

**КАМ'ЯНЕЦЬ-ПОДІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ІВАНА ОГІЄНКА
ФАКУЛЬТЕТ КОРЕКЦІЙНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ І
ПСИХОЛОГІЇ**

Кафедра логопедії та спеціальних методик

Кваліфікаційна робота магістра

**з теми: «ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ
КОРЕКЦІЙНО-ОЗДОРОВЧОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З
ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ»**

Виконала: студентка 2-го курсу, групи SoL-M24z
спеціальності 016 Спеціальна освіта (Логопедія)
Тетяна СЛОБОДЯН

Науковий керівник: Наталія ГАВРИЛОВА,
кандидат психологічних наук,
професор кафедри логопедії та спеціальних методик

Рецензент: Тетяна ОПАЛЮК
доктор педагогічних наук,
професор кафедри соціальної роботи

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНИЙ БАЗИС ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ КОРЕКЦІЙНО-ОЗДОРОВЧОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ.....	7
1.1. Сутність та значення корекційно-оздоровчої роботи у системі спеціальної освіти.....	7
1.2. Сучасні підходи щодо формування загального та логопедичного висновків для дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку дошкільного віку	16
1.3. Технології проведення корекційно-оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовленнєвого розвитку дошкільного віку	25
Висновки до першого розділу.....	35
РОЗДІЛ ІІ. СПЕЦИФІКА КОРЕКЦІЙНО-ОЗДОРОВЧОЇ РОБОТИ ІЗ ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ В ЗАКЛАДІ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ	39
2.1. Обґрунтування та характеристика методики дослідження продуктивності застосування в ЗДО оздоровчо-корекційних заходів	39
2.2. Аналіз результатів дослідження	47
2.3. Обґрунтування та характеристика програми корекційно-оздоровчої роботи для дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку.....	55
Висновки до другого розділу	63
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	67
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Сучасна система спеціальної освіти в Україні характеризується інтеграцією освітніх, корекційних та оздоровчих завдань, що зумовлено потребою забезпечення гармонійного розвитку дітей з особливими освітніми потребами. Вітчизняні науковці та практики дедалі більше наголошують на необхідності раннього, комплексного та міждисциплінарного підходу до організації корекційно-оздоровчої роботи. Такий підхід передбачає поєднання логопедичних, психологічних, фізкультурно-оздоровчих та соціально-адаптаційних заходів, які в комплексі сприяють не лише мовленнєвому розвитку, але й загальному психофізичному та соціальному становленню дитини.

У цьому контексті значний науково-практичний інтерес становлять сучасні українські програми і дослідження, які спеціально розкривають організацію оздоровчої роботи у спеціальних закладах освіти. Серед них варто виокремити праці Н. Пилук, А. Ковтун, О. Кунникової, А. Стригунової, Т. Ільєнко, О. Стах, Л. Трофименко, І. Логвінової та Ю. Кучеренко. Їхній аналіз дозволяє виокремити ключові напрями розвитку сучасних підходів до оздоровчої роботи в системі спеціальної освіти.

Проблема організації та проведення корекційно-оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовлення займає важливе місце у сучасній логопедії, зокрема, та спеціальній педагогіці, загалом. Теоретичні засади корекційної педагогіки та принципи організації корекційно-розвивального навчання ґрунтовно досліджені у працях В. Бондаря, М. Шеремет, Л. Федоренко. Питання поєднання освітніх і оздоровчих заходів у логопедичній практиці розглядали В. Тарасун, Т. Сак, які обґрунтували необхідність комплексного підходу до подолання мовленнєвих порушень. Значний внесок у розробку методик корекційно-оздоровчої роботи зробили О. Бєлова, Н. Гаврилова, зокрема щодо інтеграції логопедичних занять у систему освітнього процесу.

Зарубіжні дослідники (Ж. Піаже, Дж. Брунер, К. Стекхаус, Р. Шварц) вивчали мовленнєвий розвиток у контексті когнітивного та комунікативного

становлення особистості, що є важливим для розуміння ефективності оздоровчих та корекційних програм.

Таким чином, аналіз наукових джерел свідчить, що проблема організації корекційно-оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовленнєвого розвитку вивчалася, однак потребує подальшого осмислення в аспекті інтеграції сучасних освітніх програм та практичної логопедичної діяльності у закладах дошкільної освіти.

Мета дослідження: З урахуванням особливостей дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку та стану їхнього здоров'я розробити та апробувати комплекс заходів спрямованих на покращення їх загального стану здоров'я та активної роботи впродовж логопедичних занять.

Завдання дослідження:

1. На підставі аналізу науково-теоретичних джерел щодо проблеми організації корекційно-оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовлення визначити психологічні та педагогічні передумови ефективності корекційно-оздоровчої роботи у логопедичній практиці.
2. Вивчити та охарактеризувати специфіку мовленнєвих порушень та стан здоров'я у дітей дошкільного віку з типовим розвитком та наявності у них ПМР.
3. Розробити комплекс корекційно-оздоровчих заходів для дітей дошкільного віку із порушеннями мовленнєвого розвитку.

Об'єкт дослідження: Процес корекційно-оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовлення.

Предмет дослідження: Особливості організації корекційно-оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовленнєвого розвитку.

Методи дослідження:

Педагогічні методи: спостереження, анкетування батьків і педагогів, експеримент (констатувальний, формувальний, контрольний етапи).

Психолого-логопедичні методики: методи вивчення артикуляційної моторики та дихального контролю, тестування звуковимови, розуміння та активності мовлення.

Педагогічні методи вивчення стану здоров'я у дітей: анкетування батьків та вихователів.

Оздоровчі методи: рухові та релаксаційні вправи і ігри.

Статистичні методи: обчислення середніх значень.

Теоретичне значення дослідження полягає у поглибленні наукових уявлень про сутність, структуру та зміст корекційно-оздоровчої роботи з дітьми дошкільного віку, які мають порушення мовлення. Уточнено понятійно-категоріальний апарат дослідження (поняття «*корекційно-оздоровча робота*», «*мовленнєвий розвиток*», «*діти з порушеннями мовлення*»), визначено принципи, напрями та зміст оздоровчо-корекційного процесу. Сформовано програму організації корекційно-оздоровчої роботи в умовах закладу дошкільної освіти. Отримані результати розширюють теоретичні положення спеціальної педагогіки та логопедії щодо комплексного впливу корекційних і оздоровчих технологій на розвиток дітей із порушеннями мовлення.

Практичне значення дослідження: полягає у розробленні ефективної програми організації корекційно-оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовлення. Матеріали дослідження можуть бути використані у діяльності логопедів, вихователів, практичних психологів і можуть використовуватися з метою підвищення результативності мовленнєвого розвитку дітей. Теоретичні й методичні напрацювання можуть бути використані в системі підвищення кваліфікації фахівців спеціальної освіти та впроваджені в практику інклюзивного навчання в умовах закладу дошкільної освіти.

Місце проведення дослідження: ЗДО №30, м. Кам'янець-Подільський

Апробація дослідження: Т. Слободян, Н. Гаврилова Технології проведення корекційно оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовлення. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана

Огієнка. Корекційна педагогіка і психологія / за ред. О. Гаврилова. Вип. 16. Кам'янець-Подільський. Видавець Ковальчук О.В. 2025. 302 с., С. 225-238

Структура кваліфікаційної роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел у загальній кількості 84 та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ БАЗИС ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ КОРЕКЦІЙНО-ОЗДОРОВЧОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЄВОГО РОЗВИТКУ

1.1. Сутність та значення корекційно-оздоровчої роботи у системі спеціальної освіти

Корекційно-оздоровчу роботу можна розглянути як цілеспрямовану систему педагогічних, медичних та психолого-логопедичних заходів, спрямовану на подолання або зменшення порушень мовленнєвого розвитку дітей, а також на зміцнення їхнього психофізичного здоров'я.

Її сутність полягає у поєднанні двох взаємопов'язаних компонентів: корекційного та оздоровчого [7].

Корекційна робота спрямована на виправлення і розвиток порушених функцій (мовлення, фонематичного слуху, артикуляційної моторики, лексико-граматичної сторони, зв'язного мовлення) [27]. Оздоровча ж передбачає створення умов для гармонійного розвитку організму дитини, профілактики перевтоми, зміцнення нервової системи, розвитку дихання, голосу, артикуляційного апарату, загальної та дрібної моторики [28].

Основними завданнями корекційно-оздоровчої роботи вважають:

- 1) нормалізацію та розвиток мовленнєвої функції в цілому;
- 2) формування правильної вимови, темпу, ритму та інтонації мовлення;
- 3) розвиток фонематичного сприймання та навичок звукового аналізу;
- 4) удосконалення дихальної та голосової функції;
- 5) формування правильної постави, координації рухів, розвитку дрібної моторики;
- 6) виховання стійкої навчальної мотивації та позитивного емоційного ставлення до занять.

Таким чином, сутність корекційно-оздоровчої роботи полягає у комплексному впливі на дитину: одночасно усуваються порушення

мовленнєвого розвитку й створюються умови для фізичного та психічного розвитку, що забезпечує успішну адаптацію в освітньому середовищі.

Традиційно, у наукових дослідженнях корекційну та оздоровчу роботу розділяють, розглядають їх окремо.

Так у програмі корекції порушень когнітивного розвитку сформованій Т. Сак [54] для дітей із затримкою психічного розвитку було запропоновано комплексний підхід щодо організації та проведенні психолого-педагогічної роботи. Програма спрямована на розкриття напрямків забезпечення когнітивного розвитку в дітей: сенсорно-перцептивної діяльності, формування еталонних уявлень; мислення: аналітико-синтетичної діяльності, порівняння, узагальнення, класифікації; показано зв'язок мислення та мовлення. Як вважають автори робота саме у цих напрямках сприятиме інтенсифікації розвитку цих дітей та подоланню у них наявних порушень.

А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т. Жук, Т. Каменщук, Г. Якимчук [43] вказують, що корекційно-розвиткова робота є невід'ємною складовою освітнього процесу дітей з особливими освітніми потребами. Вона спрямована не лише на усунення порушень, а й на розвиток компенсаторних можливостей дитини і здійснюється в рамках комплексного підходу, міждисциплінарної взаємодії фахівців та активної участі батьків у процесі.

І. Мірошник, А. Сідун [41] вказують, що корекційно-розвивальні заняття формують не лише пізнавальну активність, а й позитивно впливають на мовленнєву, комунікативну та емоційно-вольову сферу дітей з особливими освітніми потребами (ООП). При проведенні з ними корекційної роботи надають перевагу вправам на розвиток мислення, уваги, мовлення, пам'яті. Ці вправи розглядають як базові для формування навчальних здібностей у дітей з ООП.

О. Хохліна [61] стверджує, що корекційно-розвивальна робота є головним засобом забезпечення права дитини з ООП на якісну освіту та розвиток особистості. Вона має поєднувати освітні, лікувально-профілактичні

та виховні функції. Саме такий підхід сприятиме формуванню цілісного психофізичного розвитку дитини.

Є. Линдіна та ін. [71] вказують, що системне логопедичне втручання, яке має корекційно-оздоровчу спрямованість, дозволяє досягти стійких результатів у формуванні мовленнєвої компетентності. При цьому логопедичні технології виступають засобом не лише мовленнєвої корекції, а й загального розвитку комунікативних можливостей дитини.

Тесленко В. [57] стверджує, що поєднання корекційно-розвиткових та оздоровчих заходів сприяє підвищенню психофізичного здоров'я та соціальної адаптації дітей з ООП. Програма соціально-освітньої підтримки підтверджує ефективність інтегрованого підходу, коли навчання, виховання та оздоровлення є єдиним процесом.

Корекційна робота з дітьми дошкільного віку, які мають порушення мовлення, розглядається в сучасній науковій літературі як комплексна система впливів, спрямованих не лише на виправлення дефектів звуковимови чи мовленнєвої структури, а й на розвиток психічних процесів, формування комунікативної компетентності та оздоровлення організму дитини. Аналіз наукових джерел дозволяє виділити кілька напрямів теоретико-методичного забезпечення цієї роботи.

Ю. Рібцун [49] підкреслює значення ранньої діагностики та системної роботи, оскільки саме в дошкільному віці найбільш інтенсивно формуються мовленнєві механізми. Логопедична робота орієнтована на комплексний підхід: розвиток фонематичного слуху, артикуляційних навичок, лексико-граматичних засобів. Такий підхід може розглядатися як приклад практично орієнтованого вагомого для побудови корекційних занять.

Дослідження Л. Черніченко [62] доводить, що логоритміка є одним із найбільш ефективних методів корекційної роботи з дошкільниками, оскільки поєднує мовленнєві, рухові та музичні компоненти. Вона не лише сприяє формуванню правильної артикуляції та ритміко-інтонаційної організації мовлення, а й позитивно впливає на дихальну та нервову системи дитини.

Таким чином, у роботі акцентується оздоровчий потенціал корекційної діяльності, що відповідає сучасним вимогам інтегрованого підходу.

У статті Є Линдіної та співавторів [71] підкреслюється, що логопедичні технології у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами мають інноваційний та інтегративний характер. Автори вказують на ефективність поєднання класичних методик з використанням мультимедійних засобів та спеціальних вправ, що підвищують мотивацію дошкільників. Це дослідження є важливим для сучасної української логопедії, адже підтверджує, що цифрові технології можуть стати допоміжним інструментом у корекційно-оздоровчій роботі.

У міжнародних працях (Roulstone [75]; Rodgers [74]) представлено систематичний огляд доказових інтервенцій для дошкільників із мовленнєвими порушеннями. Roulstone та колеги обґрунтовують ефективність інтенсивних, структурованих і цілеспрямованих програм, що поєднують роботу логопеда та активну участь батьків. Rodgers у своєму скопінг-огляді аналізує інтервенції для дітей із поєднаними фонологічними та експресивно-мовленнєвими труднощами, підкреслюючи необхідність комплексного підходу до розвитку мовлення і мислення. Обидва дослідження підкреслюють, що якісна корекційна робота має ґрунтуватися на принципах *evidence-based practice*.

У роботі Huliuk, Pasichniak, Palchuk [68] акцентується значення фізичного виховання в корекційно-розвитковій роботі з дітьми дошкільного віку з мовленнєвими порушеннями. Автори доводять, що вправи з фізкультури та елементи рухової активності не лише підсилюють загальний психофізичний розвиток, а й сприяють оздоровленню організму та підвищенню ефективності мовленнєвих занять. Цей підхід узгоджується з концепцією «корекційно-оздоровчої роботи», де провідною є ідея гармонізації розвитку.

Н. Гаврилова [8] обґрунтувала і представила систему логопедичної корекції, спрямовану на подолання порушень фонетичного боку мовлення у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Основний акцент робиться

на комплексності впливу та поєднанні традиційних і сучасних методів логопедичної роботи. Авторка визначає, що корекція має включати діагностику, добір індивідуальних і групових методів роботи, поєднання логопедичних, психолінгвістичних і оздоровчих вправ. Вона має опиратися на принципи диференційованості, системності, доступності, поєднання навчальних та оздоровчих завдань. В системі проведення логопедичної роботи передбачається поєднання методів і прийомів використання артикуляційних і дихальних вправ, логоритміки, фонематичного тренінгу, ігор з елементами самоконтролю. Підкреслюється важливість формування у дітей не лише правильної вимови, а й розвитку слухової уваги, мовленнєвого дихання, навичок самокорекції.

Авторка розглядає корекцію фонетичних порушень не як окремий етап логопедичної роботи, а як цілісну систему, що має інтегруватися у загальний освітній та виховний процес. Пропонується поєднання логопедичної роботи з оздоровчими вправами (дихальною гімнастикою, психофізичними тренінгами), що відповідає сучасним тенденціям корекційної педагогіки. Запропонована система є чіткою, орієнтованою на комплексний підхід. Зосереджується увага до психолінгвістичних механізмів формування звуковимови. Таким чином, Н. Гаврилова пропонує системний підхід до подолання фонетичних порушень, підкреслюючи інтеграцію корекційних і оздоровчих завдань.

Проблема організації оздоровчих заходів у закладах дошкільної освіти (ЗДО) має як глибоко теоретичне, так і виражено практичне значення: правильна система оздоровчих заходів сприяє формуванню фізичного, психічного та мовленнєвого благополуччя дитини. Українськими науковцями (В. Кошель [23], О. Малимененко [28], Н. Закхарасевич [15] та іншими) описують організаційно-методичні підходи та практичні програми, а також емпіричні/порівняльні дослідження із зовнішніх контекстів, які дають доказову базу для оцінки ефективності оздоровчих інтервенцій.

Узагальнення результатів теоретичних дослідження системи оздоровлення дітей дошкільного віку дозволяє зробити такі висновки:

1) необхідність комплексності і мультикомпонентності проведення оздоровчої роботи — ефективні програми поєднують рухові, дихально-артикуляційні, релаксаційні та ігрові елементи; інтенсивність має бути помірною й системною;

2) вагомість інтеграції заходів в режим дня і проведення їх щоденно, а не епізодично;

3) необхідність індивідуалізації навчально-виховної роботи особливо для дітей з ООП, адаптації повинні враховувати їх фізичні й когнітивні можливості.

Ю. Пінчук [47] на підставі аналізу нормативно-правової бази логопедичної допомоги в медичних закладах, описує функції логопеда, порядок прийому, комплектування груп/підгруп, розподіл робочого часу, профілактичну та санітарно-просвітницьку роботу. Вона вказує, що ці аспекти є важливими для побудови ефективної організаційної структури корекційно-оздоровчої роботи в дошкільних закладах. Ю. Пінчук вказує що етапи діагностики та визначені в результаті корекційні заходи, інтегруються в корекційні програми та навчально-виховний процес. За результатами розподіляються обов'язки логопеда, визначається сутність профілактичної та методичної роботи. Це дозволяє забезпечити комплексний підхід до корекції мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку.

Цей же автор в іншому дослідженні розкрив сутність роботи логопеда, вихователя, музичний керівника, психолога, медичного персоналу в закладах дошкільної освіти з дітьми з тяжкими мовленнєвими порушеннями. Наголошується на важливості наступності, чіткому розподілі обов'язків, співпраці для корекції мовлення і покращення психофізичного розвитку та здоров'я дітей.

Оздоровча робота в системі спеціальної освіти розглядається як комплекс цілеспрямованих заходів, спрямованих на збереження, зміцнення та

відновлення психофізичного здоров'я дітей з особливими освітніми потребами. Її особливість полягає в інтеграції освітнього, виховного та корекційного компонентів із медико-профілактичними й реабілітаційними заходами.

Основна мета оздоровчої роботи – створення оптимальних умов для розвитку дитини, підвищення адаптаційних можливостей її організму та профілактика вторинних відхилень.

Завданням оздоровчої роботи у спеціальній освіті є:

- забезпечення сприятливих умов для збереження здоров'я та працездатності дітей;
- корекція і компенсація наявних порушень психофізичного розвитку;
- розвиток рухової активності та функціональних можливостей організму;
- профілактика соматичних і невротичних розладів, зниження рівня тривожності та втомлюваності;
- інтеграція оздоровчих та освітніх завдань у навчально-виховний процес.

Оздоровча робота у спеціальних закладах освіти може включати:

- фізкультурно-оздоровчі заходи до яких відносять лікувальну фізкультуру, корекційну гімнастику; дихальні та артикуляційні вправи; ритміка та логоритміка; рухливі ігри, адаптивний спорт;
- медико-профілактичні заходи, а саме, контроль за дотриманням гігієнічних норм; оздоровчі процедури (масаж, фізіотерапія, профілактика порушень зору і слуху);
- психологічну підтримку: релаксаційні та антистресові методики; розвиток емоційної саморегуляції; формування позитивної самооцінки.
- корекційно-педагогічну діяльність із оздоровчим компонентом, наприклад, логопедичні заняття з дихальною та руховою гімнастикою; вправи для дрібної моторики; ігрову та музичну терапію.

Аналіз сучасних вітчизняних джерел свідчить, що оздоровча робота у системі спеціальної освіти поступово набуває інтегративного характеру. Вона розглядається як складова частина корекційного процесу, що сприяє фізичному, мовленнєвому, психічному та соціальному розвитку дитини. Програми, розроблені українськими науковцями, демонструють різні варіанти реалізації оздоровчої роботи: від акценту на соціальній адаптації [46], до створення комплексних програм для учнів спеціальних шкіл [45], індивідуалізації методів для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату [17], та інтегративного підходу у роботі з дітьми із затримкою психічного розвитку [46].

У працях Н. Пилюк [46] оздоровча робота у спеціалізованому дошкільному закладі розглядається не лише як фізичне відновлення, а й як важливий чинник соціальної адаптації дітей з особливими потребами. Авторка підкреслює, що фізичний стан безпосередньо впливає на здатність дитини до успішної інтеграції у соціальне середовище. В роботі акцентується увага на таких формах оздоровчої діяльності, як масаж, фізкультура, логоритміка, а також на режимних заходах, що є невід'ємною частиною щоденного перебування дитини у закладі. Важливо, що у публікації наголошується на колегіальній взаємодії фахівців (логопеда, вихователя, медичного працівника), що забезпечує цілісність корекційно-оздоровчого процесу.

Таким чином, ідеї Н. Пилюк підтверджують необхідність інтеграції фізіотерапевтичних і соціально-адаптаційних компонентів у єдину систему підтримки дітей, що має бути враховано при організації сучасної спеціальної освіти.

Значний внесок у розвиток практики оздоровчої роботи зробили А. Ковтун, О. Кунникова та А. Стригунова [45], які розробили програму «Острівець здоров'я» для 1–4 класів спеціальних шкіл, що навчають дітей з інтелектуальними порушеннями. Програма є зразком комплексного підходу, який поєднує фізкультурні вправи, логопедичні заняття, розвиток дрібної моторики, а також режимні рекомендації.

Автори програми пропонують модульну структуру, що дозволяє поступово ускладнювати завдання, адаптуючи їх до вікових можливостей та індивідуальних потреб учнів. Важливо, що «Острівець здоров'я» враховує психофізіологічні особливості дітей з інтелектуальними порушеннями, забезпечуючи посиленість навантаження та формування позитивної навчальної мотивації.

Ця програма може слугувати орієнтиром для побудови календарно-тематичного планування у спеціальних школах, оскільки демонструє структурованість і системність оздоровчої роботи в умовах навчально-виховного процесу.

Особливу увагу до проблеми індивідуалізації методів у системі спеціальної освіти привертає програма «Корекція мовлення» (Т. Ільєнко, О. Стах, Л. Трофименко)[17]. Вона орієнтована на дітей із порушеннями опорно-рухового апарату і пропонує поєднання логопедичних вправ із заходами фізичної реабілітації.

Важливим методичним аспектом програми є адаптація вправ залежно від фізичних обмежень дітей: визначаються особливості організації артикуляційної гімнастики, дихальних вправ, використання спеціальних засобів підтримки (позиційні пристрої, опори). Таким чином, автори доводять, що ефективність оздоровчої роботи залежить від міждисциплінарної взаємодії логопеда, реабілітолога та медичного працівника.

Отже, дана програма демонструє принцип гнучкої індивідуалізації, що є особливо важливим для дітей із комплексними порушеннями розвитку.

Широкий профіль оздоровчої та розвивальної роботи представлений у програмі «Корекція розвитку», розробленій І. Логвіною та Ю. Кучеренко [26] для дітей із затримкою психічного розвитку. На відміну від більш вузько орієнтованих програм, вона поєднує психологічні, мовленнєві, рухові та навчально-корекційні блоки, акцентуючи на послідовності й системності у формуванні базових пізнавальних процесів.

Значущим аспектом цієї програми є активне залучення батьків та орієнтація на формування навчальної мотивації, що свідчить про комплексне бачення проблеми розвитку дитини. Такий підхід дозволяє розглядати оздоровчу роботу не як окремий напрям, а як складову цілісної системи корекційно-розвивальної підтримки.

Таким чином, теоретичні й практичні напрацювання українських дослідників підтверджують доцільність комплексної організації оздоровчої роботи у спеціальних закладах освіти. Це дозволяє не лише забезпечити корекцію мовленнєвих і когнітивних труднощів, а й створює умови для успішної соціальної інтеграції.

1.2. Сучасні підходи щодо формування загального та логопедичного висновків для дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку дошкільного віку

Дошкільний вік є сензитивним періодом для засвоєння мови та формування мовлення, оскільки саме у цей час відбувається інтенсивний розвиток комунікативної, комунікативної та емоційної сфер. Порушення мовлення в дошкільному віці не лише ускладнюють процеси спілкування, але й впливають на становлення пізнавальної діяльності, формування самосвідомості та особистісного розвитку дитини. У психолого-педагогічному аспекті мовленнєві розлади розглядаються як багатокomпонентне явище, що поєднує в собі медико-біологічні та соціально-психологічні чинники.

Згідно з сучасними підходами (О. Белова [5], В. Тищенко [56] ін.), мовленнєві порушення можна поділити на кілька основних груп:

1. Фонетико-фонематичні порушення — труднощі у вимові звуків та розрізненні фонем, що зумовлюють низький рівень звукової культури мовлення.

2. Лексико-граматичні порушення — обмежений словниковий запас, труднощі у формуванні граматично правильних конструкцій, аграматизми.

3. Порушення зв'язного мовлення — несформованість монологічної та діалогічної мови, труднощі в послідовному викладі думок.

4. Порушення резонування, темпу та ритму мовлення — зумовлені органічними або функціональними чинниками.

В. Тищенко [56] поставив за мету критично переглянути існуючі класифікації мовленнєвих порушень, виявити їхні протиріччя та запропонувати уточнення або нові підходи. Особливу увагу він приділив системним порушенням мовлення — категорії мовленнєвих розладів, які мають комплексний характер (втрати або значні дефіцити мовлення унаслідок органічних або дегенеративних причин).

У публікації він пропонує табличну класифікацію, що включає такі групи: затримка мовленнєвого розвитку, системний недорозвиток мовлення, системний розпад мовлення (різні підтипи за первинним чи вторинним генезом).

У підході автор виділяє ключові осі класифікації:

- дизонтогенетичну вісь (коли починає діяти патологічний чинник — до 3 років чи після 3 років);

- етіологічну вісь (чи порушення зумовлене органічними ураженнями, соматогенними, психогенними чи соціогенними чинниками);

- структурну вісь — поділ на первинні чи вторинні порушення, резидуальні чи прогресуючі типи, а також специфіка за клінічною формою (наприклад, алалія, афазія, дизартрія тощо).

У результаті класифікація запропонована автором вмістила три основні групи:

1. Затримку мовленнєвого розвитку (ЗМР) — коли порушення незначне і може бути компенсоване.

2. Системний недорозвиток мовлення (СНМ) — комплексне мовленнєве порушення при якому суттєво сповільнюється темп засвоєння і механізми використання усіх компонентів мовлення.

3. Системний розпад мовлення — значні порушення зумовлюють втрату основних компонентів мовлення; можуть бути резидуальними або прогресуючими. Кожна із цих груп може мати підгрупи за генезом і клінічними ознаками (наприклад, первинний генез, вторинний; афазійні форми, дегенеративні форми).

В. Тищенко [56] підкреслює, що ця класифікація може: унормувати термінологію в логопедичній практиці — спростити формулювання діагнозів і логопедичних висновків; забезпечити диференційність діагностики — тобто методи корекції підбирати залежно від групи порушення; розширити поле логопедичної уваги до порушень, що раніше не увійшли до класичних класифікацій (наприклад, системні розпади мовлення при дегенеративних захворюваннях).

Він також зазначає, що подальша робота — формування методичних рекомендацій для диференційної діагностики та корекції мовленнєвих системних порушень. Важливо зазначити, що у більшості випадків ці групи поєднуються між собою, що обтяжує загальну мовленнєву картину.

Н. Гаврилова [8] зазначає, що чітка класифікація порушень мовлення має велике значення для корекційної роботи, діагнозу, юридичної та організаційної документації. Публікація містить аналіз існуючих класифікацій мовленнєвих порушень (клініко-педагогічна, психолого-педагогічна), порівняння їхніх функцій і обмежень.

Авторка окреслює поняття фонетичне недорозвинення мовлення (ФНМ), фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення (ФФНМ), лексико-граматичне недорозвинення (ЛГНМ) як різні прояви мовленнєвих дефектів у психолого-педагогічному підході. У роботі висловлюється ідея, що існуючі класифікації мають бути доповнені, розширені, особливо у випадках, коли мовленнєві дефекти поєднані з порушеннями інтелекту, слуху, зору або

емоційно-вольової сфери (“вторинне загальне недорозвинення мовлення”). Вона вказує, що ці порушення мовлення уже діагностуються у дітей дошкільного віку.

Вимоги щодо формування логопедичного висновку, на сучасному етапі, змінилися. Уже не стоїть питання про постановку діагнозу з урахуванням клініко-педагогічної та психолого-педагогічної класифікацій, а формування більш об’ємної характеристики на дитину. Це питання залишається важливим етапом діагностичної роботи логопеда. Саме від точності та повноти цього документа залежить правильність подальшої корекційно-розвивальної роботи.

Так Н. Гаврилова [8] вказує, що у висновку мають бути проаналізовані і зафіксовані: формальні та смислові особливості таких компонентів мовлення як фонемі, слова, словосполучення, речення та текст. Також мають бути охарактеризовані особливості вартуляційної моторики, фонетико-фонематичний рівень (фонематичний слух, аналіз/синтез), лексико-семантичні компоненти, граматичні операції, зв’язне мовлення, просодика (інтонація, темп, ритм), а також передумови письма — залежно від віку. Авторка наголошує на необхідності засвідчувати кожен рівень як кількісно (кількість правильних відповідей/блоків) так і якісно (типи помилок).

У сучасній практиці логопедичний висновок відображає не лише опис порушення мовленнєвого розвитку, але й комплексний психолого-педагогічний портрет дитини, що враховує її когнітивний, емоційно-вольовий та соціальний розвиток.

При складанні логопедичного висновку фахівці орієнтуються на комплекс нормативних та методичних документів:

1. Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-11) [81] – використовується для уточнення нозологічних форм мовленнєвих порушень (наприклад: F80.0 – специфічний розлад артикуляції, F80.1 – експресивний мовленнєвий розлад, F80.2 – рецептивний мовленнєвий розлад тощо).

2. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров’я (МКФ) [82] - інструмент, який дозволяє

сформувати логопедичний висновок як опис порушення мовленнєвого розвитку та характеристику рівня функціонування та участі дитини в освітньому і соціальному середовищі.

3. Нормативно-правова база України – Положення про інклюзивно-ресурсні центри [39], Національна доктрина розвитку освіти, Концепція «Нова українська школа», що регламентують психолого-педагогічний супровід дітей з особливими освітніми потребами.

4. Методичні рекомендації МОН України та МОЗ України щодо організації корекційної роботи та логопедичної допомоги дітям з мовленнєвими порушеннями [38].

Вважаємо за доцільне більше уваги присвятити МКФ, як документу який змінив загалом механізми написання висновків як у медицині так і у спеціальній освіті у світі, загалом.

МКФ (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health)[82] – документ, прийнятий Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 2001 році, що є універсальною міжнародною системою опису стану здоров'я людини не лише через хворобу, а й через функціонування та участь у житті суспільства.

На відміну від МКХ (Міжнародної класифікації хвороб), яка фіксує діагноз, МКФ визначає, як саме порушення впливають на життєдіяльність людини.

Основні положення МКФ

Структура включає три блоки:

1. Функції та структури організму (психічні, сенсорні, мовленнєві, рухові тощо).
2. Активність та участь (здатність виконувати завдання, брати участь у комунікації, навчанні, соціальній взаємодії).
3. Фактори середовища (сім'я, школа, соціальна підтримка, бар'єри чи ресурси).

Цей документ розглядає дитину не лише як носія порушення, а як особистість із потенціалом розвитку.

Для написання логопедичного висновку, на сучасному етапі, він має визначальне значення. З його урахуванням проводять комплексну оцінку – логопед може описати не тільки характер мовленнєвого порушення, але й його вплив на навчання, комунікацію, соціалізацію. Цей документ дозволяє урахувати індивідуальний підход – висновок базується на тому, що дитина *може* робити, а не лише на дефіцитах. Це важливо для складання індивідуальної програми розвитку (ІПР). МКФ ураховує міждисциплінарність і дозволяє використовувати єдину мову для взаємодії логопедів, психологів, педагогів, медиків. З використанням цього документу відбувається Міжнародна уніфікація, а саме співвідношення української практики з міжнародними стандартами, що особливо актуально в умовах інклюзивної освіти.

Дослідження українських (Л. Бєлова [5], Н. Гаврилова [9], Т. Швалюк [63] ін.) та зарубіжних науковців (D. Bishop, M. Snowling [67]; L. Leonard [70]) доводять, що у дітей з мовленнєвими порушеннями спостерігається низка особливостей, які необхідно враховувати в освітньому процесі:

- уповільнене та диспропорційне формування фонематичних процесів, лексико-граматичні труднощі, сповільнений темп формування синтаксичних структур;

- знижена впевненість у власних можливостях, схильність до тривожності, іноді підвищена втомлюваність і небажання вступати в мовленнєву взаємодію, ускладнення контактів з однолітками, що може призводити до формування замкненості або, навпаки, агресивних проявів;

- порушення мовленнєвого розвитку (надалі ПМР) в дітей дошкільного віку часто супроводжуються труднощами в оволодінні базовими математичними уявленнями, готовністю до опанування письмом і читанням, що в перспективі створює ризик шкільної дезадаптації.

Комплекс проблем у розвитку дітей з ПМР вимагає і формування усебічної характеристики на них, що стане базисом для формування, у подальшому індивідуальної програми її розвитку. Визначено загальні рекомендації для написання логопедичного висновку. Він має бути структурованим, лаконічним, зрозумілим для педагогів, батьків і лікарів. У ньому має використовуватися науково-обґрунтована термінологія. Рекомендовано уникати «побутових» назв типу «каша в роті», «заяча губа» і інших. Формулювання повинно поєднувати клінічний (медичний) і педагогічний (корекційний) підходи. Необхідно відобразити рівень сформованості мовленнєвих операцій та умінь: фонематичних, лексичних, морфологічних, граматичних [39, 40].

Чіткою є і структура логопедичного висновку, яка має включати паспортну частину, короткі анамнестичні відомості, стан загального та психічного розвитку, стан мовленнєвих функцій, відомості щодо додаткового спостереження та висновки (див. додаток А)

Саме за результатами аналізу логопедичного висновку мають бути сформульовані корекційно-оздоровчі заходи рекомендовані для дитини з ПМР. Зокрема:

1) основні напрями логопедичної корекційної роботи спрямовані на формування фонематичних процесів, розвиток лексико-граматичної сторони мовлення тощо;

2) додаткові заняття - логоритміка, логопедичний масаж, лікувальна фізкультура інше;

3) доцільність індивідуальних/групових занять.

Також з урахуванням результатів вивчення дитини формують рекомендації для батьків щодо організації мовленнєвого середовища вдома, підбору ігор та вправ.

У процесі формулювання логопедичного висновка уникають термінів із медичним забарвленням без пояснення (наприклад, «алалія» → краще: «важке системне порушення мовлення (алалія)»). Висновок має бути позитивно орієнтованим: не тільки на перелік труднощів, а й потенціал дитини. Обов'язковим у ньому є поєднання клінічної, психологічної та педагогічної характеристики [38].

Аналіз проблем здоров'я дітей дошкільного віку, проведений Н. Лісневською [24] показав суттєве збільшення у них захворювань в останні роки. Метою проведеного автором дослідження став аналіз сучасного стану здоров'я дітей дошкільного віку і розроблення шляхів його збереження та зміцнення в умовах закладу дошкільної освіти. Н. Лісневська зазначає, що серед дітей дошкільного віку найпоширенішими є: періодичні захворювання органів дихання (ГРВІ, ГРЗ, бронхіт, тонзиліт тощо) та порушення опорно-рухового апарату (сутулість). Нею наведені також дані Міністерства охорони здоров'я України згідно яких 22 % дітей мають розлади психіки, зокрема, кожна четверта-п'ята дитина щорічно страждає від одного психічного розладу, кожна п'ята дитина – має поведінкові, когнітивні чи емоційні проблеми, кожна восьма страждає від хронічних психічних розладів. Отож, можна стверджувати, що останнім часом в Україні спостерігається погіршення стану здоров'я дітей дошкільного віку: збільшується кількість дітей з хронічними захворюваннями, порушеннями опорно-рухового апарату, зору; погіршуються показники, які вказують на ускладнення фізичного та нервово-психічного розвитку.

У дітей дошкільного віку із ПМР стан здоров'я спеціально не вивчався. А тому немає окремих рекомендацій щодо формування для них характеристики цього компоненту у логопедичному висновку. Проте, Ю. Савченко та Є. Антипіна [53] стверджують, що про стан здоров'я потрібно говорити комплексно, з урахуванням біологічних, психологічних і соціальних чинників. Біологічний рівень охоплює фізіологічний стан, рівень енергії, працездатності, особливості нервової системи. Психологічний рівень

відображає особистісні ресурси дитини — емоційну стійкість, здатність до саморегуляції, сформованість базових довірчих установок. Соціальний рівень, за Ю. Савченко та Є. Антипіною, визначається характером взаємин у сім'ї, стилем спілкування педагогів з дітьми, мікрокліматом колективу та соціальною підтримкою [53, с. 5–8].

У своїй роботі науковці підкреслюють, що саме період вікових криз є критичним для формування психічної стійкості дитини, оскільки в цей час інтенсивно розвиваються механізми саморегуляції, з'являються нові форми поведінкових реакцій і соціальних контактів. Порушення рівноваги між емоційною сферою та пізнавальною активністю, невідповідність вимог середовища індивідуальним можливостям дитини можуть призвести до виникнення дезадаптаційних проявів, тривожності, порушень поведінки та мовленнєвого розвитку. Саме тому автори пропонують комплексний підхід до підтримки психічного здоров'я, який включає психогігієнічні, психопрофілактичні та соціально-педагогічні заходи в системі дошкільної освіти [53].

У контексті логопедичної роботи ці ідеї можуть бути використані для обґрунтування взаємозв'язку психічного і мовленнєвого здоров'я, адже мовленнєві порушення часто супроводжуються емоційними труднощами, невпевненістю, низькою самооцінкою. Підхід Ю. Савченко та Є. Антипіна дозволяє розглядати дитину не лише як об'єкт корекційного впливу, а як активного суб'єкта розвитку, здатного до адаптації й саморозвитку за умов цілеспрямованої педагогічної підтримки.

Таким чином, результати дослідження підкреслюють необхідність комплексної взаємодії педагогів, логопедів і психологів у процесі організації оздоровчо-корекційної роботи з дітьми дошкільного віку. Вони також сприяють поглибленню уявлень про структуру психічного здоров'я та його роль у забезпеченні ефективного мовленнєвого і комунікативного розвитку дітей.

1.3. Технології проведення корекційно-оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовленнєвого розвитку дошкільного віку

Проблема організації корекційно-оздоровчої роботи у закладах дошкільної освіти набула особливої актуальності в умовах реалізації Концепції Нової української школи, де наголошується на необхідності створення безпечного, розвивального й здоров'язбережувального освітнього середовища. У сучасних наукових підходах (В. Кошель [23], Ю. Савченко [53], Т. Швалюк [63] і інших) корекційно-оздоровча діяльність розглядається як інтегрована система педагогічних, психологічних і медико-фізіологічних заходів, спрямованих на збереження, зміцнення та відновлення здоров'я дитини, а також на подолання вторинних порушень у розвитку, зумовлених мовленнєвими, сенсорними чи психофізичними відхиленнями [23].

З позиції сучасної педагогіки здоров'я, корекційно-оздоровча робота в дошкільлі розглядається як багатовекторна діяльність, що включає три взаємопов'язані компоненти:

1. оздоровчий – спрямований на забезпечення оптимальних умов життєдіяльності та формування навичок здорового способу життя;
2. корекційно-розвитковий – орієнтований на подолання та попередження порушень психофізичного та мовленнєвого розвитку;
3. профілактично-компенсаторний – забезпечує своєчасне виявлення ризиків порушень і їх ранню корекцію [42, 54].

Особливе значення має міждисциплінарний підхід до організації цієї діяльності, який передбачає співпрацю логопеда, вихователя, психолога, інструктора з фізичної культури, медичного працівника та батьків. Відповідно до Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ, ВООЗ, 2001), метою корекційно-оздоровчої роботи є не лише усунення порушення, а й забезпечення максимальної участі дитини у життєдіяльності, що набуває особливого значення у спеціальних та інклюзивних групах [82].

У сучасній практиці закладів дошкільної освіти виокремлюють декілька технологічних напрямів, які забезпечують ефективність корекційно-оздоровчої діяльності: оздоровчі технології, логоритміку, фонетико-фонематичні методики, здоров'язбережувальні освітні технології, інтегровані модульні програми.

Оздоровчі технології – включають ранкову гімнастику, лікувальну фізкультуру, дихальні вправи, фітотерапію, елементи масажу, гартування, водні процедури. Вони спрямовані на активізацію резервних можливостей організму, профілактику соматичних захворювань та підвищення рівня рухової активності дітей [7].

О. Василенко [6] виявлено, що серед сучасних технологій з метою оздоровлення найбільше використовують: рухливі ігри, фізкультурні хвилинки, елементи дихальної гімнастики, інтерактивні здоров'язбережувальні вправи. Проте, впровадження саме цих заходів обмежене через брак методичної підготовки, обмеженість ресурсів (матеріали, приміщення), недостатню мотивацію чи підтримку з боку керівництва. З огляду на це, автори пропонують підвищення кваліфікації вихователів у напрямку здоров'язбереження, створення методичних рекомендацій, більш системне включення здоров'язбережувальних практик у освітньо-виховний процес.

Так В. Кошель [23] надає системний огляд оздоровчих технологій які використовують у ЗДО, їх класифікацію (фізкультурні, дихально-артикуляційні, логопедично-оздоровчі, природотерапія, релаксація) та методичні вимоги до організації корекційно-оздоровчої роботи. Автор схарактеризував переважно методологію доповнивши її елементами узагальнення практичних напрацювань: рекомендаціями щодо режиму та структуризації занять. В результаті дослідження сформовано концептуальну карту оздоровчих заходів і практичні орієнтири для послідовного впровадження їх в режим дня.

О. Малимененко [28] сформувала методичні рекомендації щодо проведення фізкультурних занять, ранкових комплексів, фізкультурних хвилинок, вимоги до приміщень та обладнання. **Методика описана нею із практичними шаблонами календарно-тематичного планування, що дозволяє у повній мірі зрозуміти обсяг і зміст роботи необхідної для оздоровлення дітей дошкільного віку.** Автор вказує на вагомість і систематичність проведення цієї роботи задля збереження і покращення фізичного та психічного здоров'я дітей дошкільного віку.

Н. Закхарасевич [15] у своєму дослідженні наголошує на необхідності застосування нових практик із наголосом на інклюзивний підхід та адаптацію навчальних матеріалів та середовища для дітей з ООП. У публікації оглядово здійснено порівняння національних і міжнародних практик, які допомагають аргументувати необхідність індивідуалізації та інтеграції оздоровчих процедур у освітньому просторі.

Y. Senol, A. Aksu, F. Damir [76] і інші здійснили вимірювання фізичних індикаторів (витривалість, швидкість, дихальні показники) у дошкільників до/після впровадження оздоровчої програми. В результаті проведеного емпіричного дослідження в якому використані стандартизовані фізичні тести, здійснена кількісна статистична обробка, проведений квазіекспериментальний дизайн (групи «до/після»), було доведено позитивний вплив оздоровчих процедур на стан здоров'я дошкільників.

Науковці та практики (Н. Андросович [1], Н. Голуб [10], К. Корзун [22], О. Остапчук [44], О. Павлюченко, Т. Родіна [50], О. Сорочинська [55], О. Тушинська [59] і інші) висвітлюють широке коло підходів і технологій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я дітей у дошкільному віці які вони використовують у своїй практиці роботи. Вони вказують, що освітній заклад має бути не лише місцем навчання, а й простором формування здоров'язберігаючої компетентності дитини, її активної залученості до практик здорового способу життя.

Зокрема, Н. Андросович, О. Сорочинська [1, 55] наголошують на важливості рухливих ігор як одного з ключових засобів оздоровчої роботи з дошкільниками. Такі ігри різного спрямування — сюжетні, несюжетні, естафети, ігри-вправи — сприяють розвитку фізичних якостей (координація, швидкість, витривалість) і позитивно впливають на емоційний стан дитини. Наприклад, формування активної рухової поведінки у дошкільників одночасно стимулює моторне розвиток, поліпшує психоемоційний стан, створює емоційно-сильний позитивний фон, що сприяє здоров'ю.

Пальчикова гімнастика та дрібна моторика як здоров'язберігаючі засоби є **однією** із підтехнологій, яка включає вправи для рук і пальців, виконувани у формі ігор, забав, віршування з рухами. Визначено С. Бакаловою, О. Сорочинською [4], що пальчикова гімнастика — не лише засіб дрібної моторики, але й важливий компонент підготовки до письма, розвитку мовлення, уваги, координації півкуль мозку. Автори підкреслюють, що регулярне проведення пальчикових вправ, поєднаних із мовленнєвими елементами, створює сприятливі передумови для розвитку мовлення і зменшення ризику мовленнєвих порушень.

Такі технології оздоровчого характеру як ортопедична гімнастика (профілактика порушень постави, плоскостопості), гартування, дихальні вправи, гімнастика для очей, систематизація режиму дня з урахуванням фізичного навантаження спрямовані на зміцнення опорно-рухового апарату, покращення загального фізичного стану дитини та створення базису для оптимального розвитку [12, 4, 10, 22]. Наприклад, рекомендують включати в режим ЗДО щоденну гімнастику для очей, рухливі перерви, вправи на зміцнення м'язів спини й стоп, а також активні ігри на відкритому повітрі — все це має оздоровчий ефект.

Розглядають також технології, що пов'язують здоров'я з емоційно-психологічним станом дитини: психогімнастика, арт-терапія, сміхотерапія, лялькотерапія, бібліотерапія. Ці методики створюють умови для зняття

емоційної напруги, формування психологічної стійкості, розвитку творчості й моторики водночас. [50, 52]

Наприклад, лялькотерапія та бібліотерапія сприяють розвитку мовлення, уяви, соціальних навичок, і при цьому мають оздоровчий ефект через інтеграцію руху й емоції.

У своїй публікації О. Василенко [6] ґрунтовно розкриває сутність і зміст здоров'язбережувальних технологій у діяльності дошкільних навчальних закладів, підкреслюючи їхню роль у формуванні здорового способу життя дітей. Авторка визначає, що провідною метою виховного процесу сучасного дошкільця є створення умов для зміцнення фізичного, психічного та соціального здоров'я вихованців, що реалізується через педагогічно продумані технології оздоровчої спрямованості.

О. Василенко наголошує, що здоров'язбережувальні технології становлять комплекс науково обґрунтованих методів і прийомів, спрямованих на формування у дітей навичок турботи про власне здоров'я, а також на створення безпечного освітнього середовища. На основі аналізу психолого-педагогічних джерел авторка подає класифікацію таких технологій, зокрема:

- здоров'язбережувальні – орієнтовані на безпечні умови перебування дітей у закладі;
- оздоровчі – спрямовані на зміцнення фізичного здоров'я (загартування, гімнастика, масаж, фітотерапія);
- технології навчання здоров'ю – формування життєвих навичок, профілактика шкідливих звичок;
- технології формування культури здоров'я – виховання ціннісного ставлення до здоров'я як особистісної та суспільної цінності.

Аналіз публікацій (Н. Гаврилова [7], Л. Лісова [25], О. Мілевська [36] та інші) вказує, що здоров'язберігаючі технології повинні бути органічно вписані у режим дня дошкільного закладу, а не бути «додатковою» активністю. Підкреслюють, що така інтеграція підвищує ефективність і стійкість результатів. Важливим елементом є залучення сім'ї: консультації для батьків,

спільні рухливі ігри вдома, інструкції-допомога. Збірник зазначає, що без підтримки з боку сім'ї ефективність технологій знижується. Їх впровадження вимагає підготовлених кадрів (вихователів, логопедів, фізінструкторів), оснащення матеріалами, методичними рекомендаціями. Важливим є і регулярне оцінювання ефективності впроваджених технологій: фізичних показників, моторики, мовленнєвого стану, участі у діяльності. Без моніторингу неможливо коригувати програму чи довести її результативність.

З огляду на те, що багато технологій (пальчикова гімнастика, рухливі ігри, арт-терапія) мають прямий або опосередкований вплив на мовлення (через моторику, увагу, координацію, емоційний стан), їх впровадження у дошкільному закладі створює сприятливі передумови для корекційно-оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовлення. Наприклад, логопед може включати пальчикові ігри перед заняттям з артикуляції, або рухливі ігри як частину комплексного заняття, спрямованого на фонематичне слухове сприймання.

Логоритміка як методика корекції мовленнєвих і рухових порушень поєднує елементи ритміки, музики, руху та мовлення. Т. Ілляшенко [18] та інші дослідники довели, що логоритмічні заняття сприяють розвитку артикуляційної моторики, фонематичного слуху, темпо-ритмічної організації мовлення, а також емоційно-вольової сфери дошкільників [25].

Черніченко Л. [62] зазначає, що дошкільний вік є чутливим (сензитивним) періодом формування мовлення, і своєчасне опанування темпу, ритму, інтонації, тембру, артикуляційних рухів має вирішальне значення для подальшого розвитку дитини. Логоритмічні заняття розглядаються як багатофункціональний засіб. Вони сприяють розвитку дрібної та загальної моторики, слухової уваги, дихальної системи, артикуляційного апарату, емоційної сфери. Авторка підкреслює, що інтеграція мовленнєвої корекції з оздоровчими елементами (логоритміка = рух + мовлення + звук) допомагає скоротити термін корекційної роботи і підвищити її результативність.

Л. Лісова [25] наголошується на важливості розвитку мовлення у дітей раннього віку, оскільки цей період є критичним для закладання основ комунікативних навичок. Зазначено, що порушення розвитку мовлення можуть призвести до труднощів у подальшому навчанні та соціалізації дитини. Логоритміка при цьому розглядається як ефективний засіб що сприяє розвитку мовлення у дітей. Вона поєднує в собі елементи музики, ритму та мовлення, що сприяє розвитку фонематичного слуху, артикуляційного апарату та загальної моторики. Особливу увагу приділено використанню логоритмічних вправ. Ігрова діяльність розглядається як основний методологічний аспект розвитку мовлення у дітей раннього та дошкільного віку. Вона створює сприятливе середовище для формування мовленнєвих навичок через активну участь дитини в різноманітних ігрових ситуаціях. Наголошено на необхідності інтеграції логоритмічних вправ у повсякденну діяльність дітей забезпечує їх гармонійний розвиток.

Л. Черніченко [62] підкреслює важливість корекційної роботи з дітьми які мають загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ) засобами логоритміки. Авторкою визначено основні принципи корекційної роботи з використанням логоритміки: 1) індивідуальний підхід: врахування індивідуальних особливостей кожної дитини; 2) поступове ускладнення завдань: перехід від простих до складних вправ залежно від рівня розвитку дитини; 3) ігровий підхід: використання ігор та творчих завдань для стимулювання мовленнєвої активності; 4) комбінування різних видів діяльності: поєднання рухів, музики та мовлення для комплексного розвитку. Також вона вказує, що заняття з логоритміки не тільки сприяють розвитку мовлення, але й позитивно впливають на емоційний стан дітей, підвищують їхню самооцінку та впевненість у собі. Л. Черніченко наголошує на необхідності інтеграції логоритмічних вправ у повсякденну діяльність дітей для забезпечення їх гармонійного розвитку.

Л. Меленець, А. Кульбедіюк [32] акцентує увагу на важливості проведення логоритмічних занять у дошкільних інклюзивних закладах освіти.

Зазначено, що інклюзивне навчання сприяє розвитку соціальних навичок, емоційної сфери та комунікативних здібностей дітей з особливими освітніми потребами. Логоритміка при цьому розглядається як ефективний засіб корекційного впливу на дітей з особливими потребами загалом, зокрема тих, які мають мовленнєві, інтелектуальні та психомоторні порушення. Автори вказують, що заняття повинні бути побудовані з урахуванням вікових та індивідуальних характеристик дітей, включати різноманітні форми діяльності, такі як ігри, вправи, рухи під музику, що сприяють активному залученню дітей до процесу навчання. Ними визначено ефективність використання логоритміки як засобу розвитку мовлення та соціальних навичок у дітей дошкільного віку з особливими освітніми потребами. Наголошено на необхідності інтеграції логоритмічних занять у повсякденну діяльність дітей для забезпечення їх гармонійного розвитку.

Здоров'язберезувальні освітні технології, описані О. Василенко [6], охоплюють валеологічні міні-програми, психогімнастику, тренінги релаксації, вправи на дихання, аутотренінг, а також інформаційно-просвітницьку роботу з батьками. Ці технології мають на меті формування у дітей стійкої мотивації до збереження власного здоров'я. Особливо значна роль для організації і проведення корекційно-оздоровчої роботи, на сучасному етапі, відводиться цифровим технологіям.

У процесі формування і використання здоров'язберезувальних освітніх технологій світова практика опирається на рамкові підходи типу *Health-Promoting Schools* (HPS) від WHO: комплексний підхід (політика школи, середовище, навчання, послуги) як база для впровадження здоров'язберезувальних технологій у закладах освіти. [81]

На сучасному етапі виділяють кілька груп технологій: фізкультурно-оздоровчі (педагогіка руху, активні паузи), гігієнічні/санітарні (організація навчального простору, ергономіка), психолого-педагогічні (стратегії зниження стресу, форми соціально-емоційного навчання), екологічні і цифрові (цифрові рішення для збереження психофізичного стану). [14, 16]

Систематичні огляди та дослідження HPS і шкільних програм показують позитивний вплив на поведінкові показники здоров'я і, у деяких дослідженнях, на навчальні результати; однак ефекти дуже залежать від контексту, тривалості й комплексності втручання. Для конкретних технологій (наприклад, цифрових інструментів) дані про вплив на добробут ще фрагментовані. [74, 75, 76]

В останні роки наголошують: цифрові технології можуть і допомагати (моніторинг фізичної активності, адаптивні тренінги з ПЕ, психоедукація), і шкодити (перегрузка, цифровий стрес). Тому важлива дизайн-орієнтована інтеграція (usability, мінімізація когнітивного навантаження) [80, 81, 82].

Зокрема, J. Thakur [79] та інші провели огляд цифрових втручань для підвищення фізичної активності у дошкільнят. Ними здійснено системний огляд і картування цифрових стратегій (мобільних додатків, інтерактивних ігор, відео-програм) для підвищення фізичної активності у дітей 2–5 років.

G. Gillon [67] і інші оцінили ефективність цифрових та аудіовізуальних втручань (мультимедіа, ігри, програми) для формування здорової поведінки у дітей до 12 років. Ними було визначено, що цифрові/аудіовізуальні втручання мають потенціал покращити здоров'язбережувальну грамотність та поведінку. Проте ці знання і уміння є недостатньо стійкими і швидко зникають.

S. Roulstone [75] і інші оцінили ефективність цифрових нутриційних інтервенцій для дітей (<18 років) щодо харчування. Визначено, що ефект, при цьому, невеликий і нестабільний. Найкраща перспектива стосувалася збільшення споживання овочів/фруктів. Проте підкреслюється, що в області харчування із використанням цифрових втручань у дітей теж багато невирішених питань — це також стосується і дошкільного віку.

P. Torres [78] і інші дослідили, як «фізично-цифрові» ігрові технології (роботи, AR, агент-системи) впливають на поведінку, пов'язану з розвитком, включно з фізичною активністю, у дітей 0-12 років. Ними виявлено, що технології здатні покращувати самоконтроль, співпрацю, рішення задач,

фізичну активність; важливі чинники: соціальні очікування, механіка гри, синхронізація між цілями гри і поведінкою.

Š. Selak [77] і інші виявили і окреслили вимірювальні інструменти для оцінювання проблемного використання цифрових технологій у дітей 0-6 років, що часто хворіли. Ними визначено, що ранній доступ до цифрових пристроїв, використання перед сном, соло-екранний час — найбільш часті чинники ризику. Хоч дослідження більше про ризику, а не про «здоров'язбереження», воно важливе для розуміння, як цифрові технології можуть впливати на здоров'я дітей, і тим самим показує, що впровадження цифрових технологій має бути обережним.

A. Ek і інші [67] вивчали сприйняття мобільних додатків для стимулювання фізичної активності у дітей дошкільного віку (погляд вихователів та батьків). Дослідження з використанням методу семіструктурованих інтерв'ю з 15 вихователями і 10 батьками у двох дошкільних закладах у Швеції показало, що респонденти визнають, що діти природньо активні, але високоінтенсивна активність у них низька. Додатки можуть бути корисні як підтримка та для мотивації, але важливим при цьому є простота використання, участь дорослих, інтерактивність (не лише відео).

V. Presta [74] і інші Оцінили вплив використання цифрових пристроїв на фізичне та ментальне здоров'я дітей віком 2-12 років, враховуючи період COVID-19. Систематичний огляд 75 540 дітей і аналіз результатів їх вивчення показали, що використання цифрових пристроїв пов'язане з меншою фізичною активністю, порушеннями сну, поведінковими проблемами, очними навантаженнями. Отож, карантин підвищив використання пристроїв і негативні ефекти. Таким чином, зворотний бік цифрового впливу на здоров'я дітей і важливість розробки цифрових технологій, спрямованих на здоров'язбереження, з урахуванням ризиків.

Y. Theorilus [79] і інші дослідили досвід батьків і терапевтів щодо цифрових втручань, спрямованих на боротьбу з інтернет-залежністю у дітей 7-11 років (дитячий контекст, близько дошкільного/молодшого шкільного

віку). Результати дослідження показали, що інструменти (Google Family Link, YouTube Kids, Apple Parental Control) корисні, але користування обмежене через функціональні/юзабіліті проблеми, культурні несумісності, брак мотивації батьків. Була рекомендована у цьому випадку інтеграція гейміфікації, персоналізації та навчання батьків. У дослідженні підкреслюється роль батьківської медіа-грамотності й цифрового супроводу в дошкільному віці, коли цифрові технології вже присутні у житті дітей.

Українські публікації останніх років дедалі частіше описують концептуальні моделі, класифікацію здоров'язбережувальних технологій, їх впровадження в системі фізичного виховання та вищої освіти. При цьому їхні роботи, переважно, носять описовий характер.

Таким чином, дослідження доводять, що застосування комбінованих програм, що включатимуть дихальну та артикуляційну гімнастику, логоритміку, лікувальну фізкультуру, використання цифрових технологій можуть сприяти покращенню не лише стану здоров'я, але й мовленнєвого розвитку дошкільників. Разом з тим при недостатній стандартизації методик оцінювання результатів корекційно-оздоровчої діяльності та відсутності системного підходу до моніторингу її ефективності можливі ризики незбалансованості підбору і впровадження ефективних програм спрямованих на корекцію порушень у дітей дошкільного віку мовлення та їх оздоровлення. Це визначає необхідність удосконалення діагностичного інструментарію та підготовки фахівців до реалізації комплексних програм у ЗДО.

Висновки до першого розділу

Підсумковий аналіз науково-теоретичного джерел за змістом проблеми дозволив нам прийти до таких висновків:

1. Технології та методики корекційно-оздоровчої роботи у дошкільній освіті становлять цілісну систему педагогічних і психологічних засобів, спрямованих на гармонізацію розвитку дитини. Найефективнішими

визначаються інтегровані підходи, які поєднують оздоровчі, логопедичні, психокорекційні та валеологічні компоненти.

Корекційно-оздоровча робота в закладах дошкільної освіти (ЗДО) має подвійний характер: з одного боку — це сукупність превентивних та оздоровчих заходів, спрямованих на збереження й зміцнення соматичного та психічного здоров'я дітей; з другого — це системні корекційні впливи, орієнтовані на подолання або мінімізацію наслідків порушень розвитку (зокрема мовленнєвих). Специфіка організації таких заходів обумовлена мультидисциплінарністю завдань, варіативністю потреб дітей та необхідністю інтеграції освітніх і медичних підходів.

2. Систематизований перелік типових корекційно-оздоровчих технологій, які можуть проводитися у ЗДО включає: оздоровчі / фізкультурні технології; логоритміка і рухові методики; артикуляційно-фонетичні комплекси і фонематичні тренінги; здоров'язбережувальні освітні технології; інтегровані корекційно-розвиткові програми (модульні комплекси).

3. Сучасні дослідження свідчать, що використання цифрових технологій у закладах дошкільної освіти можуть бути ефективним корекційно-оздоровчими засобами за умови їх педагогічно обґрунтованого, дозованого та цілеспрямованого застосування. Цифрові засоби — інтерактивні ігри, мультимедійні програми, мобільні додатки, освітні платформи — можуть сприяти розвитку пізнавальної активності, мовлення, комунікативних і соціальних навичок дітей, формуванню здоров'язбережувальної компетентності та навичок безпечного користування технологіями.

Визначено, що інтерактивні цифрові засоби навчання можуть підвищувати рівень фізичної активності дітей, що сприятиме засвоєнню знань про здоровий спосіб життя, покращуватиме емоційний стан та залученість у навчальний процес. Цифрові технології також є корисними для батьків і педагогів як інструмент моніторингу розвитку та комунікації між усіма учасниками освітнього процесу.

Водночас є потенційні ризики надмірного або нецільового використання цифрових пристроїв, що призводить до: зниження рівня рухової активності та погіршення постави; перевантаження зорової та нервової системи; порушення сну, концентрації уваги й емоційної регуляції; зниження якості живого спілкування та соціальної взаємодії.

Тому ефективність цифрових технологій у дошкільній освіті безпосередньо залежить від компетентності педагогів, дотримання санітарно-гігієнічних норм, балансу між цифровими й традиційними формами діяльності, а також інтеграції цифрових інструментів у здоров'язбережувальне середовище ЗДО.

Цифрові технології у дошкільній освіті мають подвійний потенціал: вони є інноваційним ресурсом розвитку й оздоровлення, але за неправильного використання можуть стати чинником ризику для фізичного й психічного благополуччя дітей. Перспективним напрямом є розроблення інтерактивних програм, що поєднують освітні, корекційно-розвивальні та здоров'язбережувальні завдання з активною участю дорослого посередника.

4. Виявлено, що корекційна робота з дошкільниками із ПМР має бути системною, ранньою та комплексною. Успішність мовленнєвої корекції значною мірою залежить від використання оздоровчих і інтегративних методів (логоритміка, фізкультура), які підтримують психофізичний розвиток. Інноваційні логопедичні технології розширюють можливості традиційної корекції, підвищуючи мотивацію та результативність занять, дають доказову базу щодо ефективних методів, підкреслюючи важливість участі батьків, інтенсивності та комплексності втручань. Сучасна концепція корекційної роботи розглядає її не лише як педагогічний процес, а як корекційно-оздоровчу діяльність, що забезпечує гармонійний розвиток і соціалізацію дитини. Таким чином, оздоровча робота у системі спеціальної освіти створює умови для ефективної корекції мовленнєвих, пізнавальних та емоційних порушень; забезпечує повноцінний психофізичний розвиток дитини; формує основу для успішної соціальної адаптації та інтеграції в суспільство; сприяє

профілактиці вторинних відхилень, що особливо актуально для дітей із комплексними порушеннями.

РОЗДІЛ II. ОСОБЛИВОСТІ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ КОРЕКЦІЙНО-ОЗДОРОВЧОЇ РОБОТИ ІЗ ДІТЬМИ З ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ В ЗАКЛАДІ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

2.1. Обґрунтування та характеристика методика дослідження продуктивності застосування в ЗДО оздоровчо-корекційних заходів

Ефективність логопедичної допомоги дітям із порушеннями мовленнєвого розвитку (ПМР) значною мірою залежить від поєднання корекційних і оздоровчих компонентів педагогічного впливу. Розвиток мовлення у таких дітей нерозривно пов'язаний зі станом центральної нервової системи, психоемоційною стабільністю, моторною координацією та соматичним здоров'ям. Тому, ми виходили із того, що методика дослідження повинна будуватися із урахуванням комплексного підходу, який інтегрує педагогічні, психологічні, логопедичні та валеологічні принципи.

У процесі формування методика дослідження спиралися на положення системного підходу (Л. Виготський, О. Лурія, ін.) де розвиток мовлення розглядається як результат взаємодії пізнавальних, моторних і емоційних процесів; комплексного підходу до корекції (С. Конопляста, Є. Соботович, В. Тарасун, ін.), що розглядає поєднання логопедичних, психокорекційних і оздоровчих технологій; здоров'язбережувального освітнього підходу (Н. Бібік, І. Бех, Г. Костюк, ін.) який запропонував створення умов, у яких розвиток і навчання не шкодять здоров'ю, а сприяють його зміцненню; нейропсихологічного підходу (Л. Цветкова, ін.) де вказано, що орієнтація на стимуляцію міжпівкульної взаємодії, сенсомоторних і мовленнєвих функцій сприятиме прискореному розвитку порушених у дітей функцій.

Метою цього етапу дослідження було сформулювати корекційно-оздоровчу програму, спрямовану на розвиток мовленнєвих, моторних і психоемоційних функцій дітей дошкільного віку з ПМР та оцінити ефективність впровадження комплексних заходів у закладі дошкільної освіти

щодо фізичного здоров'я, моторного розвитку, сну/активності, поведінки та здоров'я у дітей з ПМР дошкільного віку.

Завданнями цього етапу дослідження було:

1. Розробити методiku і вивчити вихідний рівень мовленнєвого та психофізичного розвитку дітей із ПМР.

2. Розробити і впровадити комплекс оздоровчо-корекційних заходів, що поєднують напрямки:

- зміцнення фізичного здоров'я дітей із ПМР (розвиток рухових якостей, формування правильної постави, профілактика гіподинамії);

- формування навичок здорового способу життя (знань про режим дня, гігієну, харчування, безпечну поведінку);

- корекції порушень мовленнєвого розвитку (індивідуально зорієнтовані програми для подолання порушень мовлення у дітей із ПМР);

- розвиток мовленнєвої та дихальної функції (організація логопедичної роботи фронтально із застосуванням логоритміки, дихальних вправ, вправ для розвитку артикуляційної моторики);

- підтримка емоційного благополуччя (організація психологічної підтримки дітям із ПМР спрямованої на зниження рівня тривожності, формування позитивної самооцінки);

- формування соціальних навиків та комунікації.

3. Інтеграція оздоровчих заходів у всі види діяльності (в рухливі ігри, музику, образотворчість, навчальні заняття, цифрові навчальні інструменти).

4. Оцінити динаміку мовленнєвого розвитку, психомоторики та стану здоров'я після інтервенції.

5. Провести просвітницьку роботу з батьками: інформувати їх про фактори ризику, шляхи підтримки здоров'я вдома з метою попередження вторинних порушень розвитку.

Передбачалася реалізація методики впродовж 12 тижнів у три етапи:

1. Констатувальний етап на якому проводилася первинна діагностика стану мовлення і здоров'я дітей.

2. Формувальний етап передбачав впровадження оздоровчо-корекційної програми шляхом проведення індивідуальних та групових занять, логоритміки та ігор.

3. Контрольний етап — повторна діагностика та порівняльний аналіз результатів дослідження.

На констатувальному та контрольному етапі за результатами проведення експерименту у дітей із ПМР дошкільного віку передбачалася оцінка за параметрами, що визначали:

- стан звуковимови, дихального та артикуляційного контролю;
- рівня мовленнєвої активності та розуміння мовлення;
- стан соматичного здоров'я.

При розробці методики дослідження мовлення та комунікації опиралися на науково-методичні розробки Г. Апанасенко [2], Н.С. Гаврилової [8], Н.М. Гаврилової [7], Ю. Рібцун [49], Н. Пилюк [47].

Для оцінки якості звуковимови використовували таблицю звуків української мови (усі голосні, приголосні за групами), пропонували повторювати за логопедом слова із заданими звуками, які стояли у різних позиціях у слові. Оцінювання проводили за рядом параметрів (див. табл. 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

Оцінювання стану розвитку звуковимови у дітей

Звук мовлення	Вимовляється правильно	Спотворена вимова	Заміна одного на інший, плутання	Пропущено, відсутній
позначення	+	-	-	-
Приклад для заповнення				
п	+			
с		-		

Підрахунок результатів здійснювали з урахуванням двох позицій:

- визначали кількість правильно вимовлених звуків (%) від загальної кількості;
- додатково оцінювали стабільність звука у повторному мовленні.

За результатами діагностики визначали рівень порушення звуковимови у дітей (див. табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

Характеристика рівня розвитку звуковимови у дітей

Рівень	Кількісна характеристика (у %)	Якісна характеристика
Високий	90–100%	Звуки вимовляються правильно і стабільно у всіх позиціях
Середній	70–89%	Є незначні заміни або нестійкість
Низький	69-50%	Наявні помилки, спотворення, заміни, плутання, відсутність звуків в мовленні
Дуже низький	< 49%	Наявні численні помилки, спотворення, заміни, плутання, відсутність звуків в мовленні

Оцінка стану розвитку *артикуляційної моторики* проводилася із застосуванням методу спостереження в процесі виконання артикуляційних вправ перед дзеркалом за наслідуванням логопеда. Дитині пропонують виконувати рухи язиком, губами, щелепою, язичком.

Було запропоновано утворити ряд артикуляційних позицій: посмішка, трубочка, качечка; поклацати зубами; лопата, гірка, піднести широкий язик до верхніх зубів, голочка; позіхання при широко відкритому роті.

Для виконання завдання надавали інструкцію: Я буду утворювати позиції, а ти повтори їх за мною.

Оцінка якості виконання завдання проводилася з урахуванням параметрів представлених в таблиці 2.1.3.

Таблиця 2.1.3

Оцінювання стану розвитку артикуляційного контролю у дітей із ПМР

Параметр дослідження	Оцінювані рухи органами артикуляції	Бали
Рухливість язика	Витягування з рота, підняття до верхніх зубів, утримання пози, язик вузький, язик широкий	0-4
Робота губ	Витягування губ, розтягування губ, утримання пози	0-3
Піднебінно-глоткове зімкнення	Язичок піднімається/ не піднімається вгору	0-2
Нижньої щелепи	Відкривання рота, закривання рота	0-2

Нарахування балів здійснювалося по мірі правильності утворення артикуляційних позицій, за кожною правильно утвореною позицією нараховувався 1 бал.

Інтерпретація стану розвитку артикуляційного контролю у дітей дошкільного віку із ПМР здійснювалася за результатами підсумкового аналізу балів та якісної характеристики (див. табл. 2.1.4).

Таблиця 2.1.4

Характеристика рівня розвитку артикуляційного контролю

Рівень	Кількісна характеристика (у балах)	Якісна характеристика
Високий	10-11	Усі артикуляційні позиції утворюються. Допускається недостатньо тривале утримування окремих із них.
Середній	7-9	Є труднощі утворення складніших артикуляційних позицій, переважно язиком, інколи язичком тощо. Також може бути присутнє недостатньо тривале утримування окремих позицій.
Низький	4-6	Наявні значні труднощі при утворенні артикуляційних позицій, найчастіше язиком та губами, інколи язичком.
Дуже низький	0-3	Значні труднощі при утворенні усіх артикуляційних позицій.

Для вивчення стану *розвитку дихання* у дітей із ПМР дошкільного віку використовували завдання з силою подути на шматочок вати, кульку. Оцінювали при цьому відстань на яку полетіла кулька. Тривалість мовленнєвого видиху також вивчали у процесі вимови голосного –а-. Секундоміром фіксували час (норма для дітей старшого дошкільного віку 8-12 сек.).

Таблиця 2.1.5

Характеристика рівня розвитку дихального контролю

Параметри дихання	Рівень розвитку	Показники, що вказують на стан розвитку дихання
Сила видиху	Високий	60 см-1 м
	Середній	30 см – 59 см
	Низький	<29 см

Тривалість видиху	Високий	>10 с
	Середній	6–9 с
	Низький	<6 с
Сила видиху, тривалість видиху	Дуже низький рівень	Відсутність усвідомленого видиху через рот

Узагальнена оцінка для кожної дитини складалася з використанням **індивідуальної карти**, де фіксували якість звуковимови; дані артикуляційних проб; результати тестів на дихання.

Для вивчення **розуміння мовлення у дитини**, використовували **методику читання текстів та їх обговорення**. Дитині читали коротку розповідь (3–4 речення) і ставили запитання до неї. **Приклади текстів та орієнтовні запитання до них подано у додатку В**.

Оцінювання здійснювали із урахуванням точності наданих відповідей на поставлені запитання: 2 бали ставили якщо були точними відповіді на запитання; 1 бал — частково правильні відповіді або з допомогою (застосовували повторне читання окремого речення з тексту); 0 балів, коли дитина не відповідала.

Мовленнєву активність визначали з урахуванням ініціативності дитини у спілкуванні дід час спільної гри («магазин», «будуємо з кубиків», «готуємо обід» тощо). Фіксували при цьому, чи дитина: 1) сама вступає у діалог; 2) ставить питання; 3) коментує свої дії.

Оцінювали стан розвитку мовленнєвої активності в балах здійснювалося якщо дитина: проявляла ініціативу щодо спілкування та проявляла активність у мовленні - 2 бали; 1 бал — реагувала на звертання, але сама не ініціювала їх, загалом говорила мало в процесі гри; 0 балів — якщо мовчала або відповідала жестом, окремим словом, ініціативи щодо спілкування не проявляла.

Узагальнення результатів розуміння мовлення та мовленнєвої активності здійснювалося з урахуванням підсумкової оцінки отриманої дітьми за двома завданнями (див. табл. 2.1.6).

Таблиця 2.1.6

Характеристика рівня розвитку розуміння та активності в мовленні

Рівень	Кількісна характеристика (у балах)	Якісна характеристика
Високий	4	Дитина розуміє зміст текстів і відповідає на усі запитання, у грі активно спілкується, проявляє ініціативу, пояснює свої дії і аргументує їх.
Середній	3	Дитина в загальному розуміє зміст текстів, відповідає на більшість поставлених запитань правильно, у грі активно спілкується, проявляє ініціативу, проте пояснює свої дії недостатньо повно, неаргументує їх.
Низький	2	Дитина недостатньо розуміє зміст текстів, відповідає правильно на окремі запитання, у грі не проявляє ініціативу щодо спілкування, не пояснює свої дії, неаргументує їх.
Дуже низький	0-1	Є значні труднощі розуміння змісту текстів, дитина не відповідає на поставлені запитання, або відповідає на них неправильно, грається мовчки, не проявляючи ініціативу щодо спілкування та не характеризує свої дії з предметами.

Для вивчення *соматичного здоров'я* у дітей дошкільного віку використовували **соціально-анамнестичні методи**: анкетування батьків (див. дод. В); бесіду з медичним персоналом і вихователями.

Метою проведення анкетування було виявити особливості соматичного здоров'я дітей дошкільного віку шляхом аналізу даних, отриманих від батьків, для подальшої розробки індивідуальних педагогічно-оздоровчих заходів та рекомендацій.

Метод анкетування батьків є одним із ефективних інструментів первинного збору даних про стан здоров'я дитини, умови життя, рівень рухової активності та гігієнічні звички (Н.М. Гаврилова [7]). Показники анкети валідизовані через критерії, рекомендовані у працях: Г. Апанасенко [2] – інтегральна оцінка соматичного здоров'я; О. Круцевич – методи контролю фізичного розвитку; В. Безверхня – педагогічна діагностика рухової активності дітей[15].

Отримані дані аналізували за такими критеріями:

- рівень соматичного благополуччя — низький, середній, високий (за методикою Г. Апанасенко [2]);
- фактори ризику — часті захворювання, порушення режиму дня, низька рухова активність;

- індикатори сприятливого розвитку — адекватне харчування, стабільний режим, активна участь у рухових іграх.

Метою бесіди було отримати комплексну інформацію про стан соматичного здоров'я дітей, умови, що його забезпечують у закладі дошкільної освіти, а також про спостереження фахівців щодо динаміки фізичного розвитку, частоти захворюваності та ефективності профілактичних заходів. Це один із методів медико-педагогічного моніторингу (Круцевич, Безверхня, 2017; Гаврилова, 2020), що дозволяє отримати якісну інформацію про соматичний стан дітей у природних умовах їхнього перебування. Метод також був рекомендований у роботах Г. Апанасенка [2], як компонент комплексної оцінки здоров'я дітей дошкільного віку. Для збору інформації проводилася бесіда з педагогічними та медичними працівниками з використанням комплексу запитань (див. дод. Г, Д).

Отримані відомості систематизувалися за напрямками:

- медичні показники (частота захворюваності, наявність хронічних хвороб);
- гігієнічні умови (санітарно-побутові фактори);
- рухова активність і фізичний розвиток;
- організація профілактичної роботи в ЗДО.

Для аналізу використовували експертне оцінювання за 3-бальною шкалою: 3 бали ставили, якщо спостерігався високий рівень реалізації (характерними для нього були системність, регулярність та ефективність); 2 бали — якщо рівень був середнім (на нього вказували епізодичність, частковість показників); 1 бал — низький рівень (на нього вказували відсутність системності, нерегулярність).

Дослідження проводилося на базі ЗДО №30 м. Кам'янця-Подільського. В ньому взяли участь 30 дітей з ПМР (віком 4-5 років, 13 із них з фонетико-фонематичними порушеннями мовлення (ФФПМ), 10-ро із системними порушеннями мовлення (СПМ) III рівня, 7-ро із СПМ II рівня), що відвідують

різновікові логопедичні групи, вихователі та їхні батьки, а також 30 дітей, що відвідують групи загального розвитку віком 4-5 років.

2.2. Аналіз результатів дослідження

Аналіз результатів дослідження звуковимови у дітей групи загального розвитку показав, що у переважної більшості із них звуковимова правильна і чітка, і лише в поодиноких випадках зустрічається порушення шиплячих звуків і сонорів. Рівень розвитку звуковимови високий.

Для дітей із ФФПМ були характерні диференційовані помилки в процесі повторення звуків і слів: спотворена вимови свистячих, шиплячих звуків мовлення, плутання їх між собою, неправильна вимова звуків –р- та –л-. Рівень розвитку звуковимови середній.

Для дітей із СПМ III рівня була притаманна значна кількість замін свистячих і шиплячих звуків, передньоязикових і задньоязикових, найскладніші сонори (–р- та –л-) або спотворені або відсутні. У них спостерігався слабкий контроль у процесі вимови звуків у словах. Рівень розвитку звуковимови низький.

Для дітей із СПМ II рівня були характерні неточне відтворення, інколи навіть простих артикуляційно звуків мовлення. У них часто спостерігалися пропуски їх у словах, артикуляційні рухи в процесі вимови були нечіткими, слабкими, а також цим дітям була притаманна редукція складів. Узагальнені результати вивчення звуковимови нами представлені у таблицях 2.2.1 і 2.2.2.

Таблиця 2.2.1

Рівень та особливостей розвитку звуковимови дітей дошкільного віку з типовим розвитком та ПМР

Група дітей	Середній відсоток правильних звуків	Рівень розвитку звуковимови	Основні якісні особливості
Діти з типовим розвитком (n=30)	93%	Високий	Артикуляція чітка, звуки стабільні, незначна нестійкість шиплячих і

			сонорів у 3 дітей
ФФПМ (n=13)	78%	Середній	Трапляються спотворення свистячих [с], [з], шиплячих [ш], [ж], заміни [р]→[л]; нестійкість у повторенні
СПМ III рівня (n=10)	62%	Низький	Значна кількість замін ([с]→[т], [ш]→[с]), спотворень, відсутність складних звуків; слабкий контроль артикуляції
СПМ II рівня (n=7)	44%	Дуже низький	Невпевнене відтворення навіть простих звуків, пропуски у словах, нечіткість артикуляційних рухів, редукція складів

Таблиця 2.2.2

Порівняльний аналіз показників звуковимови у дітей з типовим розвитком та ПМР

Показник	Типовий розвиток	ФФПМ	СПМ III рівень	СПМ II рівень
Правильна вимова	93	78	62	44
Спотворення	4	12	20	27
Заміни / плутання	2	7	12	18
Пропуски звуків	1	3	6	11
Стабільність звука при повторенні	95	80	65	40

Таким чином, діти з типовим розвитком продемонстрували сформовану систему звуковимови з незначними неточностями характерними для дітей цього віку.

Діти з ФФПМ показали середній рівень — найчастіші труднощі зі звуками свистячими, шиплячими та верхньоязиковими сонорами, характерними для несформованості артикуляційної моторики та фонематичного контролю.

Діти зі СПМ III рівня мали переважно низький рівень — система звуковимови у них ще не структурована, спостерігаються численні заміни та спотворення, нестійкість при повторенні.

Діти зі СПМ II рівня з дуже низьким рівнем звуковимови показали фрагментарність у розвитку вимовних умінь, нечіткість утворюваних артикуляційних позицій, відсутність контролю за мовленням.

У досліджуваних дітей спостерігалася чітка залежність між рівнем загального мовленнєвого розвитку та якістю звуковимови: чим нижчий рівень мовленнєвого розвитку (СПМ II → СПМ III → ФФПМ → типовий), тим вищі показники відсотка правильних звуків і стабільності їх правильної вимови.

Аналіз результатів дослідження артикуляційної моторики показав, що немає прямої відповідності між рівнем порушення артикуляційної моторики та станом розвитку у дітей мовлення загалом (див. табл. 2.2.3).

Таблиця 2.2.3

Особливості розвитку артикуляційної моторики у дітей з ПМР

Рівень розвитку артикуляційної моторики	Діти з типовим розвитком і з ПМР (n 60)	Кількість дітей у %	Типові помилки у процесі виконання артикуляційних проб
Високий (10-11)	Типовий розвиток (30)	68,3	Виконують усі позиції, артикуляційні рухи точні, контроль стабільний
	ФФПМ (7)		
	СПМ III (4)		
Середній (7-9)	ФФПМ (6)	20	Є труднощі з рухами язика (позиції «гірка», «лопата»), іноді нестійкість при утриманні, регкий тремор кінчика язика чи його посмикування в середній частині
	СПМ III (3)		
	СПМ II (3)		
Низький (4-6)	СПМ III (3)	11,7	Артикуляційні позиції виконуються з труднощами, особливо рухи язика та губ. Спостерігається напруження, утримання позицій слабке, рухи недостатньо скоординовані, прояви синкінезії
	СПМ II (4)		
Дуже низький (0-3)	-	-	-

Аналіз отриманих даних свідчить, що високий рівень розвитку артикуляційної моторики мають усі діти з типовим розвитком (50%) і частина дітей з ПМР — переважно з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення (ФФПМ) (11,7%) та загальним недорозвиненням мовлення III рівня (СПМ III) (6,6%). У цих дітей артикуляційні рухи загалом сформовані, спостерігається незначна сповільненість або неточність у складних положеннях язика.

Середній рівень артикуляційної моторики виявлено у 12 дітей (20%). Ця група охоплює дітей з ФФПМ, СПМ III та СПМ II рівня. Основними особливостями є труднощі у відтворенні складних артикуляційних позицій, тремор кінчика язика, слабкість м'язового тону та незначна дискоординація рухів.

Низький рівень спостерігається у 7 дітей (11,7%) із СПМ II–III рівня. Для цієї групи характерні виражені труднощі у виконанні артикуляційних проб, напруження, синкінезії, неточність і нестійкість артикуляційних рухів.

Дітей із дуже низьким рівнем (0–3 бали) не виявлено, що може свідчити про певний рівень збереженості артикуляційної моторики навіть у дітей з тяжкими формами мовленнєвих порушень.

Вивчення рівня розвитку фізіологічного та мовленнєвого дихання у дітей дошкільного віку виявило окремі труднощі не лише при ПМР, але і у типових дітей (див. табл. 2.2.4).

Таблиця 2.2.4

**Рівень розвитку дихального контролю
у дітей з типовим розвитком і з ПМР (n = 60)**

Рівень розвитку дихального контролю	Категорія дітей	Кількість дітей (n=60)	Кількість дітей (у%)	Типові прояви при виконанні дихальних завдань
Високий	Типовий розвиток	28	46,6%	Сила видиху достатня (кулька або вата відлітає на 60 см–1 м), видих плавний, тривалість понад 10 с; дихання ритмічне, контрольоване.
	ФФПМ	6	10%	Легке скорочення тривалості мовленнєвого видиху (8–9 с), проте

				сила видиху збережена; дихання координоване з мовленням.
	СПМ III	3	5%	Видих ритмічний, але не завжди достатньо тривалий; у кінці фрази можливе ослаблення сили повітряного струменя.
середній	Типовий розвиток	2	3,4%	Відстань польоту вати або кульки 30–50 см; видих короткий (6–8 с), спостерігаються коливання сили потоку.
	ФФПМ	5	8,3%	
	СПМ III	3	5%	Видих нестійкий, з перервами, у процесі вимови голосного — нерівномірність струменя.
	СПМ II	4	6,7%	Задишка після короткого видиху, слабе переключення з носового на ротовий видих.
Низький	ФФПМ	2	3,4%	Видих короткий (до 4–5 с), сила потоку слабка (<29 см), дихання поверхневе, нерівномірне.
	СПМ III	4	6,7%	
	СПМ II	3	5%	Нестабільний ротовий видих, слабка координація дихання з мовленням, швидке виснаження повітряного струменя.
Дуже низький	–	-	-	-

Отримані результати свідчать, що високий рівень розвитку дихального контролю спостерігається у більшості дітей з типовим розвитком (46,6%) та частини дітей із ФФПМ (10%) і СПМ III рівня (5%). Ці діти мають сформоване довільне керування видихом, стабільну силу повітряного струменя та тривалість мовленнєвого видиху понад 10 секунд.

Середній рівень дихального контролю виявлено у 2-ох дітей (3,4%) із типовим розвитком і 12 дітей (21,7%) із різними рівнями ПМР. Для цієї групи характерні коливання сили видиху, помірне зниження тривалості мовленнєвого видиху (6–8 секунд), іноді спостерігаються зупинки або нерівномірність повітряного потоку. Такі особливості свідчать про недостатню координацію між дихальними, голосовими та артикуляційними рухами.

Низький рівень мають 2 дітей із ФПМ (3,4%) 7 дітей (11,7%) переважно з СПМ II–III рівня, у яких видих короткий (до 5 секунд), сила потоку значно знижена (<29 см), а дихання носить поверхневий, несформований характер.

Дуже низький рівень розвитку дихання, який характеризується відсутністю усвідомленого ротового видиху, що супроводжується слабкістю м'язів дихального апарату й неможливістю підтримувати мовленнєвий видих - у дітей, які приймали участь в експерименті виявлено не було.

Таким чином, отримані дані підтверджують, що порушення дихального контролю у дітей із ПМР мають різний ступінь вираженості, при цьому немає чіткого взаємозв'язку із рівнем порушення у дітей мовлення.

Вивчення та оцінка стану розвитку розуміння та активності мовлення виявили пряму залежність, чим складніше порушення мовлення тим менше сформовані ці компоненти (див. табл. 2.2.5).

Таблиця 2.2.5

Узагальнені результати рівня розвитку розуміння мовлення та мовленнєвої активності у дітей з типовим розвитком і з ПМР (n = 60)

Рівень розвитку розуміння мовлення та мовленнєвої активності	Діти з типовим розвитком та ПМР (n=60)	Кількість дітей у % (від загальної вибірки)	Типові прояви під час виконання завдань
Високий (4 бали)	Типовий розвиток (30)		Діти уважно слухають, розуміють зміст, повно відповідають на запитання, у грі активно ініціюють діалог, ставлять питання, пояснюють дії.
	ФФПМ (10)		
Середній (3 бали)	ФФПМ (3)		Розуміння загального змісту текстів збережене, але відповіді короткі або частково правильні; у грі ініціатива проявляється нерегулярно, висловлення малорозгорнуті.
	СПМ III рівня (8)		
Низький (2 бали)	СПМ III рівня (2)		Розуміння тексту поверхове, дитина відповідає лише на окремі запитання, потребує повтору, у грі реагує на звертання, але не ініціює спілкування.
	СПМ II рівня (7)		
Дуже низький (0–1 бал)	-	-	-

Аналіз результатів показав, що усі діти з типовим розвитком (%) продемонстрували високий рівень розуміння мовлення та мовленнєвої

активності. Вони легко орієнтувалися у змісті текстів, відповідали на всі запитання та вільно спілкувалися під час гри.

У групі дітей із порушеннями мовленнєвого розвитку (ПМР) спостерігалася значна варіативність результатів: лише 10 дітей із ФФПМ показали високий рівень, 3 з ФФПМ та 8 із СПМ (%) — середній, а частина 2 із СПМ III рівня та 7 із СПМ II рівня (%) мали низький. Дуже низького рівня сформованості розуміння мовлення на який вказували нерозуміння змісту, обмежена ініціативність у грі та відсутність мовленнєвого супроводу, неправильні відповіді на поставлені до тексту запитання або їх відсутність, виявлено не було.

Вивчення та аналіз результатів вивчення соматичного здоров'я у дітей дошкільного віку із типовим розвитком мовлення та з ПМР виявив групи дітей ризику (див. табл. 2.2.6), що потребували термінового забезпечення заходів, що сприяли б укріпленню здоров'я у дітей.

Таблиця 2.2.6

Узагальнені результати дослідження стану соматичного здоров'я у дітей з типовим розвитком та із ПМР

Групи дітей	Кількість дітей	Рівень соматичного благополуччя (за Г. Апанасенком, 2002)	Основні фактори ризику	Середній бал (експертна оцінка бесіди)
Типовий розвиток	30	високий – 46,7%	поодинокі випадки ГРВІ; нерегулярність режиму сну (20% дітей)	2,8
		середній – 43,3%		
		низький – 10%		
ФФПМ	13	високий – 23,1%	часті простудні захворювання, зниження рухової активності	2,3
		середній – 53,8%		
		низький – 23,1%		
СПМ III рівня	10	високий – 10%	хронічні соматичні хвороби, ослаблений імунітет, малорухливість	1,9
		середній – 40%		
		низький – 50%		
СПМ II рівня	7	середній – 28,6%	часті ГРВІ, затримка фізичного розвитку, недостатня витривалість	1,6
		низький – 71,4%		

Таким чином, аналіз результатів анкетування та бесіди свідчить, що у дітей з типовим розвитком переважає середній і високий рівень соматичного

благополуччя (90%), що вказує на задовільний стан здоров'я, адекватний фізичний розвиток і сформовані навички здорового способу життя.

У дітей із ФФПМ спостерігається помірне зниження показників (переважно середній рівень), що зумовлено частішими респіраторними захворюваннями та зниженням рухової активності у порівнянні з нормою.

Діти з СПМ III–II рівня характеризуються вираженим соматичним неблагополуччям — 50–70% мають низький рівень за показниками Апанасенка. Для цієї групи типові часті ГРВІ, порушення режиму дня, ослаблена моторика, що підтверджується результатами бесід із педагогами й медпрацівниками.

За результатами аналізу анкет та бесіди проведеної з вихователями та медперсоналом, що працює в ЗДО№ 30 визначено, що частота захворюваності: серед дітей із типовим розвитком — до 3 разів на рік; у дітей із ФПМ — 4–5 разів; у дітей із СПМ III–II рівня — понад 6 разів. Хронічні захворювання (аденоїди, алергії, гастродуоденіт) виявлено у 28% дітей із СПМ, 15% із ФПМ, 7% з типовим розвитком.

Такі особливості вказують, що у більшості груп (90%) необхідно забезпечити відповідний санітарно-побутовий стан, але для дітей з тяжкими мовленнєвими порушеннями потребує посилення індивідуальний контроль режиму дня і відпочинку (особливо денного сну).

Виявлено, що рівень рухової активності знижується, або дисбалансовано пропорційно до вираженості мовленнєвого порушення:

- типовий розвиток — переважно високий рівень рухової активності (70% дітей регулярно відвідують спортивні гуртки);
- ФФПМ — середній рівень (60% беруть участь у рухливих іграх лише під наглядом дорослого);
- СПМ III–II рівня — низький рівень (понад 60% потребують спеціально організованих рухових вправ).

Традиційно найбільш організованою в ЗДО є профілактичної роботи. Ця діяльність носить системний характер лише у групах дітей із типовим

розвитком (експертна оцінка — 3 бали). У групах дітей із мовленнєвими порушеннями реалізація профілактичних програм часткова, що пояснюється обмеженнями у фізичному навантаженні та нестачею міждисциплінарного супроводу.

За результатами підсумкового аналізу визначено кількість дітей із типовим розвитком та різними рівнями порушення мовлення в залежності від рівня порушення соматичного здоров'я (див. табл.2.2.7).

Таблиця 2.2.7

Кількість дітей (у %) в залежності від рівня розвитку у них соматичного здоров'я

Групи дітей	Кількість дітей в залежності від рівня розвитку у них соматичного здоров'я (у %)		
	Високий	Середній	Низький
Типовий розвиток (n 30)	46,7	43,3	10
ФФПМ (n 13)	23,1	53,8	23,1
СПМ III рівень (n 10)	10	40	50
СПМ II рівень (n 7)	-	28,6	71,4
Загальна кількість дітей (n 60)	30	43,3	26,7

Підсумковий аналіз показав наявність у 30% досліджуваних дітей високого рівня соматичного здоров'я, у 43,3% - він був середнім, а у 26,7% - низьким.

Отже, за підсумками проведеного дослідження визначено, що чим складніше порушення мовлення у дітей, тим більше у них проблем зі здоров'ям. Це вказує на необхідність термінового проведення корекційно-оздоровчих заходів і з ними.

2.3. Обґрунтування та характеристика програми корекційно-оздоровчої роботи для дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку

Дослідження на цьому етапі базувалося на припущенні, що завдяки корекційно-оздоровчому впливу можна досягнути значимого покращення

фізичної активності та моторних навичок у дітей з ПМР дошкільного віку завдяки спеціально організованим заняттям впродовж 12 тижнів. Такий вплив сприятиме покращенню у них якості сну. При цьому вважаємо, що рівень залучення вихователя і батьків визначає ефективність впливу запропонованих заходів.

З огляду на зазначене, завданням третього етапу нашого дослідження було обґрунтувати та описати комплекс оздоровчо-корекційних заходів (програм впливу), які будуть враховувати початковий стан дітей фізичні, моторні, мовленнєві показники.

В основу формування диференційованих програм для проведення корекційно-оздоровчої роботи було покладено ряд принципів [14, 20]:

1. Принцип наукової обґрунтованості — корекційно-оздоровчі заходи мають спиратися на сучасні дані нейропсихології, фізіології та педагогіки.
2. Принцип системності й комплексності — усі види впливу (фізичні, мовленнєві, психоемоційні, сенсорні) реалізуються у взаємозв'язку.
3. Принцип індивідуалізації — враховуються особливості стану здоров'я, рівня розвитку, темпераменту, мотивації кожної дитини.
4. Принцип поступовості та дозованості — інтенсивність і тривалість навантажень збільшується відповідно до адаптаційних можливостей дитини.
5. Принцип оздоровчої спрямованості освітнього процесу — усі педагогічні впливи мають сприяти збереженню і зміцненню фізичного та психічного здоров'я.
6. Принцип емоційної комфортності — створення позитивного мікроклімату, ігрового середовища, уникнення перевантаження і стресових ситуацій.
7. Принцип активної участі сім'ї — залучення батьків до оздоровчих програм, формування єдиного освітньо-оздоровчого простору «дитсадок – сім'я».

8. Принцип міждисциплінарної взаємодії — узгодженість дій вихователя, логопеда, психолога, інструктора з фізкультури, медичного працівника.

9. Принцип здоров'язбереження цифрового середовища — помірне, цілеспрямоване використання цифрових технологій для підтримки здоров'я (а не його ризику).

Для проведення корекційно-оздоровчої роботи передбачається використання підгрупових та фронтальних занять.

На підгрупових заняттях об'єднують дітей із подібними порушеннями або близьким рівнем розвитку мовлення (4–6 осіб). Такі заняття сприяють розвитку комунікативної взаємодії, формування навички діалогічного мовлення, сприяють соціалізації.

Фронтальні заняття застосовують на етапі автоматизації навичок і перенесення їх у різні види діяльності (гра, малювання, музика). Вони включають елементи колективних вправ, рухливих ігор, мовленнєвих і творчих завдань.

На підставі аналізу теоретичних джерел визначено, що методи логопедичної та оздоровчої роботи, які доцільно застосовувати на заняттях різні. Артикуляційна гімнастика як зазначає О.Мілевська [37], сприяє подоланню труднощів при виконанні рухів органами артикуляції мовленнєвого апарату. Дихальні вправи – формують правильне фонаційне дихання, стабілізують голосотворення [51]. Логоритміка, як вказує Л. Лісова [25], поєднує рух, ритм і слова, що корисно для розвитку координації, темпу, інтонаційної виразності. Психогімнастика [52] забезпечує розвиток емоційної регуляції, виразності, контактності. Сенсомоторні вправи – стимулюють зорову, слухову, дотикову, пропріоцептивну чутливість [10, 29, 36, 43, 45]. Ігрові мовленнєві ситуації сприяють закріпленню лексико-граматичних конструкцій у природному контексті [4, 32, 41, 48]. Релаксаційні техніки забезпечують зниження психоемоційного напруження (дихальні паузи, музикотерапія, ароматерапія) [64]. Цифрові логопедичні засоби – інтерактивні

програми для тренування звуковимови, слухової уваги, артикуляції (наприклад, *Articulation Station, Speech Blubs, Логомир і інші*), мовлення загалом і комунікації (наприклад *TiryTalk* і інші)[75, 76]. Нейропсихологічні методи – вправи на міжпівкульну взаємодію (перехресні рухи, малювання обома руками) [22].

До засобів логопедичної корекції та оздоровчого впливу відносять різноманітні вправи, які можна застосовувати на індивідуальних логопедичних заняттях та на групових заняттях для дітей з типовим розвитком та порушеннями мовлення.

Зокрема, до логопедичних вправ відносять мовленнєво-тренувальні. Для їх проведення рекомендовано застосовувати дзеркало, дидактичні матеріали (картинки, іграшки, тощо). За їх використання передбачається розвиток усіх компонентів мовлення, формування розуміння мовлення та стимуляція мовленнєвої активності. Усі ці складові є вагомими складовими комунікативного процесу.

Фонопедичні вправи – це голосові вправи, спів. Вони сприяють як активізації мовлення у дітей, загалом, та виконують більш вузьке призначення – формують базові передумови для правильного розвитку інтонування в мовленні. За їх допомогою відбувається також профілактика порушень голосу.

Психотерапевтичні вправи, такі як казкотерапія, арттерапія, музикотерапія – збалансовують емоційний стан дитини, стимулюють прояви у неї творчості.

Рухові та оздоровчі вправи (пальчикова гімнастика, коригуюча гімнастика, масаж і інші) - мсприяють підтримці фізичного здолів'я, стимулюють розвиток міжпівкульної взаємодії.

З урахуванням описаних принципів, методів і вправ було сформовано програму оздоровчо-корекційних заходів для дітей з ПМР дошкільного віку (4–6 років) на 12 тижнів Частота їх проведення - щоденні короткі активності (10–15 хв), 2 розширених заняття/тиждень (25–30 хв), а також індивідуальні

заняття з логопедом та психологом (за показаннями згідно індивідуальної програми розвитку дитини).

Метою організації відповідних заходів визначено покращення загальної моторики, збільшення фізичної активності, подолання порушень дрібної моторики та артикуляції, покращення сну та зменшення екранного часу.

Для проведення роботи у групах, усі вправи адаптують з урахуванням потенційних можливостей дітей з ПМР певного віку (4–6 років). При цьому враховують індивідуальні можливості дитини. Кількість дітей у групах від 10-15.

Групові заняття передбачають проведення розминки (3–5 хв.), інтенсивніші вправи (5-7 хв.) та міні-розтяжки, релаксаційні та дихальні вправи (2–3 хв.).

При проведенні групових занять дотримуються заходів безпеки: перевіряють підлогу, взуття, наявність медичного персоналу або доступ до аптечки іншої.

Для групових занять складено графік їх проведення впродовж тижня (див. табл. 2.3.1).

Таблиця 2.3.1

Графік проведення корекційно-оздоровчих заходів

Дні тижня	Заняття	Орієнтовний час проведення
Понеділок–П'ятниця	Щоденні активні паузи — рухливі ігри, вправи на координацію	Ранок та після обіду по 10–15 хв.
Вівторок, Четвер	Розширені заняття спрямовані на розвиток моторики, голосу і дихання із застосуванням корекційних вправ.	Ранок, 25–30 хв.
Середа	Релаксаційне заняття з фіксацією на слуховому, зоровому сприйманні сигналів та дихання	Ранок, 20 хв.
П'ятниця	Ігровий модуль “Рух і здоров'я” з метою інтеграції знань про здоровий спосіб життя	Ранок, 20-25 хв.
Батьківський модуль	Розсилка рекомендацій щодо режиму дня, активностей, поведінки з дітьми вдома тощо	У будь який день 1 раз в тиждень

На підставі аналізу науково-методичних джерел сформовано потижневу програму щоденних активностей для дітей з ПМР на 12 тижнів.

Тиждень 1. Введення та діагностика в процесі рухових активностей спрямованих на розвиток моторики

Мета: ознайомлення дітей з рухами частин тіла та словами, що їх позначають, оцінка загального рівня моторики.

Дні	Зміст активностей
Понеділок	Знайомство (ігри «Назви свого героя руху»), проста розминка, базові вправи на баланс (стояти на одній нозі до 5 с), ходьба по прямій лінії.
Вівторок	Ігри на координацію рук і очей: кидки м'ячиком у відро, ловіння м'яча.
Середа	Перешкоди (ходьба по лавці, обхід конусів).
Четвер	Дрібна моторика: нанизування намистин, конструктор.
П'ятниця	Оцінка: реєстрація антропометрії, базовий опитувальник про сон/екрани.

Батьківський модуль: інформаційна розсилка: рекомендації щодо активності вдома тривалістю 10 хв.

Тиждень 2. Розвиток загальної моторики.

Мета: базові вправи на координацію, швидкість реакції.

Дні	Зміст активностей
З понеділка по п'ятницю	Active breaks: «Сонячний промінь» (біг до вказаної плями і назад), «Рибки» (перестрибування через "річку"), «Карусель» (кругові рухи руками і ногами).
	Вправи на рівновагу: ходьба по вузькій лінії, стояння на килимку на одній нозі з закритими очима (за можливості).
	Розширене заняття (Вівторок): естафети з перешкодами (25 хв).
	релаксація — дихальна вправа "котик-кіт" (вдих при піднятті рук, видих при опусканні).

Тиждень 3. Дрібна моторика та артикуляція.

Мета: покращення дрібної моторики рук, координація очей-рук, артикуляційні вправи

Дні	Зміст активностей
З понеділка по п'ятницю	Дрібна моторика: пазли, пальчикові ігри, ліплення з пластиліну
	Логопедичні ігри — дути на свічку, імітація звуків природи, вправи з губами та язиком
	Комбіновані вправи — рух + артикуляція (ігри, що поєднують рух і вимову простих слів)

Тиждень 4. Кардіо-орієнтовані ігри.

Мета: підвищення інтенсивності руху у грі.

Дні	Зміст активностей
З понеділка	Ігри «Наздоганялки» з правилами безпечного контакту
	Танцювальний модуль 10 хв (виконання простих ритмів під музику)

по п'ятницю	Логопедичні ігри для дихання, дрібних моторики пальців рук, імітація звуків природи, вправи для губ, нижньої щелепи, язика та язичка
	Короткий крос-контур (біг/ходьба), вимірювання активності (орієнтовно за кроками)

Тиждень 5. Координація і рівновага (комплекс).

Мета: покращення просторової орієнтації, рівноваги

Дні	Зміст активностей
3 понеділка	Ігри з м'ячем різної ваги, балансування на колоді (вимушена ходьба), вправи на спритність
по п'ятницю	Танцювальний модуль 10 хв (виконання простих ритмів під музику)
	Логопедичні ігри для дихання, дрібних моторики пальців рук, імітація звуків природи, вправи для губ, нижньої щелепи, язика та язичка
	"Циркові вправи" (ходьба по канату, кидки у кільця)

Тиждень 6. Силіві вправи у ігровому форматі.

Мета: розвиток базової сили (без обтяжень).

Дні	Зміст активностей
3 понеділка	Ігри "Підйом скарбів" (підняття невеликих м'яких предметів), присідання під час ігри "На якій висоті".
по п'ятницю	Танцювальний модуль 10 хв (виконання простих ритмів під музику)
	Логопедичні ігри для дихання, дрібних моторики пальців рук, імітація звуків природи, вправи для губ, нижньої щелепи, язика та язичка
	Короткі блоки з піднімання тулуба (позашитові вправи для преса), планка (поетапно).

Тиждень 7. Ситуації безпеки та саморегуляції.

Мета: навички саморегуляції, безпечна поведінка під час фізичної активності.

Дні	Зміст активностей
3 понеділка	Навчання правилам безпечного руху.
по п'ятницю	Ігри на заспокоєння: "Павутинка" (спокійні рухи руками), дихальні вправи для засинання.
	Логопедичні ігри для дихання, дрібних моторики пальців рук, імітація звуків природи, вправи для губ, нижньої щелепи, язика та язичка
	Рольові ігри "Що робити, якщо..." (перша допомога в простих випадках).

Тиждень 8. Інтеграція знань про здоров'я.

Мета: формування у дітей знань про здоров'я.

Дні	Зміст активностей
3 понеділка	Ігри з картками "Що корисно?" (їжа, сон, рух)
по п'ятницю	Вправи на створення простих правил: "Три правила для веселого тіла"
	Ігри для формування дихального та артикуляційного контролю.
	Батьківський практикум: коротке відео і чек-ліст про режим дня

Тиждень 9. Гнучкість та координація.

Мета: розширення амплітуди рухів, гнучкість.

Дні	Зміст активностей
З	Розтяжки у ігровому форматі: "Дотягнися до зірки", нахили у сторони.
понеділка	Логоритмічні вправи з мовленнєвим супроводом
по	Ігри для формування дихального та артикуляційного контролю
п'ятницю	Ігри-естафети з елементами координації рук

Тиждень 10. Командні ігри та співпраця

Мета: соціальна взаємодія, командна робота.

Дні	Зміст активностей
З	Командні естафети (передача предмета), співпраця у будівництві (з великих блоків)
понеділка	Логоритмічні вправи з мовленнєвим супроводом.
по	Ігри для формування дихального та артикуляційного контролю
п'ятницю	Міні-турнір з простими правилами.

Тиждень 11. Релаксація, дихальні техніки.

Мета: розвиток навичок релаксації та емоційної регуляції.

Дні	Зміст активностей
З	Дихальні вправи: "Пахуча квітка" (вдих через ніс, видих через рот),
понеділка	"Легенький вітерець" (повільний видих).
по	Логоритмічні вправи з музичним супроводом.
п'ятницю	Ігри для формування дрібної моторики пальців рук.
	Легке йогоподібне заняття для дітей (пози, що не навантажують суглоби).

Тиждень 12. Підсумок, повторна оцінка та святкування.

Мета: оцінка змін, закріплення навичок.

Дні	Зміст активностей
З	Повторна антропометрія, опитування батьків
понеділка	Святкове заняття "Олімпійський день" з врученням символічних нагород
по	Обговорення з батьками результатів та рекомендацій на майбутнє
п'ятницю	

Для проведення логопедичних, логоритмічних та загальнорухових вправ і ігор передбачається використання обладнання:

- м'які м'ячі різного розміру;
- конуси, лавки, обручі;
- набори для дрібної моторики (намистини, пазли, конструктори);
- килимки для йоги/релаксації;
- пластикові гантелі (для дітей — легкі);
- хронометри, рулетка, ваги, ростомір;
- аптечка першої допомоги.

Висновки до другого розділу

Підсумковий аналіз результатів оцінки стану звуковимови, дихального та артикуляційного контролю; рівня мовленнєвої активності та розуміння мовлення; стану соматичного здоров'я дітей дошкільного віку з типовим розвитком та ПМР дозволив прийти до таких висновків:

1. Визначено, що якість звуковимови виступає важливим індикатором загального рівня мовленнєвого розвитку дитини. У дітей із ПМР виявлено суттєві кількісні та якісні відмінності у звуковимові порівняно з дітьми з типовим розвитком. Простежено закономірність: чим системніші мовленнєві порушення, тим нижчий відсоток правильної та стабільної звуковимови.

Рівень артикуляційної моторики у дітей із ПМР варіює від середнього (при ФФПМ) до дуже низького (при СПМ III-II рівня). Найбільші труднощі спостерігалися під час виконання складних координаційних рухів язика, що зумовлює спотворення, заміни та пропуски звуків. У дітей із СПМ II-III рівня переважає зниження м'язового тону органів артикуляції, недостатня точність і стійкість моторного контролю.

Виявлено, що порушення дихального контролю у дітей із ПМР мають різний ступінь вираженості, при цьому немає чіткого взаємозв'язку із рівнем порушення у них мовлення.

Отримані результати підтверджують необхідність систематичної логопедичної роботи, спрямованої на розвиток артикуляційної моторики, дихання та мовленнєвого контролю.

Отримані дані свідчать про те, що у дітей з ПМР наявне зниження рівня мовленнєвої активності, що безпосередньо пов'язано з обмеженістю процесів розуміння мовлення — осмислення. Це вказує на необхідність враховувати цей компонент для формування груп та проведення корекційно-оздоровчих занять. Там де розуміння мовлення краще, робота може проводитися з використанням складніших інструкцій, завдань та кількість дітей в групі буде більша, і навпаки.

Для дітей із системними мовленнєвими порушеннями доцільним є комплексний корекційно-логопедичний вплив, що поєднує дихальні, артикуляційні, фонетико-ритмічні та логоритмічні вправи.

Встановлено, що рівень соматичного здоров'я дітей прямо корелює з тяжкістю мовленнєвих порушень: чим глибше порушення мовлення, тим нижчі показники фізичного розвитку та адаптаційного потенціалу організму.

Найвразливішою є група дітей із СПМ II рівня, у якій понад 70% мають низький рівень соматичного благополуччя.

За результатами аналізу науково-теоретичних джерел (Г. Апанасенко і ін.) [2] а також результатами проведеного нами експериментального дослідження, було визначено індикатори сприятливого розвитку для дітей в залежності від рівня розвитку у них усіх досліджуваних компонентів.

Ми припускаємо, що для дітей з високим рівнем соматичного здоров'я індикаторами сприятливого здоров'я будуть – збалансоване харчування, висока рухова активність та системна профілактична робота.

Для дітей із середнім рівнем соматичного здоров'я - дотримання режиму харчування, участь у рухових та логопедичних іграх під контролем логопеда та вихователя.

Для дітей із низьким рівнем соматичного здоров'я - регулярні прогулянки, корекційно-рухові вправи в межах логоритміки, індивідуальна робота з медперсоналом. Окремо рекомендовано індивідуально організовану логопедичну роботу спрямовану на формування артикуляційної моторики, розвитку дихання та компонентів мовлення (за показаннями).

ВИСНОВКИ

Узагальнюючи викладене, можна стверджувати, що теоретичне та практичне осмислення проблеми організації корекційно-оздоровчої роботи з дітьми з порушеннями мовлення дає змогу визначити її як цілісний, багатокomпонентний процес, що поєднує логопедичні, психолого-педагогічні та здоров'язбережувальні впливи.

Аналіз наукових джерел дав можливість уточнити базові поняття, окреслити ключові підходи та принципи організації такої роботи, а також визначити її місце у системі роботи закладу дошкільної освіти.

Проведений аналіз матеріалів зібраних на етапі констатувального експерименту показав суттєві відмінності між дітьми з типовим розвитком і дітьми з ПМР у стані звуковимови, артикуляційної моторики, дихального контролю, мовленнєвої активності, розуміння мовлення та соматичного здоров'я. У дітей із ПМР виявлено нижчі показники правильної звуковимови, значні труднощі координації артикуляційних рухів, знижену стійкість дихання та обмежену мовленнєву активність, що безпосередньо пов'язано зі зниженим рівнем розуміння мовлення. Додатково встановлено, що тяжчі мовленнєві порушення супроводжуються гіршими показниками соматичного здоров'я, особливо у групи дітей із СПМ II рівня. Отримані дані підкреслюють необхідність комплексного корекційно-оздоровчого підходу, який поєднує розвиток артикуляційної моторики, дихання, логоритмічних компонентів, фізичної рухової активності та збалансованого харчування і режиму дня. Вагомим є також індивідуалізоване планування занять відповідно до рівня мовленнєвого та фізичного розвитку дитини.

Вважаємо, що для дітей із ФФПМ та СПМ доцільно впроваджувати як індивідуальні так і групові форми проведення оздоровчо-корекційного впливу, спрямовані на зміцнення організму (артикуляційну та дихальну гімнастику, логоритміку, щоденну фізичну рухову активність, тощо), які слід здійснювати з урахуванням їх індивідуальних особливостей.

Ефективність збереження соматичного здоров'я значною мірою залежатиме від координованої взаємодії педагогічних і медичних працівників ЗДО, спрямованої на профілактику вторинних порушень розвитку.

Отримані результати доводять, що правильна організація логопедичної роботи з дітьми з ПМР неможлива без урахування стану їхнього соматичного здоров'я, розвитку артикуляційної моторики, дихання та мовленнєвого контролю, розуміння мовлення та мовленнєвої активності. Це обґрунтовує необхідність комплексного оздоровчо-корекційного підходу, який має інтегрувати логопедичну, педагогічну й медико-профілактичну складові.

Аналіз розробленої програми щоденних активностей (на 12 тижнів) для дітей з ПМР визначає доцільність комплексного, системного і поетапного підходу до корекційно-оздоровчої роботи. Програма узгоджується з науковими положеннями щодо розвитку мовлення та моторики, забезпечуючи поступове ускладнення завдань і варіативність діяльності. Вважаємо, що запропоновані фізичні вправи та ігри сприятимуть підвищенню у дітей з ПМР мовленнєвої активності, покращенню артикуляційної та дихальної моторики, розвитку розуміння мовлення і загальному зміцненню соматичного здоров'я, що відповідає сучасним вимогам спеціальної освіти і практики логопедичної корекції.

Практична значущість дослідження підтверджує необхідність впровадження у діяльність педагогів ефективних форм і методів корекційно-оздоровчого впливу, спрямованих на підвищення результативності мовленнєвого розвитку дітей.

Запропоновану програму в перспективі плануємо впровадити у роботу ЗДО № 30. Вбачаємо, що при її реалізації розкриються нові позитивні перспективи для оздоровлення дітей з ПМР дошкільного віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андросович Н. С., О. А. Сорочинська Рухливі й спортивні ігри як засіб збереження здоров'я дітей дошкільного віку. *Інноваційні здоров'язберігаючі технології у закладах освіти: збірник науково-методичних праць* / за ред. В. В. Танської, О. А. Сорочинської, О. В. Павлюченко. Житомир : Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2020. С. 37–39.
2. Апанасенко, Г. Л. (2015). Индивидуальное здоровье: в поисках сущности и критериев количественной оценки. [Електронний ресурс] <http://www.dovkil-zdorov.kiev.ua/env/74-0008.pdf>
3. Артеменко О. М. *Логоритміка у логопедичній практиці: методичні рекомендації*. Київ: МОН України, 2022. 56 с.
4. Бакалова С. В., О. А. Сорочинська Особливості використання пальчикової гімнастики у зміцненні здоров'я дітей молодшого шкільного віку. *Інноваційні здоров'язберігаючі технології у закладах освіти: збірник науково-методичних праць* / за ред. В. В. Танської, О. А. Сорочинської, О. В. Павлюченко. Житомир : Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2020. С. 9–12.
5. Белова О. Б. Концептуальні підходи до оцінки мовленнєвої діяльності дітей старшого дошкільного віку з логопатологією. Науковий часопис. Корекційна педагогіка. Київ : НПУ імені М.П. Драгоманова. 2022. Вип. 86. С. 29–34. [Електронний ресурс] <http://chasopys.ps.npu.kiev.ua/archive/86/6.pdf>
6. Василенко, О. М. (2014). Здоров'язбережувальні технології у виховному процесі дошкільного навчального закладу. *Наукові записки кафедри педагогіки*, Харків : Харківська гуманітарно-педагогічна академія. Вип. XXXVII, С. 87–96.
7. Гаврилова, Н. М. (2020). *Медико-педагогічний підхід до оцінки соматичного здоров'я дітей дошкільного віку*. Науковий вісник МОН України.

8. Гаврилова Н. С. *Порушення фонетичного боку мовлення у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку*: монографія. Кам'янець-Подільський: Друк-Сервіс, 2011. 200 с.
9. Гаврилова Н. С. Система корекції порушень фонетичного боку мовлення. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2014. Вип. 27. С. 50–57.
10. Голуб Н.Ю., О.А. Сорочинська Зміцнення здоров'я дітей шляхом використання гімнастики для очей. *Інноваційні здоров'язберігаючі технології у закладах освіти: збірник науково-методичних праць* / за ред. В. В. Танської, О. А. Сорочинської, О. В. Павлюченко. Житомир : Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2020. С. 39–45.
11. Гуріна Н. О. Використання елементів логоритміки в освітньому процесі дітей із ПМР. *Педагогічний альманах*. 2022. Вип. 48. С. 142–149.
12. Дворко Т. М., О. А. Сорочинська Ортопедична гімнастика – основа фізичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку. *Інноваційні здоров'язберігаючі технології у закладах освіти: збірник науково-методичних праць* / за ред. В. В. Танської, О. А. Сорочинської, О. В. Павлюченко. Житомир : Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2020. С. 12–14.
13. Дичківська І. М. *Інноваційні педагогічні технології*. Київ: Академвидав, 2012. 352 с.
14. Єфименко С. Г. Оздоровчо-корекційні технології в логопедичній роботі з дітьми дошкільного віку. *Корекційна педагогіка: наукові засади та практика*. 2020. Вип. 16. С. 35–41.
15. Закхарасевич Н. Сучасні підходи до організації фізкультурно-оздоровчої роботи в закладах дошкільної освіти / Н. Закхарасевич // *Актуальні питання дошкільної педагогіки та психології*. 2025. № 4. С. 56–63.
16. Ілханова О. С. *Здоров'язберезувальні технології в роботі вихователя* [Електронний ресурс]

<https://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/4542/Ilkhanova-O.S.-DO1-M19z-free.pdf?isAllowed=y&sequence>

17. Ільєнко Т. А., Стах О. Г., Трофименко Л. І. Програма з корекційно-розвиткової роботи «Корекція мовлення» для дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. Київ : МОН України, 2015. 96 с.
18. Ілляшенко Т. Д. Логоритмічні вправи як засіб розвитку мовленнєвої моторики. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2021. Вип. 19. С. 80–87.
19. Ковтун А. В., Кунникова О. О., Стригунова А. І. Програма з корекційно-розвиткової роботи «Острівець здоров'я» для 1–4 класів спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з інтелектуальними порушеннями. Київ : ІСПП НАПН України, 2016. 128 с.
20. Кононенко С. Ю. *Психофізіологічні основи логопедії*. Київ: Либідь, 2017. 280 с.
21. Константинов О. В., Ткач О. М. Нейропсихологічні підходи до усунення проявів дисграфії у молодших школярів із загальним недорозвиненням мовлення. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2022. Вип. 20. С. 134–144.
22. Корзун К. О., В. В. Танська Особливості використання степ–аеробіки у зміцненні здоров'я дітей дошкільного віку. *Інноваційні здоров'язберігаючі технології у закладах освіти: збірник науково-методичних праць / за ред. В. В. Танської, О. А. Сорочинської, О. В. Павлюченко*. Житомир : Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2020. С. 45–48.
23. Кошель В. М. Зміст і методика використання оздоровчих технологій в умовах закладів дошкільної освіти. Репозитарій Чернігівського національного педагогічного університету. 2020. Режим доступу: <http://dspace.chpu.edu.ua>
24. Лісневська Н. В. *Аналіз стану здоров'я дітей дошкільного віку та шляхи його збереження і зміцнення в умовах закладу дошкільної освіти. Pedagogical and Medical Technologies in Practice (peicst)*. 2025. Т. 8, № 2 [Електронний ресурс]: <https://reicst.com.ua/pmtp/article/view/2025-8-02-01/2025-8-02-01>

25. Лісова Л.І. Логоритміка з методикою: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: ТОВ. "Друк-Сервіс" 2018. 140 с.
26. Логвінова І. П., Кучеренко Ю. О. Програма з корекційно-розвиткової роботи «Корекція розвитку» (корекція особистісного розвитку) для дітей із затримкою психічного розвитку. Київ: ІМЗО, 2016. 112 с.
27. Логопедія: підручник. Під ред. М. К. Шеремет. Київ: Слово, 2010. 376 с.
28. Малимененко О. В. Організація фізкультурно-оздоровчої роботи в закладах дошкільної освіти. Репозитарій Полтавського національного педагогічного університету. 2019. Режим доступу: <http://dspace.pnpu.edu.ua>
29. Макаренко І. П. Використання сенсорних технологій у роботі з дітьми із ЗНМ. *Інноваційна педагогіка*. 2023. Вип. 51. С. 62–68.
30. Малярчук Н. В. Діагностика стану артикуляційного апарату у дітей з мовленнєвими порушеннями. Львів: Сполом, 2020. 84 с.
31. Мартиненко І. А. Системні порушення мовлення: характеристика, причини, підходи до корекції. *Спеціальна освіта*. 2021. № 2. С. 25–32.
32. Меленець Л. І., Кульбедіюк А. Ю. Особливості проведення логоритмічних занять в умовах інклюзивного закладу дошкільної освіти. 2018. URL:
https://elibrary.kubg.edu.ua/36519/1/L_Melenets_A_Kulbediuk_KSDtPOvUNUSH_IPO.pdf
33. Міжнародна класифікація хвороб. Всесвітня організація охорони здоров'я. *Міжнародна статистична класифікація хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям. 10-й перегляд (МКХ-10)*. Женева: ВООЗ, 1992.
34. Міжнародна класифікація функціонування (МКФ). Всесвітня організація охорони здоров'я. *Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ)*. Женева: ВООЗ, 2001.
35. Мілевська О. В., Кондратюк Г. С. Використання логоритміки у роботі з дітьми дошкільного віку з порушеннями мовлення. *Корекційна педагогіка*. 2021. Вип. 37. С. 89–95.

36. Мілевська О. В. Корекційно-оздоровчі технології у роботі з дітьми з ООП у ЗДО. *Інноваційна педагогіка*. 2020. Вип. 32. С. 78–85.
37. Мілевська О. П. *Логогімнастика: методичні рекомендації*. Кам'янець-Подільський: ПП «Медобори-2006», 2019. 52 с.
38. Міністерство освіти і науки України. *Методичні рекомендації щодо організації інклюзивного навчання / Лист МОН № 1/3710-22 від 28.03.2022 «Про роботу інклюзивно-ресурсних центрів та організацію освітнього процесу для осіб з особливими освітніми потребами у період воєнного стану»* [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://mon.gov.ua/osvita-2/inklyuzivne-navchannya/dlya-fakhivtsiv/metodichni-rekomendatsii-2>
39. Міністерство освіти і науки України. *Навчальний посібник «Інклюзивна освіта»* [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/inkluzyvne-navchannya/posibniki/inklyuziyavnz.pdf>
40. Міністерство освіти і науки України. *Лист МОН № 6/679-24 від 03.09.2024 «Про організацію освітнього процесу осіб з особливими освітніми потребами у 2024/2025 навчальному році»* [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://osvita.ua/legislation/Ser_osv/92981/
41. Мірошник І., Сідун А. Зміст корекційно-розвивальної роботи з молодшими школярами з особливими освітніми потребами. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). 2021. Вип. 18. С. 92–101.
42. Морозова Л. І. Роль логопедичних вправ у формуванні фонематичного слуху. *Педагогічні науки: теорія та практика*. 2020. Вип. 36. С. 98–103.
43. Обухівська А. Г., Ілляшенко Т. Д., Жук Т. В., Каменщук Т. Д., Якимчук Г. В. Організація корекційно-розвиткової роботи в умовах інклюзивного ресурсного центру. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2021. Вип. 41. С. 130–139.
44. Остапчук О. В., О. А. Сорочинська Точковий масаж – основа формування здоров'я дітей у закладі дошкільної освіти. *Інноваційні здоров'язберігаючі технології у закладах освіти: збірник науково-методичних праць* / за ред. В. В. Танської, О. А. Сорочинської, О. В. Павлюченко.

- Житомир : Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2020. С. 48–50.
45. Острівець здоров'я: програма фізкультурно-оздоровчої роботи для закладів дошкільної освіти / уклад. кол. авт. Київ: Видавничий дім «Світич», 2018. 112 с.
46. Пилук Н. В. Оздоровча робота у спеціалізованому дошкільному закладі як засіб соціальної адаптації дітей з особливими потребами // *Актуальні проблеми сучасної освіти і науки*. Умань: УДПУ, 2019. С. 166–172.
47. Пінчук Л. В. Особливості психомоторного розвитку дітей із загальним недорозвиненням мовлення. *Дошкільна освіта*. 2021. № 2. С. 58–63.
48. Рібцун Ю. В. *Діагностика порушень звуковимови у дітей дошкільного віку: методичний посібник*. Київ: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2018. 96 с.
49. Рібцун Ю. В. Корекційна робота з розвитку мовлення дітей п'ятого року життя із фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення : програмно-методичний комплекс / Ю. В. Рібцун. Київ : Кафедра, 2013. Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/5812>
50. Родіна Т. Г., О.В. Павлюченко Значення гри та ігрової терапії в зміцненні здоров'я дітей. *Інноваційні здоров'язберігаючі технології у закладах освіти: збірник науково-методичних праць* / за ред. В. В. Танської, О. А. Сорочинської, О. В. Павлюченко. Житомир : Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2020. С. 50-53.
51. Романенко Г. І. Застосування дихальних вправ у системі логопедичної корекції. *Актуальні питання спеціальної освіти*. 2022. Вип. 20. С. 111–117.
52. Рібцун Ю. В. *Психогімнастика* // *Енциклопедія освіти*. Київ: Юрінком Інтер, 2021. С. 836–837.
53. Савченко Ю., Антипін Є. Фактори психічного здоров'я дітей дошкільного віку в період вікової кризи. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2024. Вип. 42(2). Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка. С. 45–53. Режим доступу:

https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/50924/1/Y_Savchenko_PO_42_2_2024_FPO.pdf

54. Сак Т. В. Програма «Корекція розвитку» та її реалізація у навчанні школярів із затримкою психічного розвитку. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)*. 2018. Вип. 10. С. 45–53.
55. Сорочинська О. А. Розвиток мовленнєвого дихання у дітей з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення. *Корекційна педагогіка: теорія і практика*. 2023. Вип. 15. С. 120–129.
56. Тищенко В.В. Обґрунтування класифікації системних порушень мовлення. *Наукові записки БДПУ*. 2023. [Електронний ресурс] <https://pedagogy.bdpu.org.ua/wp-content/uploads/2023/10/>
57. Тесленко В. Психомоторна корекція у системі логопедичної роботи. *Інноваційна педагогіка*. 2022. Вип. 43. С. 115–122.
58. Ткач О. М. Класифікація системних порушень мовлення у дітей: теоретико-методологічні аспекти. *Актуальні проблеми корекційної педагогіки*. 2020. Вип. 18. С. 73–80.
59. Тушинська О. О. Засоби степ-аеробіки у закладах дошкільної освіти. *Інноваційні здоров'язберігаючі технології у закладах освіти: збірник науково-методичних праць / за ред. В. В. Танської, О. А. Сорочинської, О. В. Павлюченко*. Житомир: Житомирський державний університет імені Івана Франка, 2020. С. 56–59.
60. Федоренко Л. П. Розвиток слухового сприймання та формування вимови у дітей із порушеннями слуху. *Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами*. 2016. № 13. С. 89–95.
61. Хохліна О. П. Корекційно-розвивальна робота в спеціальних закладах освіти для дітей з порушеннями психофізичного розвитку: теоретичний аспект проблеми. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2020. Вип. 38. С. 220–227.

62. Черніченко Л. А. Корекція мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку засобами логоритміки. *Acta Paedagogica Volynienses*. 2022. Вип. 1. С. 234–238.
63. Швалюк Т. М. Особливості складних синтаксичних конструкцій у старших дошкільників із тяжкими порушеннями мовлення / Т. М. Швалюк // *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Вип. 17, 2011. С. 123-132
64. Щетініна Л. М., Коваленко Т. Ю. Використання музикотерапії в логопедичній роботі. *Освіта осіб з особливими потребами*. 2023. Вип. 25. С. 101–108.
65. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). *Speech Sound Disorders: Articulation and Phonology* [Electronic resource]. 2022. Available at: <https://www.asha.org/practice-portal/>
66. Bishop D. V. M., Snowling M. J. Developmental language disorder: Diagnosis and terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2017. Vol. 58, No. 10. P. 1068–1070.
67. Ek, A., Sandborg, J., Delisle Nyström, C., Lindqvist, A-K., Rutberg, S., & Löf, M. (2019). *Physical Activity and Mobile Phone Apps in the Preschool Age: Perceptions of Teachers and Parents*. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4): e12512. mhealth.jmir.org
68. Huliuk N., Pasichniak L., Palchuk M. Expediency of using physical education means in the educational process of preschool-aged children with speech disorders. *Theory and Practice of Physical Culture and Sports*. 2024. Vol. 3, No. 1. P. 42–49.
69. European Agency for Special Needs and Inclusive Education. *Key Principles for Promoting Quality in Inclusive Education*. Odense: EASNIE, 2022. 94 p.
70. Leonard L. B. *Children with Specific Language Impairment*. 2nd ed. Cambridge, MA: MIT Press, 2014. 384 p.
71. Lyndina Y., Koval L., Turchynova H., Khokhlina O., Tymofieieva N. Logopedic technologies in work with children with special educational needs. Socio-

- Pedagogical Technology in Social Work and Rehabilitation. 2023. Vol. 1(2). P. 23–31.
72. National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD). *Speech and Language Developmental Milestones* [Electronic resource]. 2024. Available at: <https://www.nidcd.nih.gov/health/speech-and-language>
73. Norbury C. F., Gooch D. The nature of developmental language disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2020. Vol. 62, No. 11. P. 1308–1315.
74. Rodgers L., Harding S., Rees R., Clarke M. T. Interventions for pre-school children with co-occurring phonological speech sound disorder and expressive language difficulties: a scoping review. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 2022. Vol. 57, No. 4. P. 700–716.
75. Roulstone S. E., Marshall J. E., Powell G. G., Wren Y., Coad J., et al. Evidence-based intervention for preschool children with primary speech and language impairments: *Child Talk* — an exploratory mixed-methods study. Southampton (UK): NIHR Journals Library, 2015. Programme Grants for Applied Research, No. 3.5. 271 p
76. Şenol Y., Aksu A., Demir F. Health promotion in preschool children: strategies and interventions. *Journal of Early Childhood Health*. 2023. Vol. 12, No. 2. P. 89–101.
77. Selak, Š., et al. (2025). *Problematic Digital Technology Use Measures in Children Aged 0 to 6 Years: Scoping Review*. *JMIR Mental Health*, 12: e59869. mental.jmir.org
78. Thakur, J. S., & coauthors. *Systematic review on school health program and health promoting schools framework*. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 2023. URL: msu.edu.ua
79. Theopilus, Y., Al Mahmud, A., Davis, H., & Octavia, J. R. (2024). *Digital Interventions for Combating Internet Addiction in Young Children: Qualitative Study of Parent and Therapist Perspectives*. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 7: e55364. [JMIR Pediatrics](https://pediatrics.jmir.org)

80. UNESCO. *Inclusive early childhood care and education: policy review and implementation toolkit*. Paris: UNESCO Publishing, 2023. 112 p.
81. UNICEF. *The State of the World's Children 2023: For Every Child, Health, Learning and Safety*. New York: UNICEF, 2023. 220 p.
82. WHO Regional Office for Europe. *Child health and development: evidence-based guidelines*. Copenhagen: WHO Europe, 2022. 150 p.
83. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO, 2001. 299 p.
84. Zaretsky E., Tkach O. Language and cognition in children with speech disorders: neuropsychological perspective. *Psychology and Education Journal*. 2023. Vol. 60, No. 4. P. 212–220.

ДОДАТКИ

Додаток А

Структура логопедичного висновку

Паспортна частина

Прізвище, ім'я дитини.

Дата народження, вік (повних років і місяців).

Дата вивчення.

Заклад, у якому проводилося вивчення.

Анамнестичні відомості (коротко)

Особливості вагітності, пологів, раннього розвитку.

Дані про перенесені хвороби, травми, неврологічні симптоми.

Відомості про мовленнєвий розвиток (коли з'явилися перші слова, фрази тощо).

Стан загального та психічного розвитку

Загальний фізичний розвиток.

Емоційно-вольова сфера.

Особливості поведінки та працездатності.

Особливості пізнавальної діяльності (увага, пам'ять, мислення).

Стан мовленнєвих функцій

Обов'язково відзначаються:

Слух і артикуляційний апарат (будова, функціональність).

Звукова сторона мовлення: фонетика, фонематичні процеси.

Словниковий запас: обсяг, якість, активність.

Граматичний лад мовлення: узгодження, словозміна, побудова речень.

Зв'язне мовлення: уміння будувати фрази, розповіді.

Комунікативна функція мовлення: використання в грі, спілкуванні.

Додаткові спостереження

Супутні труднощі: порушення дрібної моторики, темпо-ритмічної організації мовлення, праксису.

Реакція дитини на логопедичні завдання.

Формулювання висновку

Дається чіткий висновок згідно з прийнятою термінологією (наприклад, Системне порушення мовлення (СПМ) III рівня, Фонетико-фонематичне порушення мовлення (ФФПМ)).

У разі потреби вказується код за МКХ-10/МКХ-11 (наприклад, F80.1 «Розлад експресивної мови»).

Формулювання має відображати особливості порушення розуміння та використання мовлення, можливості подолання цих компонентів.

Додаток Б

Тексти для вивчення розуміння мовлення та запитання до них

Текст 1. “Пригода на прогулянці”

Хлопчик вийшов на вулицю. Він узяв м'яч і почав грати. М'яч упав у калюжу. Хлопчик засмутився.

Питання:

- Хто вийшов на вулицю?
- Що взяв хлопчик?
- Чому він засмутився?

Текст 1. “Прогулянка в парку”

Учора Марічка з мамою пішли до парку. Вони годували голубів і каталися на гойдалці. Потім Марічка зірвала квітку для мами. Додому вони поверталися пішки.

Запитання:

1. Куди ходили Марічка з мамою?
2. Що вони робили в парку?
3. Кому Марічка подарувала квітку?
4. Як вони поверталися додому?

Текст 2. “Улюблена іграшка”

У Сашка є велика червона машинка. Він возить її по підлозі і робить «бі-бі!». Одного разу машинка зламалася. Тато полагодив її, і Сашко знову почав грати.

Запитання:

1. Яка у Сашка іграшка?
2. Що сталося з машинкою?
3. Хто допоміг Сашкові?
4. Що робив Сашко після цього?

Текст 3. “Кошеня у дворі”

У дворі гралися діти. Вони побачили маленьке кошеня. Кошеня змерзло і нявчало. Дівчинка взяла його додому, щоб нагодувати.

Запитання:

1. Кого побачили діти у дворі?
2. Що робило кошеня?
3. Хто взяв кошеня додому?
4. Навіщо дівчинка взяла його додому?

Текст 4. “На день народження”

У Миколки сьогодні день народження. До нього прийшли друзі з подарунками. Вони співали пісеньку і їли торт. Миколка був дуже радий.

Запитання:

1. У кого був день народження?
2. Хто прийшов до Миколки?
3. Що вони робили на святі?
4. Яким був настрій у Миколки?

Текст 5. “Дошовий день”

На вулиці почався дощ. Мама дала Оленці парасольку. Вони пішли до магазину по хліб. Коли повернулися, сонечко знову світило.

Запитання:

1. Що почалося на вулиці?
2. Що дала мама Оленці?
3. Куди вони ходили?
4. Що було, коли вони повернулися додому?

Текст 6. “Зимові розваги”

Зима прийшла, і діти вийшли кататися на санчатах. Сніг блищав на сонці. Хлопчики зліпили великого сніговика. Усі сміялися і гралися на снігу.

Запитання:

1. Яка пора року описується?
2. На чому каталися діти?
3. Що зробили хлопчики?
4. Який у дітей був настрій?

Додаток В

Анкета для батьків для вивчення соматичного здоров'я у дітей дошкільного віку

I. Загальні відомості

1. Прізвище, ім'я дитини

2. Дата народження _____

3. Вікова група _____

4. Прізвище, ім'я батьків (опікунів)

5. Контактний телефон _____

II. Медико-біологічні показники (за спостереженнями батьків)

1. Чи має дитина хронічні захворювання?

Так (вказіть): _____ Ні

2. Як часто дитина хворіє протягом року?

1–2 рази 3–4 рази Частіше Практично не хворіє

3. Які захворювання переважають?

Респіраторні Алергічні Травні Інші _____

4. Чи спостерігаються у дитини порушення постави, плоскостопість?

Так Ні

5. Чи відзначаєте часту втому, блідість, знижену активність?

Так Іноді Ні

Пояснення: Блок оцінює частоту захворюваності, морфофункціональні відхилення та соматичну стійкість (за Апанасенком, 2002; Гаврилова, 2020).

III. Режим дня та харчування

1. Скільки разів на день дитина харчується? _____

2. Чи споживає достатньо овочів, фруктів, молочних продуктів?

Завжди Іноді Рідко

3. Чи дотримується режиму сну?

Так Частково Ні

4. Тривалість нічного сну: _____ годин

5. Чи має дитина денний відпочинок?

Так Ні

Пояснення: Блок характеризує *поведінкові та гігієнічні фактори соматичного здоров'я* (Савчин, 2019; Кононко, 2016).

IV. Рухова активність та фізичний розвиток

1. Час перебування на свіжому повітрі:

< 1 год 1–2 год > 3 год

2. Чи займається дитина фізичними вправами, рухливими іграми, спортом?

Так (вказіть які): _____ Ні

3. Як ви оцінюєте рівень фізичної витривалості дитини?

Високий Середній Низький

4. Чи має дитина інтерес до рухової діяльності?

Так Іноді Ні

5. Чи часто дитина втомлюється під час активних ігор?

Часто Іноді Ні

Пояснення: Блок відображає *рівень адаптації серцево-дихальної системи, фізичну працездатність та активність* (Круцевич, Безверхня, 2017).

V. Соціально-гігієнічні умови

1. Умови проживання:

Задовільні Частково задовільні Незадовільні

2. Наявність окремого місця для сну, ігор, навчання:

Так Частково Ні

3. Дотримання правил гігієни (миття рук, чистка зубів, охайність):

Завжди Іноді Рідко

4. Чи проводите загартовування дитини?

Так (описіть): _____ Ні

Пояснення: Соціально-побутові умови формують *гігієнічну культуру сім'ї та рівень адаптаційних резервів дитини* (Безверхня, 2016; Гаврилова, 2020).

VI. Суб'єктивна оцінка батьків

1. Як ви загалом оцінюєте стан здоров'я дитини?

Добрий Задовільний Посередній Поганий

2. Які фактори, на вашу думку, найбільше впливають на здоров'я дитини?

.

3. Ваші пропозиції або побажання щодо покращення умов фізичного виховання в ЗДО:

.

.

Дата заповнення: _____

Підпис одного з батьків: _____

Бесіда з медичним працівником ЗДО

Блок I. Медико-статистичні показники

1. Яка загальна кількість дітей у закладі / групі?
2. Скільки дітей віднесено до основної, підготовчої та спеціальної медичної групи з фізичного виховання?
3. Які захворювання найчастіше зустрічаються серед вихованців (ГРВІ, алергії, травні розлади тощо)?
4. Чи є діти з хронічними захворюваннями? Які саме?
5. Як часто діти проходять профілактичні огляди лікарями-спеціалістами?
6. Який відсоток дітей має порушення постави, плоскостопість, знижений м'язовий тонус?

Мета блоку: визначити частоту та структуру захворюваності, поширеність морфофункціональних порушень, що характеризують соматичне здоров'я дітей (за методикою Апанасенка, 2002).

Блок II. Профілактичні та оздоровчі заходи

1. Які форми профілактичної роботи із дітьми проводяться в закладі (загартування, фізкультпаузи, ранкова гімнастика)?
2. Як організовано контроль за станом здоров'я під час фізкультурних занять?
3. Чи здійснюється моніторинг показників фізичного розвитку (зріст, маса тіла, ЧСС, ЖЄЛ)? Якщо так, то як часто?
4. Які медико-педагогічні рекомендації найчастіше надаються вихователям та батькам?
5. Чи ведеться облік динаміки фізичного розвитку дітей (журнал спостережень, індивідуальні картки)?

Мета блоку: з'ясувати систему профілактичних та оздоровчих заходів, а також рівень співпраці між медичним і педагогічним персоналом.

Блок III. Оцінка умов у ЗДО

1. Як ви оцінюєте умови для збереження та зміцнення здоров'я у вашому закладі (освітлення, температура, вентиляція, санітарний стан)?

2. Чи відповідає харчування дітей фізіологічним нормам?
3. Які проблеми ви вважаєте найактуальнішими для підтримки соматичного здоров'я дошкільників?

Мета блоку: отримати оцінку організаційно-гігієнічних умов і виявити потенційні фактори ризику.

Бесіда з вихователями (та інструктором із фізкультури)

Блок I. Спостереження за фізичним розвитком дітей

1. Як ви оцінюєте рівень фізичної активності дітей у групі?
2. Чи спостерігаєте ви дітей, які часто втомлюються, уникають рухливих ігор або мають труднощі в координації?
3. Чи є діти, що мають надлишкову вагу або, навпаки, дефіцит маси тіла?
4. Як діти реагують на фізичні навантаження під час занять?
5. Як часто фіксуєте відсутність дітей через хворобу?

Мета блоку: отримати педагогічні спостереження щодо витривалості, рухової активності та адаптаційних можливостей дітей.

Блок II. Організація рухової діяльності

1. Які види фізичних вправ або ігор діти виконують найохочіше?
2. Як організовується руховий режим упродовж дня (гімнастика, прогулянки, фізкультхвилинки)?
3. Чи враховуються медичні показники дітей під час добору фізичних вправ?
4. Як ви співпрацюєте з медичним працівником у питаннях дозування фізичних навантажень?

Мета блоку: з'ясувати відповідність рухової активності педагогічним і медичним рекомендаціям.

Блок III. Гігієнічна культура та профілактика

1. Як вихователі формують у дітей навички особистої гігієни (миття рук, охайність, чистота тіла)?
2. Чи проводяться з дітьми бесіди про здоровий спосіб життя?
3. Як ви співпрацюєте з батьками щодо підтримки здоров'я дітей (інформаційні куточки, консультації, спільні заходи)?

Мета блоку: визначити рівень педагогічного впливу на формування здоров'язберезувальної поведінки.

Бланки для збору даних

1. Анкета для батьків (шаблон)

Інформація про дитину: ПІБ, дата народження, група, алергії/хронічні захворювання (так/ні; якщо так — поясніть).

Режим та поведінка:

1. Скільки годин дитина спить вночі (у середньому)? _____
2. Чи є проблеми зі сном? (так/ні). Якщо так — опишіть: _____
3. Скільки годин на день дитина проводить перед екранами (TV/планшет/телефон)? _____
4. Скільки днів на тиждень дитина займається активною грою на свіжому повітрі? _____
5. Оцініть загальну активність дитини за шкалою 1–5 (1 — дуже низька, 5 — дуже висока): __

Харчування: 6. Скільки разів на тиждень дитина їсть овочі? __ 7. Чи має дитина харчові уподобання/обмеження? (так/ні). Якщо так — поясніть: __

Залучення батьків: 8. Чи будете ви переглядати батьківські модулі? (так/ні)
9. Чи готові ви виконувати домашні завдання (короткі активності) з дитиною? (так/ні)

Підпис батьків: _____ **Дата:** _____

2. Протокол антропометрії

ПІБ дитини: _____ **Дата народження:** _____ **Дата вимірювання:**

1. Зріст (см): _____
2. Вага (кг): _____
3. Окружність талії (см): _____
4. Індекс маси тіла (ВМІ): _____ (порахувати і записати перцентиль)
Спостереження по поставі: (нормальна/сколіоз/інші) _____