

Секція Освітні науки	
УДК 373.2.015.31:613	
Дата першого надходження статті до видання	2026-08-30
Дата прийняття статті до друку після рецензування	2026-08-30
Дата публікації/оприлюднення	2026-08-30

**Інтегроване застосування здоров'язбережувальних технологій у ЗДО
як засіб забезпечення фізичного та психоемоційного благополуччя дітей**

Стаднік Надія Вікторівна,

кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри педагогіки і психології,
Комунальний заклад Київської обласної ради
«Білоцерківський медичний фаховий коледж», Біла Церква, Україна
e-mail: n.stadnik72@ukr.net;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2619-4419>.

Фастовець Ірина Анатоліївна,

викладач кафедри педагогіки і психології,
Комунальний заклад Київської обласної ради
«Білоцерківський гуманітарно-педагогічний фаховий коледж», Біла Церква, Україна
e-mail: fastovets.ira12@gmail.com;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7437-8263>.

Волинець Юлія Олександрівна,

кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дошкільної та початкової освіти
Інститут післядипломної освіти
Київський столичний університет імені Бориса Грінченка, Київ, Україна
e-mail: y.volynets@kubg.edu.ua;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3849-0821>.

Анотація. Актуальність. У статті обґрунтовано інтегроване застосування здоров'язбережувальних технологій у закладі дошкільної освіти (далі – ЗДО) як засіб забезпечення фізичного та психоемоційного благополуччя дітей. Актуальність теми зумовлена зміною соціального й безпекового контексту дитинства, зростанням психоемоційного навантаження на родини, поширенням малорухливої поведінки, збільшенням екранного часу та потребою ЗДО діяти не через окремі оздоровчі заходи, а через цілісну організацію повсякденного життя дитини. **Мета.** Метою дослідження є теоретичне уточнення змісту здоров'язбережувальних технологій у дошкільній освіті, систематизація їх основних груп, визначення педагогічних умов інтегрованого впровадження та розроблення структурно-функціональної моделі здоров'язбережувальної діяльності закладу. **Методологія.** Методологічну основу становлять системний, компетентнісний, дитиноцентричний, діяльнісний та середовищний підходи; використано аналіз нормативно-правових документів, сучасних українських і зарубіжних досліджень, порівняння, систематизацію, узагальнення та педагогічне моделювання. **Результати.** Уточнено поняття здоров'язбережувальних технологій як системи науково обґрунтованих педагогічних, фізкультурно-оздоровчих, організаційно-гігієнічних, психоемоційних, профілактичних, безпекових, інклюзивних і партнерських дій, інтегрованих у розпорядок дня, гру,

освітню діяльність, рухову активність, харчування, відпочинок, цифрову взаємодію та спілкування з дорослими й однолітками. Визначено, що результативність залежить не від кількості ізольованих вправ, а від системності, вікової відповідності, індивідуалізації, безпечності освітнього середовища, професійної готовності педагогів та співпраці із сім'ями. **Висновки.** Запропонована модель охоплює цільовий, діагностико-аналітичний, змістовий, організаційно-діяльнісний, партнерський, моніторинговий та результативний компоненти. Вона може бути використана для проектування внутрішньої політики здоров'язбереження ЗДО, удосконалення розпорядку дня, організації партнерства з батьками та оцінювання якості освітнього середовища із чітким розмежуванням педагогічного спостереження, медичної та психологічної діагностики.

Ключові слова: здоров'язбережувальні технології; дошкільна освіта; фізичне благополуччя; психоемоційне благополуччя; рухова активність; цифрова гігієна; партнерство із сім'єю.

Integrated application of health-preserving technologies in a preschool education institution as a means of ensuring children's physical and psycho-emotional well-being

Stadnik Nadiia Viktorivna,

Candidate of Pedagogical Sciences, Senior Lecturer at the Department of Pedagogy and Psychology, Municipal Institution of Kyiv Regional Council «Bila Tserkva Medical Professional College», Bila Tserkva, Ukraine
e-mail: n.stadnik72@ukr.net;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2619-4419>.

Fastovets Iryna Anatoliivna,

Lecturer at the Department of Pedagogy and Psychology, Municipal Institution of Kyiv Regional Council «Bila Tserkva Humanitarian and Pedagogical Professional College», Bila Tserkva, Ukraine
e-mail: fastovets.ira12@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7437-8263>.

Volynets Yuliia Oleksandrivna,

Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Department of Preschool and Primary Education, Institute of Postgraduate Education, Borys Grinchenko Kyiv Metropolitan University, Kyiv, Ukraine
e-mail: y.volynets@kubg.edu.ua;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3849-0821>.

Abstract. Relevance. The article substantiates the integrated application of health-preserving technologies in a preschool education institution as a condition for supporting children's physical and psycho-emotional well-being. The relevance of the problem is determined by the changing social and security context of childhood, increasing emotional pressure on families, insufficient physical activity, expanding screen exposure and the need for preschool institutions to move from isolated health-related events to a holistic organization of children's everyday life. **Purpose.** The purpose of the study is to clarify the content of health-preserving technologies in preschool education, systematize their main groups, identify pedagogical conditions for integrated implementation and develop a structural and functional model of health-preserving activity in a preschool institution.

Methodology. The methodological basis combines systemic, competence-based, child-centred, activity-based and environmental approaches. The study uses analysis of legal and normative documents, contemporary Ukrainian and international research, comparison, systematization, generalization and pedagogical modelling. **Results.** Health-preserving technologies are defined as a system of scientifically grounded pedagogical, physical, organizational, hygienic, psycho-emotional, preventive, safety-oriented, inclusive and partnership-based actions integrated into the daily routine, play, learning, physical activity, nutrition, rest, digital interaction and communication with adults and peers. It is established that effectiveness depends not on the number of separate exercises but on consistency, age appropriateness, individualization, safety of the educational environment, professional readiness of teachers and cooperation with families. **Conclusions.** The proposed model encompasses goal-oriented, diagnostic-analytical, content-related, organizational-activity, partnership, monitoring, and outcome components. It can be used for designing the internal health-preservation policy of preschool educational institutions, improving the daily schedule, organizing partnerships with parents, and evaluating the quality of the educational environment, with a clear distinction between pedagogical observation and medical and psychological diagnostics.

Keywords: health-preserving technologies; preschool education; physical well-being; psycho-emotional well-being; physical activity; digital hygiene; family partnership.

Вступ

Актуальність проблеми. Дошкільний вік є періодом інтенсивного фізичного, нервово-психічного, емоційного, мовленнєвого та соціального розвитку дитини. Саме в цей час формуються базові рухові навички, способи емоційного реагування, первинні уявлення про здоров'я, безпеку, харчування, відпочинок, особисту гігієну і взаємодію з іншими людьми. Тому здоров'язбережувальна діяльність ЗДО не може розглядатися як додатковий або епізодичний напрям діяльності. Вона має бути наскрізною характеристикою освітнього процесу, організації середовища та щоденного спілкування дорослого з дитиною.

Сучасне розуміння здоров'я охоплює не лише відсутність захворювань, а й фізичне функціонування, психоемоційну рівновагу, соціальне благополуччя, відчуття безпеки, можливість активно гратися, навчатися, взаємодіяти і будувати позитивні стосунки. Особливого значення це набуває в сучасних умовах, коли на розвиток дітей впливають повітряні тривоги, вимушене переміщення родин, порушення звичного розпорядку дня, перебування в укриттях, емоційне напруження дорослих та тривалий досвід небезпеки. Педагог не встановлює медичних чи психологічних діагнозів, однак повинен створювати передбачуване, доброзичливе й безпечне середовище, своєчасно помічати стійкі зміни у поведінці дитини та організовувати взаємодію з батьками, практичним психологом і медичним працівником.

Нормативна база України посилює увагу до цілісного розвитку й охорони здоров'я дошкільників. Закон України «Про дошкільну освіту» визначає розвиток, виховання, навчання, соціалізацію та формування життєвих компетентностей серед ключових орієнтирів дошкільної освіти (Верховна Рада України, 2024). Базовий компонент дошкільної освіти передбачає формування рухової і здоров'язбережувальної компетентностей, пов'язаних із досвідом безпечної поведінки, руховою активністю, гігієною, харчуванням і відпочинком (Міністерство освіти і науки України, 2021). Затверджені у 2025 році документи щодо охорони здоров'я вихованців і Державного стандарту дошкільної освіти актуалізують взаємозв'язок фізкультурного, особистісного, соціального, природничого та інших напрямів розвитку (Кабінет Міністрів України, 2025a; Кабінет Міністрів України, 2025b).

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У вітчизняній педагогічній науці здоров'язбережувальна компетентність дитини дошкільного віку розглядається як інтегрована характеристика, що охоплює знання про здоров'я, ціннісне ставлення до нього, практичні навички й здатність обирати безпечну поведінку в доступних життєвих ситуаціях. Т. Андрющенко обґрунтовує необхідність поєднання когнітивного, мотиваційного, емоційно-ціннісного та практично-поведінкового компонентів, оскільки дитина має не лише знати правила, а й щоденно діяти відповідно до них у грі, спілкуванні, самообслуговуванні та руховій активності (Андрющенко, 2015).

О. Мондич аналізує здоров'язбережувальні технології в інклюзивних групах ЗДО і підкреслює потребу враховувати індивідуальні можливості дітей, поєднувати фізкультурно-оздоровчі, корекційно-розвивальні та педагогічні засоби, а також забезпечувати професійну готовність вихователя (Мондич, 2024). Є. Кара акцентує, що рухова компетентність дошкільника не обмежується технікою виконання вправ: вона включає інтерес до руху, уміння використовувати рухові навички у грі, розвиток фізичних якостей, упевненість у власних можливостях і дотримання правил безпеки (Кара, 2024).

Міжнародні дослідження підтверджують значення фізичної активності, вільної гри, якісного сну, харчування та партнерства із сім'єю. Систематичний огляд В. Карсон та співавторів виявив переважно позитивні зв'язки між фізичною активністю дітей раннього віку і показниками моторного, когнітивного, психосоціального та кардіометаболічного здоров'я (Carson et al., 2017). Т. Гінклі та колеги пов'язують активність дошкільників із перспективами соціального й емоційного благополуччя, хоча наголошують на неоднорідності доказів (Hinkley et al., 2014). Р. Лі та співавтори показують потенціал неструктурованої гри для фізичного, соціального й емоційного розвитку, якщо середовище є безпечним, різноманітним і не надмірно контрольованим дорослими (Lee et al., 2020).

Логічним продовженням цих ідей є природоорієнтована дошкільна освіта як чинник розвитку саморегуляції, соціальних навичок, творчості та емоційного благополуччя вихованців. Водночас А. Джонстон та співавтори застерігають, що природне середовище не слід подавати як універсальний лікувальний засіб; воно є сприятливим компонентом освітнього простору за умови оцінювання ризиків і педагогічної підтримки (Johnstone et al., 2022). Дослідження І. ван де Колк та співавторів засвідчує, що програми у закладах ранньої освіти мають кращі результати тоді, коли передбачають безпосередню і змістовну участь батьків (van de Kolk et al., 2019).

Окрім фізичної та ігрової активності, у фокусі прискіпливої уваги дослідників перебувають такі чинники благополуччя дитини, як збалансоване харчування, якісний сон та обмеження екранного часу. Кокранівський огляд здорового харчування в закладах ранньої освіти показує помірний потенціал таких програм, однак наголошує, що стійкі зміни неможливі без послідовної політики закладу, відповідного меню та участі дорослих (Yoong et al., 2023). Огляд Н. Стігліц і Р. Вінера вказує на зв'язок надмірної екранної взаємодії з низкою несприятливих показників здоров'я і благополуччя дітей та підлітків (Stiglic & Viner, 2019). Міжнародне дослідження К. Чонга та співавторів засвідчує, що лише частина дітей віком три-чотири роки одночасно дотримується рекомендацій щодо рухової активності, екранного часу та сну (Chong et al., 2024).

Документи ВООЗ і ЮНІСЕФ підтримують інтегрований підхід. Рекомендації ВООЗ пропонують розглядати фізичну активність, малорухливу поведінку і сон дітей до п'яти років у межах 24-годинного добового дня (World Health Organization, 2019). Ця

ідея координується з Рамковою концепцією дбайливого догляду (Nurturing Care Framework), яка гармонійно поєднує питання фізичного здоров'я, повноцінного харчування, чуйного піклування, безпеки та стимулювання раннього навчання дітей (World Health Organization et al., 2018).

Виділення невирішеної частини проблеми. Аналіз наукових джерел засвідчує, що окремі складники здоров'язбереження у дошкільній освіті досліджено достатньо повно: рухову активність, формування гігієнічних навичок, харчову поведінку, природоорієнтовані підходи, партнерство із сім'єю, цифрову гігієну та інклюзивні адаптації. Водночас у практиці ЗДО ці напрями нерідко функціонують розрізнено, як окремі заходи або тематичні тижні, що не завжди змінюють щоденне середовище дитини.

Попри дослідження, інтеграція здоров'язбережувальних технологій в освітній процес є проблематичною. Нагальним є їх повсякденне впровадження у межах педагогічної компетентності, переосмислення моніторингу та диференціація відповідальності педагога. Для уникнення формалізму необхідно оптимізувати командну взаємодію вихователів, медиків, психологів і батьків.

Мета статті полягає в теоретичному обґрунтуванні інтегрованого застосування здоров'язбережувальних технологій у ЗДО та визначенні педагогічних умов, організаційної моделі й критеріїв результативності цієї діяльності. Для досягнення мети передбачено уточнити зміст поняття «здоров'язбережувальні технології у закладі дошкільної освіти», систематизувати їх основні групи, визначити умови ефективного впровадження, запропонувати структурно-функціональну модель і окреслити показники її педагогічного оцінювання.

Наукова новизна дослідження полягає в узагальненні здоров'язбережувальних технологій як інтегрованої системи повсякденної діяльності ЗДО, що поєднує фізкультурно-оздоровчий, організаційно-гігієнічний, психоемоційний, харчовий, цифрово-гігієнічний, природоорієнтований, інклюзивний і партнерський напрями. Запропоновано структурно-функціональну модель, у якій результативність пов'язується не з кількістю окремих заходів, а з якістю середовища, сталістю щоденних практик і здатністю дитини застосовувати доступні віку здоров'язбережувальні навички.

Практичне значення полягає в можливості використання запропонованих положень для проектування внутрішньої політики здоров'язбереження ЗДО, коригування розпорядку дня, планування рухової активності, організації психоемоційної підтримки дітей, налагодження партнерства з батьками та проведення педагогічного моніторингу якості освітнього середовища.

Методологія

Методи дослідження. У дослідженні використано комплекс теоретичних методів: аналіз законодавчих, нормативних і наукових джерел; порівняння українських та міжнародних підходів до здоров'язбереження дітей; систематизацію і класифікацію здоров'язбережувальних технологій; узагальнення результатів сучасних досліджень; педагогічне моделювання для побудови структурно-функціональної моделі інтегрованої діяльності ЗДО.

Джерела даних. Джерельну базу становлять чинні нормативно-правові документи України у сфері дошкільної освіти й охорони здоров'я дітей, Базовий компонент дошкільної освіти, міжнародні рекомендації ВООЗ та ЮНІСЕФ, сучасні українські педагогічні публікації, систематичні огляди й емпіричні дослідження з проблем фізичної активності, екранного часу, харчування, природоорієнтованої освіти, психоемоційного благополуччя та партнерства із сім'єю.

Інструменти аналізу. Інструментами аналізу стали змістовно-порівняльна матриця нормативних вимог і наукових підходів, класифікація груп здоров'язбережувальних технологій за провідною педагогічною функцією, логіко-структурне моделювання компонентів діяльності ЗДО, а також критеріальний аналіз можливих показників результативності без використання медичної чи психологічної діагностики педагогами.

Обмеження дослідження. Дослідження має теоретико-аналітичний характер і не містить експериментальної перевірки запропонованої моделі в конкретних ЗДО. Висновки ґрунтуються на аналізі нормативних документів і наукових публікацій, тому подальша апробація моделі потребує розроблення інструментарію педагогічного спостереження, залучення ЗДО різних типів, аналізу думок педагогів, батьків і дітей, а також оцінювання динаміки освітнього середовища в реальних умовах.

Результати

У межах статті здоров'язбережувальні технології в ЗДО визначаємо як цілісну систему науково обґрунтованих педагогічних, організаційно-гігієнічних, фізкультурно-оздоровчих, психоемоційних, профілактичних, безпекових, інклюзивних і партнерських дій, інтегрованих у повсякденну життєдіяльність дітей та спрямованих на збереження і зміцнення фізичного, психічного й соціального благополуччя, формування здоров'язбережувальної компетентності та запобігання чинникам ризику.

Таке визначення дає змогу уникнути двох крайнощів. Перша – надто вузьке ототожнення здоров'язбереження з ранковою гімнастикою, загартуванням або окремими вправами. Друга – надто широке трактування, коли будь-яка педагогічна дія оголошується здоров'язбережувальною без конкретної мети, механізму й критеріїв результативності. Інтегрований підхід передбачає, що здоров'я підтримується не окремим заняттям, а всією логікою дня: прийомом дітей, ранковим колом, грою, освітньою діяльністю, прогулянкою, харчуванням, підготовкою до сну, переходами між видами діяльності, реагуванням на тривогу, комунікацією з батьками і відновленням після конфліктів.

Ефективність здоров'язбережувальної діяльності ЗДО ґрунтується на принципах цілісності, дитиноцентризму, доказовості та партнерства. Психоемоційне благополуччя, рухова активність і гігієнічні навички вихованців формуються виключно в умовах безпечного, неавторитарного та емпатійного освітнього середовища.

Провідним інструментом цієї системи є фізкультурно-оздоровчі технології, які консолідують варіативні форми щоденного руху (від занять до самостійної гри). Їхня результативність визначається не кількістю заходів, а загальним обсягом добової рухової активності, мінімізацією статичного навантаження та орієнтацією на індивідуальний прогрес дитини.

Організаційно-гігієнічні та медико-профілактичні технології забезпечують оптимізацію розпорядку дня, дотримання санітарно-гігієнічних умов та профілактику травматизму. Функціонал вихователя обмежується моніторингом самопочуття дітей, наданням домедичної допомоги та інформуванням батьків і медиків, без права діагностування чи лікування.

Технології психоемоційного благополуччя інтегрують ігрові та релаксаційні методики (ранкові зустрічі, елементи артпедагогіки, дихальні вправи, осередки усамітнення). Цей інструментарій застосовується суто в межах педагогічної компетентності для саморегуляції та превенції конфліктів, не замінюючи професійну психотерапію.

Організаційно-гігієнічні та медико-профілактичні технології пов'язані з розпорядком дня, провітрюванням, освітленням, водним балансом, санітарним станом,

безпечним використанням меблів та обладнання, профілактикою інфекційних захворювань і травматизму. Вихователь може спостерігати за самопочуттям дитини, помічати зміни активності, апетиту чи настрою, інформувати відповідальних осіб і батьків, надавати домедичну допомогу в межах підготовки, але не встановлює діагнозів і не призначає лікування.

Технології підтримки психоемоційного благополуччя включають ранкові зустрічі, емоційні кола, ігри на розпізнавання емоцій, короткі вправи на дихання і розслаблення, казкотерапевтичні та артпедагогічні елементи, сенсорні паузи, осередок усамітнення, ритуали переходу між видами діяльності й відновлювальні бесіди після конфліктів. Вони мають застосовуватися обережно: педагогічне малювання або казка не є психотерапією, а дихальні вправи для дошкільників повинні бути короткими, ігровими та фізіологічно безпечними.

Технології формування здорової харчової поведінки передбачають спокійну атмосферу під час прийому їжі, відмову від примусового годування, залякування чи використання їжі як нагороди, поступове знайомство з новими продуктами, залучення дітей до сервірування, спостережень за рослинами, сюжетно-рольових ігор і бесід про харчування. Технології організації сну й відпочинку орієнтуються не на примушування кожної дитини заснути, а на створення умов для відновлення: зниження активності, передбачувану послідовність дій, тишу, провітрювання і повагу до індивідуальних відмінностей.

Цифрова гігієна є необхідним складником сучасного здоров'язбереження. Цифрові засоби можуть використовуватися для короткої демонстрації, слухання музики, комунікації або підтримки окремих освітніх завдань, але не повинні замінювати гру, рух, експериментування з предметами, спілкування та перебування на свіжому повітрі. Основними принципами є доцільність, короткотривалість, якість змісту, участь дорослого, чергування з активністю та недопущення використання цифрових технологій як постійного засобу заспокоєння.

Природоорієнтовані технології передбачають регулярне перебування на свіжому повітрі, спостереження за сезонними змінами, догляд за рослинами, ігри з природними матеріалами, елементарне дослідництво й творчість просто неба. Водночас природа не є простором без ризиків: потрібні оцінювання території, урахування погодних умов, стану покриття, якості повітря, наявності небезпечних предметів і індивідуальних особливостей дітей. Розумний ризик у грі варто відрізняти від небезпеки: подолання доступної перешкоди чи балансування розвиває координацію, але дорослий має усунути непередбачувані загрози.

Інклюзивні й корекційно-розвивальні технології забезпечують участь дітей з різними освітніми потребами у спільній діяльності. Адаптація може стосуватися темпу, інструкції, амплітуди рухів, сенсорного навантаження, освітлення, гучності, просторової організації або використання візуального розкладу. Корекційні вправи виконуються фахівцями відповідно до індивідуальної програми розвитку; вихователь закріплює доступні навички у повсякденних ситуаціях, але не замінює фізичного терапевта, логопеда, психолога чи лікаря.

Ця інтеграція зусиль є частиною системних вимог. Головні умови впровадження: політика здоров'язбереження, готовність педагогів, безпечне середовище, індивідуалізація, партнерство з батьками, взаємодія фахівців та моніторинг. Внутрішня політика має бути відображена в освітній програмі, річному плані, процедурах безпеки, організації харчування, підвищенні кваліфікації працівників і комунікації з батьками. Формальні пам'ятки не замінюють діалогу з родиною, а якісне середовище не зводиться до наявності окремого спортивного обладнання.

Для комплексної трансформації освітнього простору розроблено семикомпонентну структурно-функціональну модель інтегрованого застосування здоров'язбережувальних технологій (табл. 1). Компоненти моделі мають таку функціональну спрямованість: цільовий визначає пріоритет фізичного й психоемоційного благополуччя; діагностико-аналітичний та моніторинговий забезпечують немедичний аудит потреб дітей і якості середовища; змістовий та організаційно-діяльнісний інтегрують життєдіяльність дитини (рух, гігієну, безпеку, емоційну грамотність) у розпорядок дня; партнерський консолідує зусилля суб'єктів освітнього процесу; а результативний фіксує динаміку їхнього самопочуття та поведінки.

Таблиця 1

Структурно-функціональна модель інтегрованої здоров'язбережувальної діяльності ЗДО

Компонент	Змістове наповнення
Цільовий	Фізичне, психоемоційне і соціальне благополуччя дитини; формування здоров'язбережувальної компетентності.
Діагностико-аналітичний	Педагогічний аналіз розпорядку дня, середовища, ресурсів, потреб дітей і запитів батьків без медичного діагностування.
Змістовий	Рух, гігієна, харчування, сон, безпека, емоційна грамотність, цифрова гігієна, природа, інклюзивні адаптації.
Організаційно-діяльнісний	Інтеграція технологій у розпорядок дня, поєднання структурованої та вільної діяльності, варіативність і поступовість.
Партнерський	Узгоджені дії педагогів, адміністрації, психолога, медичного працівника, асистента вихователя, батьків та інших служб.
Моніторинговий	Спостереження за участю дітей, емоційним кліматом, доступністю руху, якістю комунікації, безпекою і цифровим навантаженням.
Результативний	Позитивна динаміка рухових, поведінкових, емоційно-соціальних та організаційно-середовищних показників.

Впровадження моделі доцільно здійснювати поетапно: спершу провести аудит наявних практик, потім визначити реалістичні цілі, підготувати працівників і простір, поступово інтегрувати технології у щоденну діяльність та періодично коригувати програму. Одночасне запровадження великої кількості нововведень може перевантажити педагогів і знизити сталість результатів, тому пріоритетом має бути не демонстративна насиченість заходами, а послідовність і відповідність реальним можливостям ЗДО.

Оцінювання результативності не повинно зводитися до вимірювання ваги, зросту, сили чи швидкості дітей. Доцільно застосовувати чотири групи критеріїв: рухово-діяльнісний, когнітивно-поведінковий, емоційно-соціальний та організаційно-середовищний. Методами можуть бути структуроване педагогічне спостереження, карти аналізу середовища, бесіди з дітьми, анкетування батьків і педагогів, самооцінювання працівників та управлінський моніторинг. Результати мають використовуватися для вдосконалення умов, а не для рейтингового порівняння чи стигматизації дітей.

Обговорення та інтерпретація результатів

Отримані результати дають підстави розглядати здоров'язбережувальні технології не як окремий вектор поряд з іншими освітніми напрямками, а як наскрізний принцип організації дошкільної освіти. Фізичне та психоемоційне благополуччя створює умови для пізнавальної, мовленнєвої, творчої і соціальної активності дитини. Тому якість здоров'язбереження визначається не кількістю проведених заходів, а тим, наскільки щоденний розпорядок дня підтримує рух, відпочинок, емоційну безпеку, безпечну поведінку, доступність середовища і партнерську взаємодію.

Особливо важливою є відмова від медикалізації дошкільної освіти. ЗДО не повинен перетворюватися на лікувальну установу, а педагог – на медичного чи психотерапевтичного працівника. Його професійна функція полягає у створенні безпечного середовища, педагогічному спостереженні, профілактиці, підтримці, своєчасному інформуванні батьків і залученні фахівців у межах їхньої компетентності.

Порівняння з іншими дослідженнями. Запропонований підхід узгоджується з рекомендаціями ВООЗ щодо 24-годинного добового розпорядку, у якому фізична активність, малорухлива поведінка і сон розглядаються взаємопов'язано. Він також відповідає рамковій концепції дбайливого догляду, де здоров'я, харчування, безпека, чуйні стосунки і раннє навчання становлять єдину систему підтримки розвитку дитини (World Health Organization, 2019; World Health Organization et al., 2018).

Результати систематичних оглядів підтверджують доцільність багатокomпонентних програм, які змінюють не лише поведінку дитини, а й освітнє середовище, практики педагогів і взаємодію з родиною (Asada et al., 2023; van de Kolk et al., 2019). Водночас наукові джерела застерігають від універсалізації окремих технологій: фізична активність, природоорієнтована освіта, харчові програми або цифрові обмеження дають кращий результат тоді, коли вони адаптовані до віку дітей, умов закладу, потреб родин і професійних можливостей педагогів.

Наукова новизна (розгорнуто). Розгорнута наукова новизна полягає в тому, що здоров'язбережувальна діяльність ЗДО подана як структурно організована система, у якій кожний компонент має власну функцію, але не може діяти ізольовано. Цільовий компонент визначає орієнтир розвитку; діагностико-аналітичний дає змогу побачити реальні умови закладу; змістовий систематизує напрями діяльності; організаційно-діяльнісний забезпечує їх включення у розпорядок дня; партнерський поєднує зусилля дорослих; моніторинговий підтримує якість освітнього процесу; результативний фіксує позитивну динаміку без стигматизації дітей.

На відміну від підходів, де здоров'язбереження переважно ототожнюється з фізкультурно-оздоровчими заходами, запропонована модель включає психоемоційний, цифрово-гігієнічний, інклюзивний, природоорієнтований і партнерський виміри. Це дає змогу враховувати сучасний контекст дитинства, зокрема безпекові виклики, зростання екранної взаємодії, потребу в емоційній підтримці та необхідність професійного розмежування педагогічних, медичних і психологічних функцій.

Практичне значення (розгорнуто). Розгорнуте практичне значення полягає в тому, що запропоновані положення можуть бути використані адміністрацією ЗДО для моніторингу наявних практик, розроблення внутрішньої політики здоров'язбереження, оновлення освітньої програми, планування підвищення кваліфікації педагогів і коригування розпорядку дня. Для вихователів модель може слугувати орієнтиром під час добору ігор, вправ, ритуалів, способів емоційної підтримки, цифрових засобів і форм комунікації з батьками.

Для практичних психологів, медичних працівників, інструкторів з фізичної культури та асистентів вихователя модель окреслює простір міжпрофесійної взаємодії. Вона допомагає уникати дублювання функцій, узгоджувати педагогічні спостереження

з фаховими рекомендаціями, щодо адаптації дітей з особливими освітніми потребами та підтримувати батьків без звинувачення чи формального інформування. Для родин практичне значення полягає в отриманні зрозумілих і реалістичних практик щодо руху, сну, цифрової гігієни, харчування та емоційного спілкування.

Висновки

Здоров'язбережувальні технології в закладі дошкільної освіти доцільно розглядати як цілісну систему педагогічних, організаційно-гігієнічних, фізкультурно-оздоровчих, психоемоційних, профілактичних, безпекових, інклюзивних і партнерських дій, а не як набір окремих вправ або тематичних заходів. Їхня результативність визначається тим, наскільки здоров'язбережувальна логіка пронизує весь розпорядок дня: рух, гру, освітню діяльність, харчування, сон, відпочинок, комунікацію, перебування на природі, цифрову взаємодію і реагування на небезпечні ситуації. У цьому полягає принципова відмінність інтегрованого підходу від фрагментарної оздоровчої діяльності.

Інтегроване застосування здоров'язбережувальних технологій передбачає обов'язкове поєднання фізичного та психоемоційного благополуччя. Рухова активність, гігієна, харчування, сон і безпека не можуть бути ефективними без чуйної взаємодії, передбачуваності, прийняття емоцій, ненасильницької комунікації та своєчасного залучення фахівців. Водночас підтримка психоемоційного стану дитини не повинна підмінятися аматорською психотерапією або медикалізацією дошкільної освіти. Професійна роль вихователя полягає у створенні здорових умов, педагогічному спостереженні, профілактиці, підтримці й партнерській комунікації.

Запропонована структурно-функціональна модель може бути використана як основа для розроблення програми здоров'язбережувальної діяльності конкретного ЗДО. Її практична цінність полягає у можливості поєднати цілі, зміст, організацію, партнерство, моніторинг і результативність в одному управлінсько-педагогічному циклі. Такий підхід допомагає адміністрації і педагогам бачити не лише окремі заходи, а й якість середовища загалом.

Критеріями результативності мають бути рухово-діяльнісні, когнітивно-поведінкові, емоційно-соціальні та організаційно-середовищні показники. Оцінювання не повинно перетворюватися на порівняння дітей або встановлення не властивих педагогу діагнозів. Його призначення – виявляти сильні сторони й проблемні місця середовища, уточнювати потреби дітей, підтримувати педагогів і вдосконалювати взаємодію з родинами.

Перспективи досліджень полягають в апробації моделі, створенні діагностичних карт, вивченні технологій психосоціальної підтримки в умовах війни, цифрової гігієни, інклюзії та профілактики вигорання педагогів.

Список використаних джерел

1. Андрющенко, Т. К. (2015). Теоретико-методичні засади формування здоров'язбережувальної компетентності в дітей дошкільного віку (дис. ... д-ра пед. наук). Одеса. URL:

<http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/214/1/%d0%90%d0%bd%d0%b4%d1%80%d1%8e%d1%89%d0%b5%d0%bd%d0%ba%d0%be %d0%a2.%d0%9a.%20.pdf>

2. Кабінет Міністрів України. (2025a). Про затвердження переліку обов'язкових заходів з охорони здоров'я вихованців закладів дошкільної освіти та вимог до медичного осередку, ізолятора та медичного кабінету закладу дошкільної освіти (Постанова № 1080, 3 вересня 2025 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1080-2025-%D0%BF#Text>

3. Кабінет Міністрів України. (2025b). Про затвердження Державного стандарту дошкільної освіти (Постанова № 1557, 26 листопада 2025 р.). URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-derzhavnoho-standartu-doshkilnoi-osvity-1557-261125>
4. Кара, Є. М. (2024). Формування рухової компетентності дошкільників в умовах закладу дошкільної освіти. *Інноваційна педагогіка*, 68(2), 208–212. URL: https://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2024/68/part_2/45.pdf
5. Міністерство освіти і науки України. (2021). Про затвердження Базового компонента дошкільної освіти (Державного стандарту дошкільної освіти), нова редакція (Наказ № 33, 12 січня 2021 р.). URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MUS34727>
6. Мондич, О. (2024). Здоров'язбережувальні технології закладів дошкільної освіти з інклюзивними групами, зокрема, з порушеннями мовленнєвого розвитку. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету. Серія: Педагогічні науки*, 66, 181–189. URL: <https://visnyk.idgu.edu.ua/index.php/nv/article/view/830>
7. Верховна Рада України. (2024). Про дошкільну освіту (Закон України № 3788-IX, 6 червня 2024 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3788-20#Text>
8. Asada, Y., Lin, S., Siegel, L., & Kong, A. (2023). Facilitators and barriers to implementation and sustainability of nutrition and physical activity interventions in early childcare settings: A systematic review. *Prevention Science*, 24(1), 64–83. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01436-7>
9. Carson, V., Lee, E. Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., Stearns, J. A., Unrau, S. P., Poitras, V. J., Gray, C., Adamo, K. B., Janssen, I., Okely, A. D., Spence, J. C., Timmons, B. W., & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17, 854. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4860-0>
10. Chong, K. H., Suesse, T., Cross, P. L., et al. (2024). Pooled analysis of physical activity, sedentary behavior, and sleep among children from 33 countries. *JAMA Pediatrics*, 178(11), 1199–1207. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39348138/>
11. Hinkley, T., Teychenne, M., Downing, K. L., Ball, K., Salmon, J., & Hesketh, K. D. (2014). Early childhood physical activity, sedentary behaviors and psychosocial well-being: A systematic review. *Preventive Medicine*, 62, 182–192. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24534461/>
12. Johnstone, A., Martin, A., Cordovil, R., Fjørtoft, I., Iivonen, S., Jidovtseff, B., Lopes, F., Reilly, J. J., Thomson, H., Wells, V., & McCrorie, P. (2022). Nature-based early childhood education and children's social, emotional and cognitive development: A mixed-methods systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5967. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19105967>
13. Lee, R. L. T., Lane, S., Brown, G., Leung, C., Kwok, S. W. H., & Chan, S. W. C. (2020). Systematic review of the impact of unstructured play interventions to improve young children's physical, social, and emotional wellbeing. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 184–196. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32358875/>
14. Stiglic, N., & Viner, R. M. (2019). Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: A systematic review of reviews. *BMJ Open*, 9, e023191. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023191>
15. UNICEF Ukraine. (2024). Mental health and psychosocial support: Integrated programming promoting the well-being of children and their families. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/en/documents/mental-health-and-psychosocial-support-0>

16. van de Kolk, I., Verjans-Janssen, S. R. B., Gubbels, J. S., Kremers, S. P. J., & Gerards, S. M. P. L. (2019). Systematic review of interventions in the childcare setting with direct parental involvement: Effectiveness on child weight status and energy balance-related behaviours. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16, 110. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0874-6>
17. World Health Organization. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>
18. World Health Organization. (2021). Standards for healthy eating, physical activity, sedentary behaviour and sleep in early childhood education and care settings: A toolkit. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032255>
19. World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. URL: <https://www.who.int/public>
20. Yoong, S. L., Lum, M., Jones, J., et al. (2023). Healthy eating interventions delivered in early childhood education and care settings for improving the diet of children aged six months to six years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

References

1. Andriushchenko, T. K. (2015). Theoretical and methodological foundations of developing health-preserving competence in preschool children (Doctoral dissertation). Odesa. Retrieved from http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/214/1/%d0%90%d0%bd%d0%b4%d1%80%d1%8e%d1%89%d0%b5%d0%bd%d0%ba%d0%be_%d0%a2.%d0%9a.%20.pdf [in Ukrainian].
2. Asada, Y., Lin, S., Siegel, L., & Kong, A. (2023). Facilitators and barriers to implementation and sustainability of nutrition and physical activity interventions in early childcare settings: A systematic review. *Prevention Science*, 24(1), 64–83. <https://doi.org/10.1007/s1121-022-01436-7> [in the United States].
3. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2025a). On approval of the list of mandatory health protection measures for pupils of preschool education institutions and requirements for the medical unit, isolation room and medical office of a preschool education institution (Resolution No. 1080, September 3, 2025). Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/go/1080-2025-%D0%BF> [in Ukrainian].
4. Cabinet of Ministers of Ukraine. (2025b). On approval of the State Standard of Preschool Education (Resolution No. 1557, November 26, 2025). Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1080-2025-%D0%BF#Text> [in Ukrainian].
5. Carson, V., Lee, E. Y., Hewitt, L., Jennings, C., Hunter, S., Kuzik, N., Stearns, J. A., Unrau, S. P., Poitras, V. J., Gray, C., Adamo, K. B., Janssen, I., Okely, A. D., Spence, J. C., Timmons, B. W., & Tremblay, M. S. (2017). Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health*, 17, 854. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4860-0> [in the United Kingdom].
6. Chong, K. H., Suesse, T., Cross, P. L., et al. (2024). Pooled analysis of physical activity, sedentary behavior, and sleep among children from 33 countries. *JAMA Pediatrics*, 178(11), 1199–1207. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39348138/> [in the United States].

7. Hinkley, T., Teychenne, M., Downing, K. L., Ball, K., Salmon, J., & Hesketh, K. D. (2014). Early childhood physical activity, sedentary behaviors and psychosocial well-being: A systematic review. *Preventive Medicine*, 62, 182–192. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24534461/> [in the United States].
8. Johnstone, A., Martin, A., Cordovil, R., Fjørtoft, I., Iivonen, S., Jidovtseff, B., Lopes, F., Reilly, J. J., Thomson, H., Wells, V., & McCrorie, P. (2022). Nature-based early childhood education and children's social, emotional and cognitive development: A mixed-methods systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5967. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105967> [in Switzerland].
9. Kara, Ye. M. (2024). Formation of motor competence of preschoolers in preschool education institutions. *Innovative Pedagogy*, 68(2), 208–212. Retrieved from https://www.innovpedagogy.od.ua/archives/2024/68/part_2/45.pdf [in Ukrainian].
10. Lee, R. L. T., Lane, S., Brown, G., Leung, C., Kwok, S. W. H., & Chan, S. W. C. (2020). Systematic review of the impact of unstructured play interventions to improve young children's physical, social, and emotional wellbeing. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 184–196. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32358875/> [in Australia].
11. Ministry of Education and Science of Ukraine. (2021). On approval of the Basic Component of Preschool Education (State Standard of Preschool Education), new edition (Order No. 33, January 12, 2021). Retrieved from <https://ips.ligazakon>. [in Ukrainian].
12. Mondych, O. (2024). Health-preserving technologies of preschool education institutions with inclusive groups, in particular with speech development disorders. *Scientific Bulletin of Izmail State University of Humanities. Series: Pedagogical Sciences*, 66, 181–189. Retrieved from <https://visnyk.idgu.edu.ua/index.ph> [in Ukrainian].
13. Stiglic, N., & Viner, R. M. (2019). Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: *A systematic review of reviews*. *BMJ Open*, 9, e023191. <https://doi.org/10.1136/> [in the United Kingdom].
14. UNICEF Ukraine. (2024). Mental health and psychosocial support: Integrated programming promoting the well-being of children and their families. Retrieved from <https://www.unicef.org/ukraine/en/documents/mental-health-and-p> [in Ukrainian].
15. van de Kolk, I., Verjans-Janssen, S. R. B., Gubbels, J. S., Kremers, S. P. J., & Gerards, S. M. P. L. (2019). Systematic review of interventions in the childcare setting with direct parental involvement: Effectiveness on child weight status and energy balance-related behaviours. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16, 110. <https://doi.org/10.1186/> [in the United Kingdom].
16. Verkhovna Rada of Ukraine. (2024). On preschool education (Law of Ukraine No. 3788-IX, June 6, 2024). Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3788-20#Text> [in Ukrainian].
17. World Health Organization. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/ite> [in Switzerland].
18. World Health Organization. (2021). Standards for healthy eating, physical activity, sedentary behaviour and sleep in early childhood education and care settings: A toolkit. Retrieved from <https://www.who.int/publicatio> [in Switzerland].
19. World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Retrieved from <https://www.who.int/public> [in Switzerland / in the United States].
20. Yoong, S. L., Lum, M., Jones, J., et al. (2023). Healthy eating interventions delivered in early childhood education and care settings for improving the diet of children aged six

months to six years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.> [in the United Kingdom].