations. Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 41(6 Suppl. 3), S328–S335. https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0086

68. World Health Organization. (2018). Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world. World Health Organization.

69. World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization.

70. U.S. Department of Health and Human Services. (2018). Physical activity guidelines for Americans (2nd ed.). U.S. Department of Health and Human Services.

71. Wong, L. S., Gibson, A.-M., Farooq, A., & Reilly, J. J. (2021). Interventions to increase moderate-to-vigorous physical activity in elementary school physical education lessons: Systematic review. Journal of School Health, 91(10), 836–845. https://doi.org/10.1111/josh.13070

72. Chang, M., & Gu, X. (2018). The role of executive function in linking fundamental motor skills and reading proficiency in socioeconomically disadvantaged kindergarteners. Learning and Individual Differences, 61, 250–255. https://doi.org/10.1016/j.lindif.2018.01.002

73. Motor competence among children in the United Kingdom and Ireland: An expert statement on behalf of the International Motor Development

Research Consortium. (2022). Journal of Motor Learning and Development. https://doi.org/10.1123/jmld.2021-0047

74. Lee, A., Lo, A., Li, Q., Keung, V., & Kwong, A. (2020). Health promoting schools: An update. Applied Health Economics and Health Policy, 18, 605–623. https://doi.org/10.1007/s40258-020-00575-8

75. Defever, E., & Jones, M. (2021). Rapid realist review of school-based physical activity interventions in 7- to 11-year-old children. Children, 8(1), 52. https://doi.org/10.3390/children8010052