

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

**РОЗРОБКА ПРОГРАМИ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ДІТЕЙ
ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ ВНАСЛІДОК
ОБМЕЖЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ В УМОВАХ ВОЄННИХ ДІЙ**

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав: здобувачка II курсу
спеціальності 227 Терапія та реабілітація
спеціалізація 227.01 Фізична терапія
Освітньо-професійної програми
«Фізична реабілітація»
Кухар Христина Степанівна

Керівники: кандидатка біологічних наук,
доцентка Лаврикова Оксана Валентинівна;
викладач Фурсенко Артемій Олександрович

Рецензент кандидатка наук з фізичного
виховання і спорту, доцентка кафедри
фізичного виховання спортивної медицини та
ерготерапії Івано-Франківського
національного медичного університету,
фізична терапевтка центру реабілітації «Рух
без болю» Зінченко Наталія Миколаївна

Івано-Франківськ, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
Розділ 1. Теоретичні аспекти порушення постави у дітей дошкільного віку.....	7
1.1. Анатомо-фізіологічні особливості постави у дітей.....	7
1.2. Причини і механізми розвитку порушень постави.....	10
1.3. Вплив обмеженої рухової активності на опорно-руховий апарат.....	12
1.4. Психоемоційні та соціальні аспекти війни як чинник ризику для здоров'я дітей.....	16
Розділ 2. Аналіз сучасних підходів до фізичної терапії при порушеннях постави.....	19
2.1. Методи діагностики та оцінки постави у дошкільників.....	19
2.2. Існуючі програми та методики фізичної терапії.....	22
2.3. Роль сім'ї, педагогів та міждисциплінарної команди у процесі терапії.....	26
Розділ 3. Розробка та впровадження програми фізичної терапії.....	30
3.1. Принципи побудови індивідуальної програми.....	30
3.2. Структура, етапи та зміст програми фізичної терапії.....	32
3.3. Організація занять в умовах обмеженого простору та безпечного середовища.....	37
3.4. Оцінка ефективності програми фізичної терапії.....	39
Розділ 4. Експериментальна перевірка ефективності програми.....	42
4.1. Організація та методи дослідження.....	42
4.2. Оцінка стану постави до та після впровадження програми.....	45
4.3. Рекомендації для практичного впровадження програми фізичної терапії.....	49
ВИСНОВКИ.....	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	53
ДОДАТКИ.....	56
Додаток А. Анкета для батьків дитини дошкільного віку.....	56
Додаток Б. Шаблони оцінки для фізичної терапії дошкільників.....	58

Додаток В. Готові комплекси та системи вправ корекційної гімнастики.....	60
Додаток Г. Інструктаж для батьків щодо підтримки правильної постави у дітей дошкільного віку.....	62

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасних умовах збройного конфлікту в Україні значна кількість дітей змушена жити в обмеженому просторі — укриттях, тимчасових притулках, евакуаційних центрах або в умовах вимушеного переміщення. Така ситуація значно впливає на рівень фізичної активності дітей, особливо дошкільного віку — періоду, який є критично важливим для формування правильної постави та гармонійного розвитку опорно-рухового апарату [2].

Порушення постави у дітей дошкільного віку дедалі частіше спостерігається як наслідок гіподинамії, емоційного стресу та недостатнього доступу до фізичної активності. Нестача організованих рухових навантажень, порушення режиму дня, тривале перебування в малорухомому стані сприяють розвитку таких патологічних станів, як сколіоз, кіфоз, порушення м'язового тону та асиметрія тіла [4;12].

У зв'язку з цим зростає потреба в адаптованих програмах фізичної терапії, які можна реалізувати навіть у складних умовах, з урахуванням обмежень простору, доступу до обладнання та психоемоційного стану дитини. Важливо не лише відновити фізичне здоров'я, а й забезпечити підтримку соціального та емоційного благополуччя дитини [13;14;18].

Метою даної роботи є розробка ефективної програми фізичної терапії для дітей дошкільного віку з порушеннями постави, яка може бути застосована в умовах воєнних дій та обмеженої рухової активності. Робота передбачає аналіз причин порушень постави, оцінку сучасних методів корекції та експериментальну перевірку ефективності запропонованої програми.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: кваліфікаційна робота виконана у межах функціонування ініціативної науково-дослідної роботи кафедри фізичної терапії та ерготерапії «Технології фізичної терапії та ерготерапії в клінічній і спортивній медицині» (Державний реєстраційний № 0123U102176) і теми проблемної групи «Застосування традиційних та нетрадиційних методів фізичної реабілітації при різних нозологіях».

Мета дослідження - розробити та експериментально обґрунтувати програму фізичної терапії для дітей дошкільного віку з порушеннями постави, спричиненими обмеженням рухової активності в умовах воєнних дій.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати анатомо-фізіологічні особливості формування постави у дітей дошкільного віку.
2. Визначити основні чинники, що спричиняють порушення постави в умовах гіподинамії та психоемоційного стресу.
3. Дослідити сучасні підходи до фізичної терапії при порушеннях постави у дітей.
4. Розробити адаптовану програму фізичної терапії з урахуванням умов обмеженої рухової активності.
5. Експериментально перевірити ефективність запропонованої програми та оцінити її вплив на показники стану постави дітей.

Об'єкт дослідження - фізичне здоров'я дітей дошкільного віку з порушеннями постави.

Предмет дослідження - зміст, структура та ефективність програми фізичної терапії для дітей дошкільного віку в умовах обмеженої рухової активності.

Методи дослідження:

- теоретичний аналіз наукових джерел;
- медико-біологічні методи (антропометрія, постурографія, тестування рухових функцій);
- педагогічне спостереження;
- методи статистичної обробки результатів;
- експериментальне впровадження та оцінка ефективності програми.

Наукова новизна дослідження. Уперше розроблено та апробовано програму фізичної терапії, адаптовану до умов війни та обмеженої рухової активності, з урахуванням сучасних вимог до реабілітації дошкільників із порушеннями постави.

Виявлено специфіку впливу гіподинамії та стресу на розвиток постуральних порушень у дітей в умовах надзвичайних ситуацій.

Практичне значення дослідження. Результати роботи можуть бути використані у практиці фізичних терапевтів, педагогів, вихователів, психологів та батьків для організації занять з дітьми у складних побутових та соціальних умовах. Розроблена програма сприяє профілактиці і корекції порушень постави, не потребуючи спеціального обладнання чи великого простору.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, додатків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

1.1. Анатомо-фізіологічні особливості постави у дітей

Постава — це звична поза людини у спокої та під час руху, яка формується під впливом багатьох чинників: генетичних, морфофункціональних, соціальних, психоемоційних. У дошкільному віці (3–6 років) закладається фундамент для формування правильної постави, що зумовлено активним ростом організму, розвитком м'язово-зв'язкового апарату, удосконаленням координації рухів. Саме в цей період розвитку організму формуються найважливіші моторні стереотипи, від яких залежить стан хребта та м'язово-зв'язкового апарату в подальшому житті [12; 16].

Особливостями постави дітей цього віку є:

- нестабільність хребтового стовпа через незрілий стан міжхребцевих дисків та слабкий м'язовий корсет;
- гіпермобільність суглобів;
- виражена лордозо-кіфозна будова хребта, яка ще перебуває у стадії формування;
- швидка втомлюваність при статичних навантаженнях.

Опорно-рухова система дітей дошкільного віку дуже пластична та водночас вразлива до зовнішніх впливів, зокрема — тривалої гіподинамії або перевантажень.

Структурні особливості хребта у дошкільників. У новонародженого хребет має вигляд дуги, вигнутої назад (кіфоз), що відповідає внутрішньоутробному положенню тіла. Протягом перших років життя поступово формуються фізіологічні вигини хребта:

- Шийний лордоз виникає після 2–3 місяців, коли дитина починає тримати голову.
- Грудний кіфоз поступово закріплюється ближче до 6 місяців.

- Поперековий лордоз формується ближче до 1 року — в період, коли дитина вчиться стояти та ходити.

На момент дошкільного віку вигини хребта ще не досягають остаточної стабільності, а отже, залишаються чутливими до впливу зовнішніх чинників: малорухливого способу життя, неправильного положення тіла, асиметричного навантаження тощо. Занадто глибокі або, навпаки, згладжені вигини можуть свідчити про функціональні відхилення у формуванні постави [11].

Особливості будови опорно-рухового апарату у дітей дошкільного віку ще не завершено формування скелету, кісткова тканина має велику частку хрящових елементів. Це забезпечує гнучкість, але водночас підвищує ризик деформацій при тривалому статичному навантаженні.

М'язова система перебуває у стадії активного розвитку. Типовими особливостями м'язів є:

- Низький рівень сили та витривалості;
- Недостатній розвиток м'язів-стабілізаторів тулуба (живота, спини, сідниць);
- Дисбаланс між м'язами-антагоністами — наприклад, переважання згиначів над розгиначами.

Через це дошкільники швидко втомлюються у статичних позах (наприклад, сидіння), часто змінюють положення тіла, інстинктивно шукаючи більш зручну позу, що може мати неправильний постуральний характер.

Роль нервової системи в регуляції постави важлива. Постава контролюється не лише м'язами, а й центральною нервовою системою. У дошкільному віці активно розвиваються такі функції як: координація, рівновага, просторове орієнтування, що напряду впливає на стабільність і правильність постави [15].

Особливості регуляції постави в цьому віці:

- Недостатньо сформовані механізми автоматичного утримання рівноваги;
- Висока залежність від зорового контролю;
- Повільне закріплення постуральних шаблонів;

- Значна роль наслідування (дитина копіює поставу дорослих або однолітків).

Вплив на постуральну регуляцію мають також емоційні фактори: страх, тривожність, сором'язливість можуть проявлятися через захисну сутулість, опущені плечі, нахил голови.

Функціональні аспекти формування постави мають певні особливості. У дітей 3–6 років основними видами рухової активності є ходьба, біг, стрибки, лазіння, ігри. Завдяки цій руховій активності поступово зміцнюється м'язовий корсет, розвивається координація та просторове відчуття тіла. Однак у разі недостатнього фізичного навантаження (малорухливий спосіб життя, обмеження через хвороби, війна або інші соціальні чинники) порушується баланс між статичними й динамічними навантаженнями, що призводить до неправильного формування постави [21; 34].

Також варто враховувати фактори навколишнього середовища: неправильна висота меблів, асиметричне носіння рюкзаків, тривале сидіння перед екранами — усе це негативно впливає на процес формування правильної постави.

Таким чином, постава у дітей дошкільного віку є динамічною і незрілою структурою, що потребує постійного розвитку, рухової активності й правильного середовища. Будь-які зовнішні або внутрішні відхилення у цьому віці можуть стати передумовою до формування стійких порушень постави в майбутньому. Розуміння анатомо-фізіологічних особливостей цього періоду є ключовим для своєчасної профілактики та корекції постуральних порушень.

1.2. Причини і механізми розвитку порушень постави у дітей дошкільного віку

Правильна постава є результатом гармонійного розвитку опорно-рухової, м'язової, нервової та сенсорної систем дитини. У дошкільному віці постава ще не є сталою, тому будь-який зовнішній або внутрішній чинник, що порушує баланс між навантаженням та адаптаційними можливостями організму, може призвести до її деформації. Порушення постави — це функціональні або структурні зміни у положенні тіла, які виникають у стані спокою або під час руху [17; 25; 36].

Основні причини порушень постави у дітей дошкільного віку.

1. Гіподинамія (недостатня рухова активність)

Дефіцит активних рухів призводить до:

- ослаблення м'язів-стабілізаторів тулуба (живота, спини, плечового пояса),
- порушення тонусно-силового балансу між антагоністами,
- зниження функціональних резервів організму.

Така ситуація характерна для дітей, які багато часу проводять перед екранами, мало гуляють або не мають організованої фізичної активності.

2. Неправильна організація середовища

- Невідповідна висота меблів, зокрема стільців і столів, призводить до сутулості, нахилів голови, асиметрії плечей.
- Одностороннє носіння рюкзака або сумки спричиняє перевантаження однієї половини тулуба.
- Недостатнє або надмірне навантаження — наприклад, спроби виконувати рухи, не відповідні віку або фізичним можливостям.

3. Психоемоційні фактори. Емоційна нестабільність, страхи, низька самооцінка можуть відображатись у вигляді захисних тілесних позицій: опущені плечі, згорбленість, нахил голови. У таких дітей постава може відображати психологічну втому, тривожність або невпевненість.

4. Наслідування і неправильні рухові шаблони. У цьому віці діти активно копіюють дорослих або однолітків. Якщо в родині присутні постуральні проблеми, дитина може

інстинктивно переймати ті ж рухові та статичні звички, зокрема неправильне сидіння, сутулість, підгинання ноги тощо.

5. Неврологічні або соматичні відхилення. Навіть незначні затримки у розвитку нервової системи можуть впливати на:

- регуляцію рівноваги,
- координацію,
- м'язовий тонус,
- здатність утримувати симетричне положення тіла.

Деякі соматичні хвороби (наприклад, хронічний тонзиліт, проблеми з зором, плоскостопість) також сприяють виникненню компенсаторних викривлень постави.

Механізми розвитку порушень постави різноманітні. Порушення постави формується поступово і, як правило, починається з функціональних змін:

1. М'язовий дисбаланс

У нормі постава підтримується завдяки рівновазі між м'язами-антагоністами: згиначами і розгиначами тулуба, ший, кінцівок. Якщо одна з груп ослаблена (наприклад, м'язи живота), інша (наприклад, м'язи попереку) бере на себе більшу частину навантаження, що призводить до:

- компенсаторних змін у положенні таза,
- надмірного лордозу чи кіфозу,
- зміщення центру ваги.

2. Порушення стереотипів руху

У дітей дошкільного віку активно формуються стереотипи рухової поведінки. Якщо на цьому етапі дитина починає неправильно ходити, сидіти чи стояти — ці моделі закріплюються. Надалі їх складніше змінити.

3. Відсутність або затримка формування рефлексів рівноваги

Недостатній розвиток вестибулярного апарату призводить до порушення координації та стабільності. Дитина не може самостійно втримувати рівновагу в незвичних положеннях, постійно змінює позу, «зависає» на одному боці.

4. Порушення біомеханіки тіла

У разі асиметричного навантаження (наприклад, через плоскостопість, різну довжину ніг, носіння важких предметів в одній руці) порушується нормальний розподіл ваги, що провокує деформацію хребта й таза.

Найпоширеніші типи порушень постави у дошкільників:

- сутулість (поглиблений грудний кіфоз);
- лордоз (надмірний прогин у попереку);
- плоска спина (згладжені фізіологічні вигини);
- сколіотична постава (асиметрія плечей, лопаток, таза).

Усі ці порушення спочатку мають функціональний характер, але при відсутності втручання можуть перейти в структурні (стійкі) деформації [19, 26].

Отже, причини порушень постави у дітей дошкільного віку є комплексними та взаємопов'язаними. Вони охоплюють як фізичні, так і психоемоційні чинники, що впливають на розвиток рухових навичок і формування тілесного шаблону. Раннє виявлення таких порушень і цілеспрямована корекція допоможуть запобігти розвитку хронічних захворювань хребта в майбутньому.

1.3. Вплив обмеженої рухової активності на опорно-руховий апарат

Гіподинамія, особливо тривала, негативно впливає на всі ланки опорно-рухового апарату:

- знижується тонус м'язів, що утримують хребет у правильному положенні;
- відбувається порушення кровообігу в м'язах і суглобах, що веде до їх слабкості та деградації;
- зростає ризик розвитку контрактур, деформацій та обмеження рухливості у суглобах;
- зменшується мінералізація кісткової тканини (через зниження навантаження на кістки);

- порушуються стереотипи руху, дитина починає компенсувати навантаження за рахунок неправильного положення тіла.

Рухова активність є базовою фізіологічною потребою дитячого організму. Саме через рух дитина пізнає світ, розвиває координацію, укріплює м'язово-скелетну систему та формує правильні рухові стереотипи. В дошкільному віці адекватне фізичне навантаження є одним із головних чинників формування постави, рівноваги та пропріоцепції. Проте сьогоднішня яка пов'язано з війною, пандеміями, урбанізацією та змінами способу життя, спостерігається суттєве зниження рухової активності дітей. Це явище має глибокий негативний вплив на формування опорно-рухового апарату [13].

Фізіологічне значення руху для дитини дошкільного віку. У віці 3–6 років дитина потребує щонайменше 3 години активного руху щодня, з них хоча б 60 хвилин — інтенсивної фізичної активності (за рекомендаціями ВООЗ, 2019). Таке навантаження забезпечує:

- розвиток м'язової сили й витривалості;
- оптимальний ріст кісткової тканини;
- стимуляцію обміну речовин;
- формування статико-динамічної рівноваги;
- становлення механізмів координації рухів.

У разі дефіциту руху організм не отримує належних стимулів для розвитку. Це проявляється спочатку на функціональному рівні, а згодом — і на морфологічному [39].

Наслідки гіподинамії для опорно-рухової системи:

1. Ослаблення м'язового корсету

М'язи тулуба (глибокі м'язи спини, живота, сідниць) є основними стабілізаторами постави. Без регулярної активності вони втрачають тонус, зменшується їхня сила та витривалість. Це призводить до:

- нестійкого положення хребта у вертикальному положенні;
- зміщення центру ваги;

- виникнення звички «завалюватися» на одну сторону або згинатися в плечах.

2. Порушення розвитку кісткової тканини

Кістки в дітей формуються не лише за рахунок харчування та генетики, а й під впливом навантаження. При недостатньому русі:

- сповільнюється мінералізація кісток;
- знижується щільність кісткової тканини (ризик остеопенії в майбутньому);
- порушується нормальний ріст трубчастих кісток і формування суглобів.

3. Зниження рухливості та гнучкості

Діти з обмеженою руховою активністю часто мають:

- укорочення окремих м'язових груп (наприклад, згиначів стегна);
- обмеження амплітуди рухів у суглобах;
- втрату еластичності м'язів та зв'язок.

У результаті тіло стає менш адаптивним до навантаження, що створює додаткове навантаження на хребет.

4. Деформації постави

Найчастіше спостерігаються:

- сутулість (грудний кіфоз);
- гіперлордоз у попереку;
- сколіотична постава (асиметрія);
- опущені плечі, висунута вперед голова.

Ці зміни, спочатку функціональні, можуть перейти у стійкі викривлення хребта, якщо не втрутитися вчасно.

Соціально-економічні та психоемоційні причини гіподинамії полягають у тому, що останніми роками зросла кількість зовнішніх чинників, які сприяють зниженню рухової активності у дітей:

- Військові дії та обмеження пересування — перебування в укриттях, відсутність умов для руху.

- Інформаційна залежність — надмірне користування гаджетами, пасивне дозвілля.
- Страх та стрес — діти, які пережили травматичні події, можуть втрачати мотивацію до активності.
- Недостатнє залучення батьків — через зайнятість, втому або відсутність знань щодо важливості руху.
- Порушення режиму дня — відсутність прогулянок, регулярного сну, активних ігор [8;40].

Таким чином, обмеження рухової активності у дошкільному віці має прямий і системний вплив на формування опорно-рухового апарату. Зниження сили, гнучкості, координації, а також деформація постави — це лише частина наслідків, які виникають на фоні гіподинамії. Тому одним із ключових завдань фізичної терапії є відновлення рухової активності через ігрові, терапевтичні та адаптовані фізичні вправи, особливо в умовах, де простір, безпека чи емоційний стан обмежені.

В умовах воєнних дій, коли діти змушені проводити багато часу в укриттях або обмежених приміщеннях, ці явища посилюються через брак простору для гри, руху, а також психологічний стрес, що додатково напружує м'язи й нервову систему.

1.4.Психоемоційні та соціальні аспекти війни як чинник ризику для здоров'я дітей

Збройні конфлікти, зокрема повномасштабна війна в Україні, стали потужним дестабілізуючим чинником для всіх верств населення, особливо — для дітей.

Дошкільний вік є критичним періодом для формування не лише фізичного, а й емоційного, когнітивного та соціального розвитку. Війна кардинально змінює звичне середовище дитини: руйнується рутинний режим дня, обмежується безпечний простір для руху, зникає відчуття стабільності та захищеності. Усе це стає фоном для психоемоційних переживань, які безпосередньо мають вплив і на показники, що характеризують стан здоров'я, і на фізичний розвиток, включаючи формування постави [2; 5; 8].

Війна створює складні умови не лише для фізичного, а й для психоемоційного розвитку дітей. Постійна загроза, евакуації, розлука з близькими, життя в тимчасових притулках — усе це чинить глибокий вплив на дитячу психіку. Психоемоційна напруга часто проявляється у патологічних станах:

- підвищеного рівня тривожності, страху, гіперактивності або навпаки - апатії;
- порушення сну, зниження апетиту, м'язової скутості;
- соматичних проявів стресу (спазми, тики, болі в спині чи шії).

Такі зміни ведуть до додаткового порушення постуральної регуляції — дитина може «замикатись» тілом, займати захисні пози (опущені плечі, сутулість), що з часом закріплюється як патологічна постава. Крім того, соціальна ізоляція, брак взаємодії з однолітками та педагогами також негативно впливають на розвиток рухової сфери [20].

Психоемоційні наслідки війни для дошкільників полягають у тому, що діти у віці 3–6 років ще не здатні повністю усвідомити природу війни, однак вони гостро відчують емоції дорослих, страх, невизначеність, небезпеку. Частими психологічними реакціями є:

- Тривожність, плаксивість, дратівливість;
- Порушення сну та апетиту;
- Зниження ігрової активності, апатія;
- Регрес поведінки (дитина знову починає боятися темряви, проситься на руки тощо);
- Проблеми з концентрацією, пам'яттю;

- Соматизація емоційного стресу у вигляді болю в животі, головного болю, м'язової скутості.

Усе це негативно впливає на мотивацію до руху, активної гри, навчання — ключових чинників розвитку у дошкільному віці.

Соціальні обмеження в умовах війни. Поза емоційним фоном, війна накладає і соціальні обмеження, які значно знижують якість життя дітей:

- Втрати житла, переселення, життя в укриттях — обмеження простору для руху, неможливість вільно гратися;
- Розрив соціальних зв'язків — із садочком, друзями, педагогами;
- Зменшення доступу до медичної, психологічної та фізичної допомоги;
- Зниження уваги до фізичного розвитку через виживальні пріоритети батьків.

Діти, які проживають у прифронтових або евакуйованих зонах, мають значно нижчі показники фізичної активності, більш виражені ознаки психоемоційного виснаження та вищий ризик функціональних порушень постави [8; 40].

Зв'язок психоемоційного стану і постави прямо пропорційний. Адже психоемоційний стан дитини прямо відображається у її позі, рухах, тонусі м'язів. Це відомо як «мова тіла», і саме в дошкільному віці вона є особливо вираженою. Типові зміни:

- Захисна постава — плечі опущені вперед, голова нахилена, грудна клітка «закрита»
- Згорбленість, м'язова скутість — як відображення хронічного стресу
- Асиметрія тіла — через напруження лише однієї половини тіла (наприклад, під час сидіння в укритті або снання в неприродній позі)
- Гіпотонус — дитина млява, мало рухається, часто сидить або лежить

Коли такі стани тривають тижнями або місяцями — формується стійкий руховий шаблон, який може закріпитись у вигляді функціонального або навіть структурного порушення постави.

Фактори додаткового ризику:

- Нестабільний режим дня і харчування;
- Відсутність регулярної фізичної активності (через обмежений простір або стрес);
- Психологічне навантаження батьків, яке передається дитині;
- Недоступність спеціалізованої допомоги (логопед, фізичний терапевт, психолог).

Отже, воєнна агресія створює багаторівневі загрози для здоров'я дітей дошкільного віку. Психоемоційне напруження, обмеження простору, зміни у звичному соціальному оточенні, відсутність достатньої рухової активності — всі ці фактори діють одночасно і значно підвищують ризик розвитку порушень поведінки. Рання профілактика, емоційна підтримка, адаптація фізичних занять до умов війни мають стати пріоритетами у роботі з такими дітьми.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ПОСТАВИ

2.1. Методи діагностики та оцінки постави у дошкільників

Постава є складним біомеханічним і нейрофізіологічним явищем, яке формується у процесі росту дитини, і тісно пов'язане з розвитком опорно-рухового апарату, функцією нервової системи, органів чуття та психоемоційним станом. У дошкільному віці постава є нестабільною, що зумовлено анатомо-фізіологічною незрілістю систем, які відповідають за вертикалізацію тіла. Тому виявлення порушень постави саме в цьому періоді має важливе значення для своєчасної корекції та профілактики вторинних ускладнень [36;37].

Ефективна робота фізичного терапевта починається з ретельної діагностики. Вона включає візуальну, функціональну, інструментальну та опитувальну оцінку дитини.

Візуальний огляд

Візуальна оцінка є початковим етапом діагностики і дозволяє виявити типові ознаки порушення постави без застосування складного обладнання. Проводиться у фронтальній, сагітальній і горизонтальній площинах. Дитина має бути роздягнута до білизни, стояти босоніж, у звичній позі, на рівній поверхні.

Оцінюють:

- симетрію плечей, лопаток, талії, таза;
- положення голови (вперед, убік, нахил);
- вигини хребта (лордоз, кіфоз, сколіоз);
- положення нижніх кінцівок (Х- чи О-подібне);
- ступінь напруги м'язів спини.

Особливу увагу звертають на компенсаторні рухи: якщо дитина намагається підтримати рівновагу шляхом підняття плечей або нахилу тулуба — це може свідчити про постуральну дисфункцію.

Функціональні проби

Ці методики дозволяють оцінити функціональний стан м'язів і здатність дитини підтримувати вертикальне положення. Найпоширеніші проби:

- Проба з закритими очима (Ромберга) — оцінка стабільності положення тіла при виключенні зорового контролю.
- Нахили вперед — дають змогу виявити обмеження гнучкості та асиметрію хребта.
- Тест на витривалість м'язів тулуба — дитина утримує позу (наприклад, сидячи без опори) протягом визначеного часу.
- Проба Клемента — дитина піднімає руки вперед і закриває очі; зрушення тулуба убік свідчить про асиметрію тонусу.

Також широко застосовуються тести на гнучкість (нахил тулуба вперед) і плоскостопість (за методом Фейса або планграфії), оскільки стан стоп тісно пов'язаний із формуванням постави.

Інструментальні методи

Хоча в дошкільному віці використання рентгенологічних методів обмежене (через небажану експозицію), існує низка безпечних інструментальних способів оцінки, зокрема:

- Плантографія — дозволяє дослідити стан склепіння стоп.
- Фотометрія (фотоаналіз постави) — використання фотографій дитини у фронтальній та сагітальній площинах для подальшої оцінки за допомогою шаблонів або програмного забезпечення.
- Профілографія (силуетний метод) — проектування тіні тулуба на екран або стіну для аналізу контурів хребта.
- Сканерна 3D-діагностика (при наявності обладнання) — дає можливість отримати детальну картину порушень постави без променевого навантаження.

Анкетування та опитування батьків

У дітей дошкільного віку важко оцінити суб'єктивні відчуття (наприклад, біль чи втому), тому важливим джерелом інформації є батьківське опитування. Зокрема, з'ясовується:

- скільки часу дитина проводить у сидячому положенні;
- наявність улюбленої пози для сну чи сидіння;
- чи є скарги на втому, біль у спині;
- яка організація робочого місця (стіл, стілець, рюкзак тощо);
- чи має дитина доступ до фізичної активності (садочок, секції, прогулянки)

(Додаток А).

У разі виявлення тривожних симптомів, дитина може бути направлена на консультацію до ортопеда, педіатра чи дитячого невролога.

Оцінка результатів

У фізичній терапії важливо не просто виявити факт порушення постави, а й визначити його ступінь, тип та динаміку в процесі лікування. Тому оцінка проводиться:

- на початку програми (базова оцінка);
- регулярно під час терапії (моніторинг змін);
- після завершення курсу (підсумкова оцінка ефективності).

Для цього використовують карти спостереження, графіки рухового розвитку, шкали м'язового тону і сили (наприклад, MRC scale), а також візуальний контроль динаміки за фото (Додаток Б).

Діагностика постави у дітей дошкільного віку потребує комплексного підходу з урахуванням вікових, фізіологічних та психоемоційних особливостей. Ретельна оцінка положення тіла, функції м'язів і умов життя дозволяє виявити не лише наявність порушень, а й визначити індивідуальні причини їх виникнення, що є основою для побудови ефективної програми фізичної терапії.

2.2. Існуючі програми та методики фізичної терапії

Сучасна фізична терапія при порушеннях постави у дітей базується на принципах індивідуалізації, доступності та поступового ускладнення. Найпоширеніші підходи:

- Класичні гімнастичні комплекси ТВ: включають вправи на зміцнення м'язів спини, живота, корекцію постави у різних положеннях (стоячи, лежачи, на четвереньках).
- Методика К. С. Кепплера, Е. Б. Вільчковського: використання гімнастичних палиць, м'ячів, дзеркала для контролю симетрії.
- Методика Євмінова: вправи на профілакторі для розвантаження хребта (не завжди доступна в умовах обмеженого простору).
- Методика Бобат та Войта-терапія: використовується при наявності неврологічних порушень; акцент на стимуляції правильних рухових шаблонів.
- Сенсорна інтеграція та моторні ігри: активно використовуються для дошкільників, поєднують фізичну активність з емоційно-позитивним фоном.
- Фізична терапія на основі йоги, пілатесу (адаптовано для дітей): працює над балансом, диханням, координацією та постуральною стабільністю.

Усі програми повинні враховувати психоемоційний стан дитини, її адаптаційні можливості та безпечність середовища [36].

Фізична терапія у дітей дошкільного віку з порушеннями постави має на меті не лише корекцію вже наявних змін, а й попередження подальших деформацій, формування правильного рухового стереотипу та укріплення м'язово-зв'язкового апарату. У сучасній педіатричній практиці застосовується низка методик та програм, які відповідають принципам доказової медицини, враховують вікові особливості та адаптовані до умов обмеженої рухової активності, в тому числі - воєнного часу.

Ключові принципи сучасної фізичної терапії дітей з порушеннями постави:

- індивідуальний підхід до кожної дитини;
- поєднання активних та пасивних методів впливу;
- використання ігрових форм, що відповідають віку;

- участь сім'ї у терапевтичному процесі;
- безпека, простота й доступність вправ;
- поступовість та системність навантаження.

Основні методики фізичної терапії

1. Корекційна гімнастика

Це найбільш поширений напрямок, який включає спеціальні вправи для укріплення м'язів спини, живота, шиї, формування правильного положення тіла. Вправи добираються відповідно до типу порушення (кіфоз, лордоз, сколіотична постава) та віку дитини.

Типові вправи:

- «Кішка – верблюд» (рухливість хребта);
- «Планка на колінах» (стабілізація);
- вправи на фітболі;
- розтягування грудних м'язів;
- балансування (стоячи на одній нозі, ходьба по лінії).

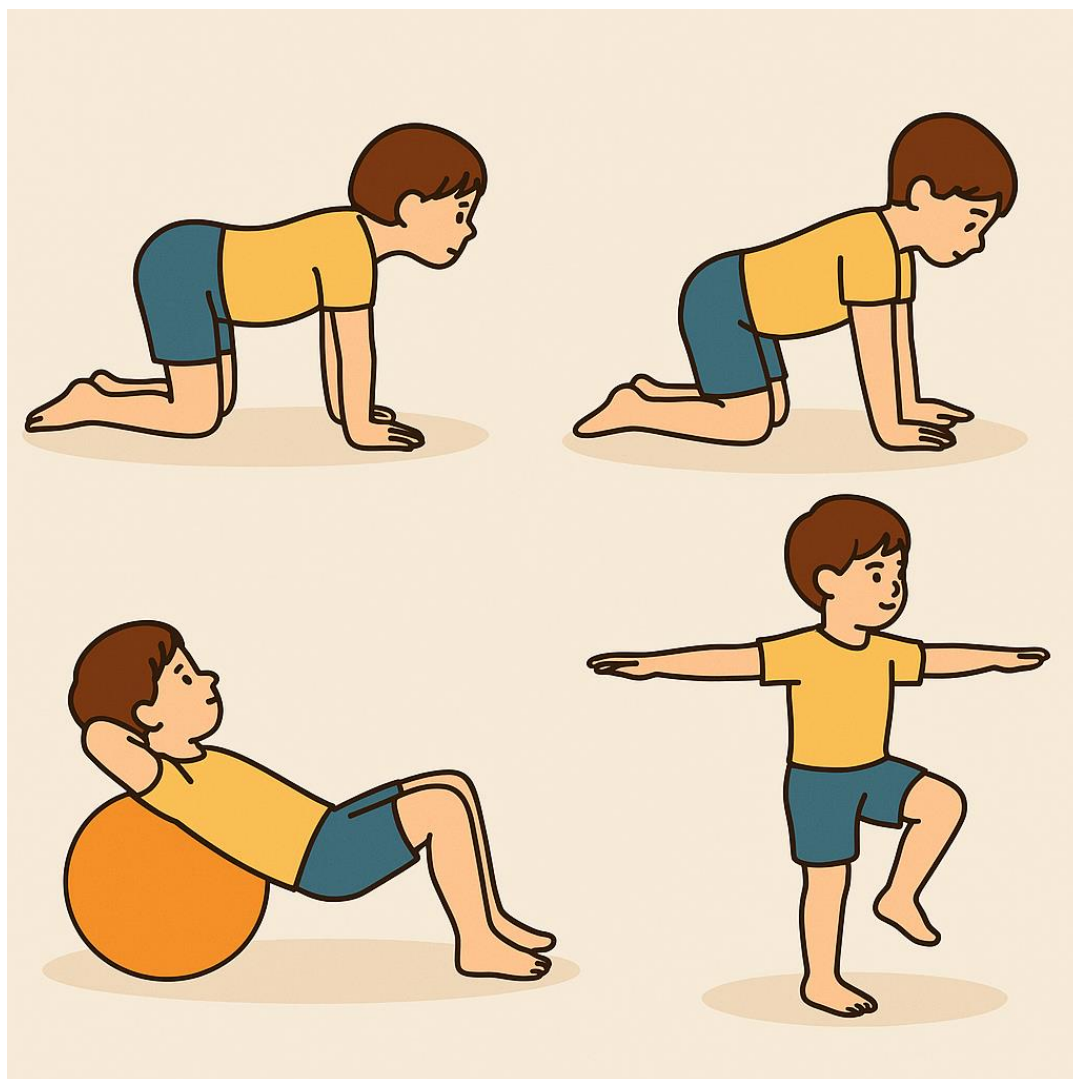


Рис. 2.1 Типові вправи для корекційної гімнастики

2. Методика Бобат (Bobath Concept)

Одна з провідних нейророзвиткових методик, яка застосовується при неврологічних та постуральних порушеннях у дітей. Метод фокусується на нормалізації м'язового тону, стимуляції природних рухів, формуванні правильних моторних шаблонів.

Переваги:

- активна участь дитини у вправі;
- елементи масажу, позиціонування, підтримка тіла;
- інтеграція рухів у повсякденну діяльність (наприклад, вставання з підлоги, повзання, утримання рівноваги).

3. Пілатес для дітей

Адаптовані вправи з методики Пілатеса спрямовані на зміцнення глибоких м'язів стабілізаторів, координацію рухів і дихальну гімнастику. Підходить для дітей 5–6 років.

4. Методика Войта (Vojta Therapy)

Хоча метод більше застосовується в дітей із неврологічними розладами, окремі його елементи використовують для стимуляції рефлексорних схем утримання тіла, особливо при вираженій асиметрії постави. Потребує спеціальної підготовки терапевта.

5. Сенсомоторна інтеграція

Програми, які спрямовані на формування правильного відчуття тіла, орієнтації в просторі, взаємодії із середовищем. Використовуються вправи з м'ячами, тунелями, підвісними системами. Особливо ефективно при поєднанні з порушеннями координації та гіперактивністю.

6. Технології позиціонування

Використовуються у випадках, коли дитина тривалий час перебуває в пасивному стані або має схильність до неправильного положення тіла під час сну/сидіння. Включають використання ортопедичних подушок, валиків, спеціальних стільців тощо.

Готові програмні комплекси та системи вправ (Додаток В)

Програма “Здорова постава” (Україна)

Включає комплекси ранкової гімнастики, корекційні заняття в групах, дихальні вправи та елементи ТВ. Адаптована для використання в дитячих садочках, фізкабінетах, реабілітаційних центрах.

Програма “Balance Kids” (Німеччина)

Містить вправи на рівновагу, гнучкість, формування правильної ходи. Використовується в дитячій фізіотерапії та початковій школі.

“TheraSuit” (США) – система вправ у спеціальному костюмі з еластичних елементів

Застосовується в умовах реабілітаційних центрів при тяжких порушеннях руху, але окремі її компоненти адаптовані до м'яких постуральних порушень.

Адаптація методик до умов обмеженої рухової активності

В умовах війни, евакуації або ізоляції доступ до спеціалізованих занять обмежений.

У таких ситуаціях ефективними є:

- Домашні вправи у форматі гри (виконуються разом із батьками);
- Онлайн-формати інструктажу та відеоуроки;
- Комплекси “на місці” – вправи у ліжку, в обмеженому просторі;
- Використання побутових предметів як обладнання (подушки, стільці, рушники).

Сучасні методики фізичної терапії дітей дошкільного віку охоплюють широкий спектр підходів — від класичної корекційної гімнастики до нейро- та сенсомоторних методів [14;16]. Вибір програми має базуватися на клінічному стані дитини, рівні розвитку, умовах перебування та участі родини. В умовах війни адаптація занять до домашнього середовища є надзвичайно актуальною та необхідною складовою терапії.

2.3. Роль сім'ї, педагогів та міждисциплінарної команди у процесі терапії

Фізична терапія у дітей дошкільного віку не може бути ефективною без тісної взаємодії всіх учасників освітньо-реабілітаційного процесу:

- Сім'я відіграє ключову роль у закріпленні навичок та формуванні здорових звичок. Батьки повинні бути поінформовані, вмотивовані й активно залучені до виконання домашніх вправ, створення умов для рухової активності.
- Педагоги дошкільних закладів мають підтримувати рухову активність дітей у повсякденному режимі, дотримуватись правил ергономіки, впроваджувати рухливі ігри та вправи в заняття.
- Фізичний терапевт планує, проводить та контролює програму, адаптуючи її до конкретної дитини.
- Психолог працює з емоційними реакціями, тривожністю, що впливає на м'язовий тонус і готовність до взаємодії.

- Лікар-педіатр або ортопед контролює медичні показання та динаміку розвитку скелетно-м'язової системи.

Міждисциплінарний підхід дозволяє досягти найкращих результатів, особливо в умовах кризових ситуацій, коли дитина переживає одночасно і фізичні, і психоемоційні навантаження.

Формування правильної постави у дітей дошкільного віку є результатом комплексного впливу біологічних, психологічних та соціальних чинників. Тому ефективність фізичної терапії значною мірою залежить від залучення не лише фахівців, а й сім'ї, вихователів і педагогів, які постійно взаємодіють із дитиною в її природному середовищі. Саме міждисциплінарний підхід дозволяє створити єдину систему супроводу дитини, де фізичний терапевт виступає координатором, а сім'я та освітнє середовище — активними учасниками процесу [28].

Роль сім'ї у процесі фізичної терапії надважлива так як батьки та опікуни є першими, хто може помітити ранні ознаки порушення постави. Їх участь надзвичайно важлива на всіх етапах:

1. Первинне виявлення проблеми

- Спостереження за дитиною вдома (хода, поза, скарги на втому чи біль).
- Заповнення анкет, участь у первинному опитуванні.
- Звернення до педіатра, ортопеда або фізичного терапевта.

2. Активна участь у терапії

- Виконання домашніх вправ разом із дитиною.
- Формування правильного режиму дня (рух, сон, харчування).
- Забезпечення відповідного простору: стіл, стілець, місце для активності.
- Емоційна підтримка — мотивація до виконання вправ у формі гри.

3. Співпраця з фахівцями

- Відвідування консультацій.
- Надання зворотного зв'язку про динаміку стану дитини.
- Участь у виборі індивідуального плану занять.

Роль педагогів і вихователів не менш важлива тому що дитина проводить значну частину часу у дошкільному навчальному закладі, тому педагоги відіграють важливу роль у підтримці постави:

- Спостереження за поставою під час занять, ігор, сну.
- Організація активних пауз, рухливих ігор, ранкової гімнастики.
- Контроль за робочою позою (правильне сидіння за столом, чергування видів діяльності).
- Проведення занять із елементами корекційної гімнастики за рекомендацією фізичного терапевта.
- Повідомлення батьків про виявлені особливості рухової поведінки дитини.

Підхід, заснований на міждисциплінарній взаємодії, передбачає координацію зусиль кількох спеціалістів (Табл.2.1).

Таблиця 2.1

Робота міждисциплінарної команди

Спеціаліст	Роль у команді
Фізичний терапевт	Проведення оцінки постави, складання індивідуальної програми, контроль динаміки
Лікар-ортопед	Медична діагностика, виявлення структурних порушень хребта та суглобів
Педіатр	Загальна оцінка стану здоров'я дитини
Психолог	Допомога при тривожності, мотиваційна підтримка
Логопед / дефектолог	При наявності супутніх мовленнєвих або когнітивних труднощів
Педагог / вихователь	Впровадження рекомендацій у навчально-виховний процес

Особливості взаємодії в умовах війни та в умовах обмеженого доступу до фахівців, евакуації або проживання у тимчасових місцях, роль сім'ї значно зростає. Фізичний терапевт може забезпечити дистанційний супровід через відеоінструкції, онлайн-консультації або мобільні застосунки. Навчання батьків простим і безпечним методам корекції є важливою частиною програми терапії в умовах воєнного часу [18].

Реабілітація дитини з порушенням постави — це не лише серія вправ, а системна робота всієї команди, що оточує дитину. Активна участь сім'ї, педагогів та залучення мультидисциплінарної команди забезпечують цілісність підходу, що суттєво підвищує ефективність терапії та сприяє сталим результатам у корекції постави.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

3.1. Принципи побудови індивідуальної програми

Мета програми фізичної терапії - основною метою розробленої програми є покращення стану опорно-рухового апарату, корекція постуральних порушень та попередження їх прогресування у дітей дошкільного віку, які зазнали тривалого обмеження рухової активності внаслідок воєнних дій. Програма спрямована не лише на усунення вже наявних відхилень, а й на формування стійких навичок правильної постави, розвиток моторних функцій, зміцнення м'язового корсету та загальне покращення фізичного і психоемоційного стану дитини.

Завдання програми.

Для досягнення поставленої мети, визначено такі завдання:

1. Провести первинну оцінку стану постави у дітей дошкільного віку з використанням доступних методик та анкетування батьків.
2. Розробити індивідуально орієнтовану програму фізичних вправ, що відповідає віковим, анатомо-фізіологічним та психоемоційним особливостям дитини.
3. Забезпечити поступове включення рухової активності в повсякденне життя дитини в умовах обмеженого простору (евакуація, укриття, проживання поза домом).
4. Сприяти активному залученню батьків до виконання програми фізичної терапії вдома.
5. Забезпечити емоційно позитивне середовище для занять через використання ігрових методик.
6. Моніторити динаміку стану дитини протягом програми та коригувати план втручання відповідно до змін.
7. Формувати довготривалу мотивацію до активного способу життя, адаптовану до сучасних умов.

Принципи побудови програми фізичної терапії

Розробка ефективної реабілітаційної програми для дошкільнят потребує врахування низки важливих принципів, серед яких:

1. Індивідуальний підхід

Кожна дитина має свій рівень фізичного розвитку, психологічний стан, побутові умови, а також різну реакцію на стрес. Програма передбачає гнучке адаптування до потреб кожного конкретного випадку.

2. Вікова відповідність

Зміст вправ, тривалість занять, форма подання інформації повинні бути доступними, цікавими й безпечними для дітей віком 4–6 років.

3. Безперервність і послідовність

Фізична терапія не є разовим втручанням, а має проводитися систематично протягом кількох тижнів або місяців з поступовим ускладненням елементів.

4. Ігровий формат

Дошкільнята сприймають навчання та фізичну активність переважно в ігровій формі. Програма базується на сюжетних вправах, рухливих іграх, вправлянні у парі з батьками або педагогом.

5. Батьківська залученість

В умовах воєнного часу часто відсутній безперервний доступ до фахівців. Тому батьки виступають співтерапевтами та активними учасниками занять.

6. Безпека

Усі елементи програми повинні бути максимально безпечними, враховуючи можливі обмеження простору, відсутність спеціального обладнання, а також підвищену тривожність дитини.

7. Емоційна підтримка

Заняття мають бути позитивними, підтримувальними, з акцентом на досягнення, а не на помилки. Враховується підвищена чутливість дітей до змін у середовищі та емоцій дорослих.

8. Мультидисциплінарність

Програма враховує рекомендації суміжних фахівців — ортопеда, педіатра, психолога, логопеда — для досягнення цілісного результату.

Особливості реалізації програми в умовах війни

Ситуація воєнного стану, часті переїзди, перебування у тимчасових притулках чи укриттях створюють виклики для фізичної активності дитини. Тому програма:

- передбачає виконання вправ у обмеженому просторі (3–4 м²);
- використовує доступні побутові предмети як інвентар (рушники, подушки, пляшки з водою тощо);
- включає інструкції для дистанційного супроводу (через друковані пам'ятки або відеоматеріали);
- має адаптивну структуру - вправи можна змінювати за станом дитини.

Правильно сформульована мета, чіткі завдання та науково обґрунтовані принципи побудови програми дозволяють створити ефективну, доступну та гнучку систему фізичної терапії. Така програма спрямована не лише на фізичне оздоровлення, але й на підтримку психоемоційного стану дитини, її родини та соціального оточення.

3.2. Структура, етапи та зміст програми фізичної терапії

Програма фізичної терапії для дітей дошкільного віку з порушенням постави, які перебувають в умовах обмеженої рухової активності (зокрема через воєнні дії), повинна мати чітку логічну структуру, бути гнучкою, індивідуалізованою та безпечною. Така програма розробляється з урахуванням вікових, психоемоційних та фізичних особливостей дітей і складається з кількох послідовних етапів.

Програма включає такі ключові компоненти:

1. Діагностичний блок - первинна оцінка стану дитини: постава, м'язовий тонус, рухова активність, психоемоційний стан, умови проживання.
2. Планування - складання індивідуального плану занять з урахуванням наявних порушень, можливостей дитини та ресурсів родини.

3. Основна частина - реалізація комплексу фізичних вправ та ігрових завдань, спрямованих на корекцію порушень постави.
4. Проміжний контроль - регулярна оцінка динаміки (1 раз на 2 тижні).
5. Підсумкова оцінка - фіксація результатів, визначення досягнень і подальших рекомендацій.

Етапи реалізації програми

1. Початковий етап (підготовчий, 1–2 тижні)

Мета: адаптація дитини до терапевтичного процесу, налагодження контакту з родиною, формування мотивації.

Завдання:

- Провести первинну оцінку постави, м'язового тону, гнучкості.
- Зібрати анамнестичні дані (через опитування батьків).
- Ознайомити родину з особливостями майбутніх занять.
- Започаткувати базові дихальні та розслаблювальні вправи.

Приклади вправ:

- «Дихання животиком» у положенні лежачи.
- «Кішка» – вигинання хребта.
- Ігри на рівновагу: «Лови повітряну кульку» (Рис.3.1).



Рис.3.1 Виконання терапевтичних вправ корекційної гімнастики

2. Основний етап (терапевтичний, 4–6 тижнів)

Мета: активна корекція постави, укріплення м'язового корсету, відновлення рухових навичок.

Завдання:

- Виконання індивідуального комплексу вправ.
- Залучення батьків до домашніх занять.
- Формування навичок правильної постави.

Приклади вправ:

- «Планка на колінах» (розвиток стабілізаторів тулуба).
- «Плавець» – активізація м'язів спини.
- Вправи з фітболом або подушками.
- Балансування на одній нозі («фламініго»).
- Пересування по «лінії» (імітація ходи по канату) (Рис.3.2).



Exercise with a fitball



2. Balancing on one leg



3. Moving along a "line"

Рис.3.2 Виконання терапевтичних вправ корекційної гімнастики

Заняття рекомендуємо проводити не менше 3–4 разів на тиждень, тривалістю до 20–30 хвилин.

3. Підсумковий етап (закріплювальний, 1–2 тижні)

Мета: закріплення досягнутих результатів, підготовка до завершення програми, рекомендації на майбутнє.

Завдання:

- Повторна оцінка стану дитини.

- Визначення динаміки (порівняння з первинними даними).

- Складання індивідуальних рекомендацій на подальший період.

- Визначення форми підтримувальної активності (гуртки, домашні заняття, спорт).

Приклади активностей:

- Рухливі ігри на свіжому повітрі.

- Сюжетні ігри з руховими елементами (наприклад, «подорож джунглями»).

- Вправи на гнучкість і розтягування в парі з батьками.

Програма містить:

- комплекси вправ (на силу, гнучкість, координацію);

- дихальні техніки (для зниження тривожності й покращення постави);

- вправи на рівновагу;

- ігрові завдання (змагального або творчого характеру);

- графіки динаміки (карти спостереження, таблиці розвитку);

- поради для батьків щодо облаштування побуту (правильне сидіння, активні перерви).

Особливості реалізації в різних умовах:

- Удома - використання побутових предметів, участь батьків у вправах.

- В укрітті - обмежений простір, виконання сидячих або лежачих вправ.

- В освітньому закладі - групові заняття з педагогом.

- Онлайн - відеозаняття, шаблони, зворотний зв'язок через фото або відео.

Отже можемо зробити висновки, що програма фізичної терапії, структурована за етапами та адаптована до умов сьогодення, дозволяє не лише покращити фізичний стан дитини, а й зміцнити її психоемоційний баланс, сформувати стійкі навички рухової

активності. Чітка побудова програми забезпечує контрольованість, послідовність і ефективність втручання.

3.3. Організація занять в умовах обмеженого простору та безпечного середовища

Воєнні дії, переміщення населення, проживання у тимчасових укриттях або обмежених умовах вимагають адаптації фізичної терапії до нової реальності. Традиційні умови для проведення занять з фізичної терапії — спортивні або реабілітаційні зали, обладнані кабінети, просторе середовище — у таких умовах часто недоступні. Водночас діти дошкільного віку, що переживають стрес, потребують не лише фізичної активності, а й емоційної підтримки, відчуття стабільності та захищеності. Тому організація занять у обмеженому просторі має бути продуманою, безпечною, зручною і при цьому ефективною [2;20].

Принципи організації занять у складних умовах

1. Адаптація до простору. Програма фізичної терапії має бути побудована так, щоб її можна було реалізовувати у приміщенні розміром 2–4 м² — кімната, коридор, намет, укриття.

2. Мінімізація інвентарю. Замість професійного обладнання використовуються підручні засоби: подушки, ковдри, пляшки з водою, рушники, килимки.

3. Дотримання безпеки. Першочергово оцінюється стан приміщення. Виключаються активні стрибки, біг або вправи, які можуть бути потенційно травматичними.

4. Емоційна підтримка. Заняття мають бути ненав'язливими, з елементами гри. Варто хвалити навіть за невеликі досягнення.

5. Включення батьків. Присутність дорослого важлива як з точки зору безпеки, так і для створення емоційної стабільності.

Таблиця 3.1

Види вправ, що безпечно виконуються в обмежених умовах

Вправа	Початкове положення	Інвентар	Мета
Кішка	Упор на коліна й руки	Без інвентаря	Гнучкість хребта
Рибка	Лежачи на животі	Без інвентаря	М'язи спини
Місток	Лежачи на спині	Подушка	Укріплення м'язів таза
Дихаємо носиком	Сидячи	Без інвентаря	Дихання, релаксація
Пальчиковий дощ	Сидячи	Без інвентаря	Сенсомоторна активація
Кораблик пливе	Лежачи на животі	Рушник	Підняття плечей

Приклад організації простору для занять: приміщення: кімната 3×3 м, без килимів, з м'якою підстилкою (каремат або ковдра).

Інвентар: подушка, рушник, м'яч, порожня пластикова пляшка.

Тривалість: 15–20 хвилин.

Структура заняття:

1. Розминка (2–3 хв): дихальні вправи, рухи руками, потягування.
2. Основна частина (10–12 хв): вправи лежачи, на колінах, сидячи.
3. Завершення (3–5 хв): гра на розслаблення, позитивна бесіда.

Таблиця 3.2

Графік занять у нестабільних умовах

День тижня	Вид активності
Понеділок	Дихальні + розтягування
Вівторок	Укріплення м'язів спини
Середа	Баланс + вправи з подушкою
Четвер	Релаксація + рухлива гра
П'ятниця	Узагальнення + гра з батьками
Вихідні	Перерва або м'яка активність

Поради щодо підтримки безпечного середовища:

- Завжди перевіряйте простір перед заняттям.
- Залишайте зону вільною від сторонніх предметів.
- Вибирайте зручний одяг без ковзання.
- Не змушуйте дитину до виконання - адаптуйте темп.
- При найменших ознаках дискомфорту - припиніть вправу.

Таким чином, організація фізичної терапії в умовах обмеженого простору є викликом, але цілком здійсненою задачею (Табл.3.1; Табл.3.2). При правильному підході, участі батьків та врахуванні безпекових аспектів дитина може отримати якісну підтримку навіть за межами стандартного терапевтичного середовища. Для ефективної реалізації програми батьки та вихователі повинні: отримати чіткі інструкції щодо техніки виконання вправ; знати основні ознаки втоми або перевантаження у дитини; створити позитивну мотивацію через гру, похвалу, участь у процесі; слідкувати за регулярністю занять та їхньою безпечністю; фіксувати зміни у самопочутті та поведінці дитини, передавати інформацію фахівцям (Додаток Г). Адаптовані заняття не лише покращують фізичний стан, а й слугують стабілізуючим фактором для психоемоційного благополуччя дитини в період нестабільності.

3.4. Оцінка ефективності програми фізичної терапії

Оцінка ефективності розробленої програми фізичної терапії є важливим етапом, що дозволяє підтвердити її результативність, виявити позитивну динаміку та скоригувати окремі елементи в разі потреби. Систематичне відстеження змін у стані постави, функціональних можливостях і психоемоційному стані дитини забезпечує об'єктивність підходу та слугує основою для формування подальших рекомендацій.

Цілі оцінювання:

1. Встановити рівень покращення фізичних показників (постава, м'язовий тонус,

координація).

2. Зафіксувати динаміку змін до та після проходження програми.
3. Визначити, чи досягнуто поставлених коротко- та довгострокових цілей.
4. Зібрати зворотний зв'язок від батьків щодо участі дитини у програмі.
5. Сформулювати індивідуальні подальші рекомендації.

Таблиця 3.3

Критерії ефективності

Критерій	До програми	Після програми
Симетричність плечей	Порушена	Покращена / нормалізована
М'язова витривалість	Низька	Помірна / висока
Поза під час сидіння	Згорблена	Виправлена
Час утримання рівноваги	< 5 секунд	> 10 секунд
Включеність у вправи	Пасивна	Активна, зацікавлена
Ставлення батьків	Насторожене, тривожне	Позитивне, впевнене

Методи оцінювання ефективності:

1. Візуальна оцінка постави - карта спостереження (фронтальна та сагітальна площина).
2. М'язово-функціональні тести - шкала MRC, тест на рівновагу, гнучкість.
3. Анкетування батьків - самопочуття, активність, емоції, мотивація.
4. Самоспостереження дитини - у формі гри (для віку 5–6 років).

Таблиця 3.4

Показник	До початку програми	Після завершення програми
Положення лопаток	Асиметрія	Симетричні
Напруження м'язів живота	Слабке	Помірне / достатнє

Час стояння на одній нозі	4 с	12 с
Рівень мотивації	Низький	Високий
Участь батьків у процесі	Обмежена	Активна

Результати підсумкової динаміки

Форми підведення підсумків:

- Порівняння фото «до» і «після».
- Таблиці динаміки (карти спостереження).
- Словесна характеристика змін.
- Спільне обговорення з батьками, фіксація досягнень.
- Рекомендації на подальший період.

Отже, результати оцінювання підтвердили позитивний вплив програми фізичної терапії на стан постави та рухову активність дітей дошкільного віку (Табл.3.3; Табл.3.4). Виявлено покращення у фізичних показниках, формуванні мотивації до руху, емоційному комфорті дитини. Високий рівень залученості батьків також є чинником успішності програми. Систематична оцінка дає змогу не лише зафіксувати досягнення, а й запланувати подальші етапи підтримки.

РОЗДІЛ 4

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ

4.1. Організація та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі центру тимчасового перебування для внутрішньо переміщених осіб у період з жовтня 2024 року по березень 2025 року. У дослідженні взяли участь 20 дітей дошкільного віку (5–6 років), які мали ознаки порушення постави, що виникли внаслідок тривалого перебування в умовах обмеженої рухової активності під час воєнних дій (таблиця 4.1).

Усі учасники були поділені на дві групи:

Основна група ($n = 10$) – займалася за спеціально розробленою програмою фізичної терапії, яка включала лікувальний масаж, коригувальні вправи, дихальні техніки та ігрову моторну активність.

Контрольна група ($n = 10$) – брала участь лише у стандартних формах рухової активності (ранкова гімнастика, рухливі ігри без корекційного спрямування).

Критерії включення до дослідження:

- наявність функціональних порушень постави (сутулість, асиметрія плечового поясу, викривлення хребта без анатомічних деформацій);
- відсутність протипоказань до фізичних навантажень;
- наявність згоди батьків на участь дитини в дослідженні;
- попереднє перебування дитини в умовах тимчасової ізоляції або обмеженої рухової активності (укриття, евакуаційні центри).

Методи оцінки ефективності програми:

1. Візуальна оцінка постави (за шкалою оцінки симетрії тіла);
2. Тест на рівновагу (утримання пози «ластівка» протягом 10 секунд);
3. Оцінка гнучкості (нахил вперед у сидячому положенні);

4. М'язове тестування (оцінка сили та витривалості м'язів спини, живота та плечового поясу);

5. Оцінка психоемоційного стану (за спостереженнями педагогів і батьків, з використанням адаптованої анкети).

Програма фізичної терапії тривала 8 тижнів, з інтенсивністю 3 заняття на тиждень тривалістю 30–40 хвилин. Вона була побудована за принципами ігрової терапії з урахуванням вікових особливостей, емоційного стану дітей та умов, у яких вони перебували під час воєнних дій.

Обстеження дітей проводилося двічі: до початку впровадження програми та після її завершення, з метою визначення змін у поставі, функціональному стані м'язів та загальному самопочутті.

Таблиця 4.1

Характеристика і організація дослідження

Етап дослідження	Період проведення	Опис діяльності
Підготовчий етап	Жовтень 2024 року	- Підбір учасників дослідження згідно з критеріями включення - Отримання інформованої згоди батьків
Початкове обстеження	Кінець жовтня 2024 року	- Первинна візуальна оцінка постави - Проведення тестів на рівновагу, гнучкість та м'язову силу
Впровадження програми	Листопад 2024 – Грудень 2024	- Основна група: заняття за розробленою програмою фізичної терапії (3 рази на тиждень, 30–40 хвилин) - Контрольна група: стандартні форми рухової активності
Проміжне моніторингове обстеження	Січень 2025 року	- Аналіз проміжних результатів для оцінки динаміки змін (за необхідності корекція методик)
Фінальне обстеження	Березень 2025 року	- Повторна оцінка постави, рівноваги, гнучкості та м'язового стану - Аналіз психоемоційного стану дітей

✓ Методи оцінки ефективності програми.

- ✓ Візуальна оцінка постави: Використовується шкала оцінки симетрії тіла для визначення наявності сутулості, асиметрії плечового поясу та інших відхилень.
- ✓ Тест на рівновагу: Оцінка здатності дитини утримувати позицію «ластівка» протягом 10 секунд.
- ✓ Оцінка гнучкості: Тест нахилу вперед у сидячому положенні, що дозволяє виміряти діапазон рухливості хребта.
- ✓ М'язове тестування: Визначення сили та витривалості основних груп м'язів (спина, живіт, плечовий пояс) за допомогою стандартних тестів.
- ✓ Оцінка психоемоційного стану: Використання адаптованого опитувальника для визначення змін у настрої та загальному самопочутті дітей, на основі спостережень вихователів і відгуків батьків.

Основна група проходила комплексну програму, що включала:

1. Лікувальний масаж: Методики, спрямовані на покращення кровообігу, релаксацію м'язів та зменшення напруги в спинній мускулатурі.
2. терапевтичні вправи: Комплекс спеціально розроблених вправ для роботи над вирівнюванням хребта, зміцненням м'язів спини та живота.
3. Дихальні техніки: Вправи, які сприяють розвитку легеневої ємності та зниженню стресу.
4. Ігрова моторна активність: Заняття з елементами гри, що стимулюють рухову активність та покращують координацію.

Контрольна група займалася стандартною фізичною діяльністю:

- 1) Ранкова гімнастика.
- 2) Рухливі ігри без спеціального корекційного впливу.

4.2. Оцінка стану постави до та після впровадження програми

До початку програми більшість дітей мали:

- сутулість, асиметричне положення плечей і лопаток;
- знижену витривалість до статичних навантажень;
- слабкий м'язовий тонус у зоні живота, спини, плечового поясу;
- знижену гнучкість у попереково-крижовому відділі.

Після завершення 8-тижневої програми фізичної терапії в експериментальній групі спостерігалися позитивні зрушення за всіма ключовими показниками. Зокрема, у 80% дітей було зафіксовано покращення постуральної симетрії, що проявлялося у вирівнюванні положення плечового поясу та тазу, зменшенні візуальної асиметрії та формуванні більш правильної постави. Це свідчить про ефективність коригувальних вправ і лікувального масажу у відновленні м'язового балансу.

У 70% дітей експериментальної групи покращилися результати тестів на витривалість і м'язову силу, зокрема, діти довше утримували позу «ластівка», що вказує на підвищення функціональної активності глибоких м'язів-стабілізаторів тулуба.

Також у 60% учасників було зафіксовано зростання гнучкості, що проявлялося у більш глибокому нахилі вперед без ознак перенапруження. Це є важливим індикатором покращення еластичності м'язів спини та задньої поверхні стегон, а також свідчить про зменшення м'язово-фасціального напруження.

Особливо важливим є те, що у 90% дітей було відмічено зниження психоемоційної напруги та зростання інтересу до рухової активності, що підтверджують як результати анкетування, так і спостереження педагогів. Це демонструє не лише фізичні, а й психологічні переваги цілеспрямованої рухової терапії у постстресових умовах.

Натомість у контрольній групі позитивні зміни були менш вираженими. У декількох дітей спостерігався частковий прогрес, проте в більшості випадків стан залишався без істотної динаміки, що підтверджує необхідність впровадження

спеціалізованих програм фізичної терапії в умовах обмеженої рухової активності, особливо внаслідок воєнних дій.

Таблиця 4.2

Параметри оцінки та методи вимірювання дошкільників

Параметр оцінки	Методи вимірювання	Оцінка до початку програми	Оцінка після завершення програми
Симетрія тіла (поза)	Візуальна оцінка за шкалою симетрії постави	7/10	9/10
Рівновага (утримання пози «ластівка»)	Тест на статику (утримання пози на 10 секунд)	4/10 (слабка рівновага)	7/10 (покращена рівновага)
Гнучкість (нахил вперед)	Оцінка гнучкості (нахил вперед у сидячому положенні)	15 см	25 см
М'язова сила (живіт, спина, плечі)	М'язове тестування (силове тестування м'язів тулуба)	Слабка сила м'язів	Покращена сила м'язів
Психоемоційний стан	Спостереження педагогів та батьків (анкетування)	6/10 (незадовільний стан)	8/10 (покращення настрою та самопочуття)

Таблиця 4.3

Індикатори рухової активності до та після програми фізичної терапії

Група	До початку програми	Після завершення програми
Основна група	5 дітей з порушеннями постави	8 дітей з помітними покращеннями
Контрольна група	4 дітей з порушеннями постави	5 дітей з помітними покращеннями

Для оцінки ефективності програми фізичної терапії були проаналізовані зміни в рівновазі та гнучкості дітей обох досліджуваних груп (рис. 4.1 та 4.2).

Як видно з даних на рисунку 4.1, діти основної групи до початку програми мали низький рівень рівноваги (середній бал – 4 з 10 можливих). Після завершення 8-тижневої програми цей показник підвищився до 7 балів, що свідчить про покращення контролю над положенням тіла та зміцнення м'язів-стабілізаторів. У контрольній групі також спостерігалася незначна позитивна динаміка (від 4 до 5 балів), однак ці зміни були менш вираженими.

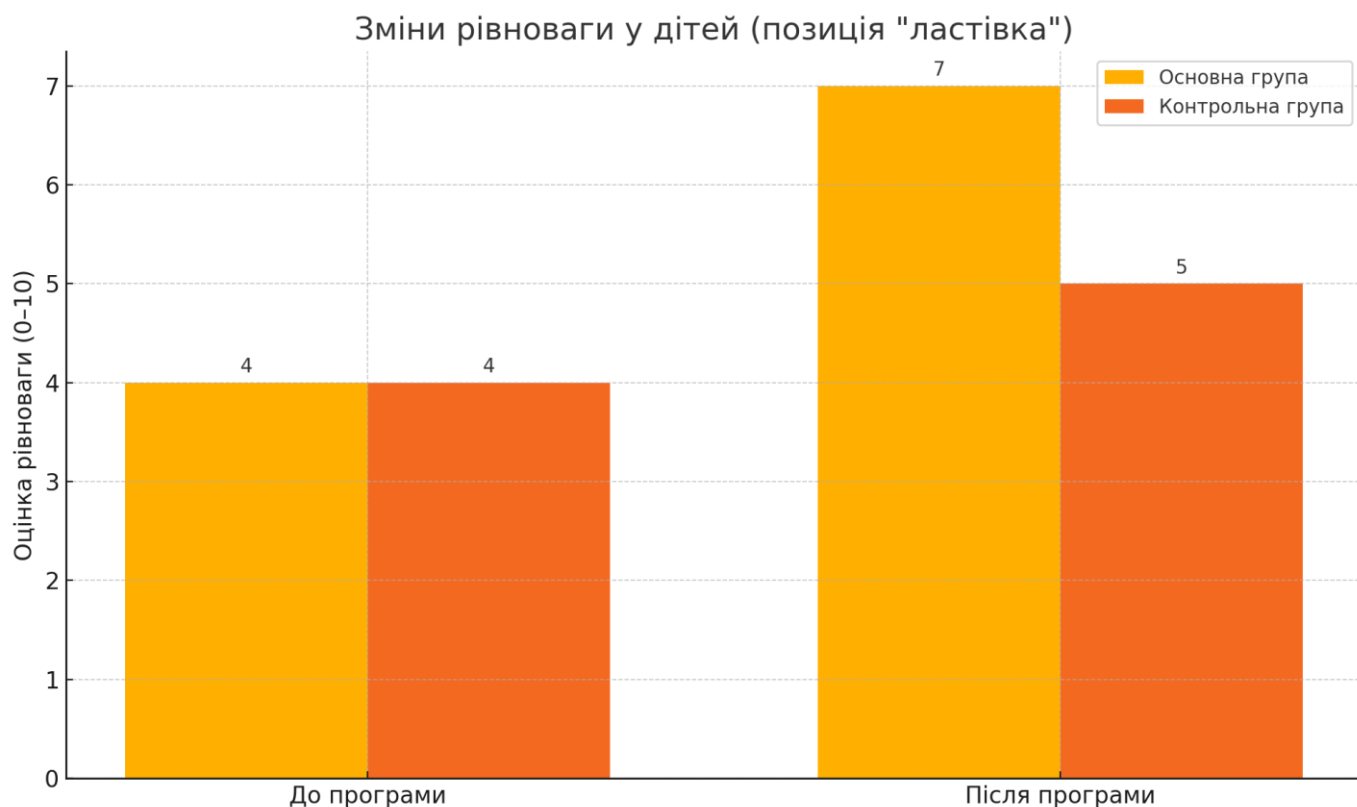


Рис. 4.1. Оцінка рівноваги дітей дошкільного віку

Згідно з даними рисунку 4.2, середній показник гнучкості в основній групі зріс з 15 см до 25 см, що вказує на покращення еластичності м'язів спини та задньої поверхні стегна. У дітей контрольної групи прогрес був менш значним — з 15 см до 18 см. Такі результати підтверджують, що цілеспрямоване фізичне навантаження у поєднанні з лікувальним масажем є більш ефективним для корекції порушень постави, ніж загальна фізична активність.

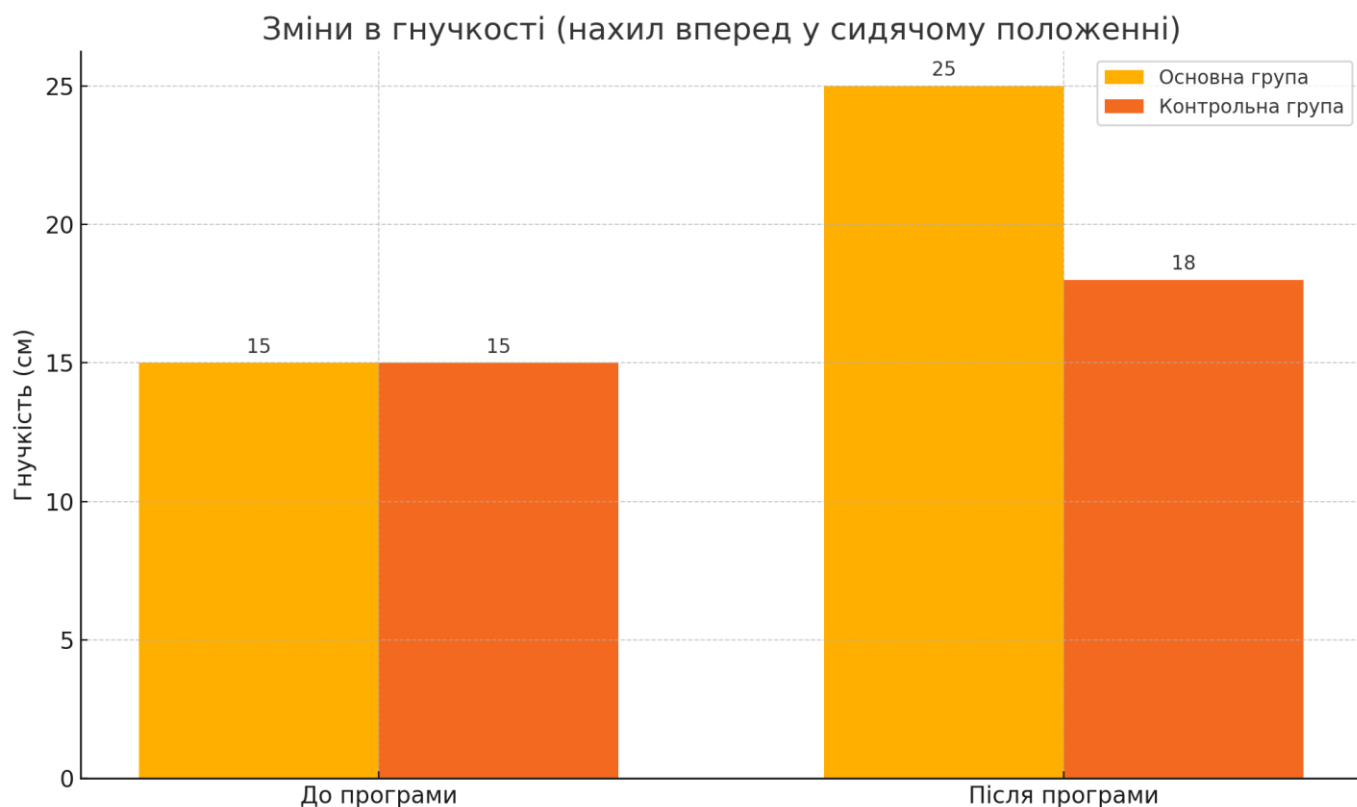


Рис. 4.2. Оцінка гнучкості дітей дошкільного віку

Результати дослідження свідчать про ефективність розробленої програми фізичної терапії для дітей дошкільного віку з функціональними порушеннями постави, спричиненими обмеженою руховою активністю в умовах воєнних дій. Позитивні зміни в основній групі значно перевищують результати контрольної, що підтверджує доцільність впровадження спеціалізованих занять у практику фізичної реабілітації дітей у кризових умовах. Результати дослідження підтвердили ефективність програми фізичної терапії, адаптованої до умов обмеженого простору та психоемоційного навантаження. Регулярне виконання вправ, ігрова подача матеріалу, участь батьків і створення сприятливої атмосфери сприяли покращенню фізичного стану дітей та профілактиці подальших постуральних порушень.

Порівняльний аналіз результатів показав статистично значуще покращення у дітей експериментальної групи за всіма ключовими показниками ($p < 0.05$).

Отже, запропонована програма може бути рекомендована для широкого впровадження у практику дошкільних закладів, сімейної фізичної терапії, а також у кризових ситуаціях — з мінімальними витратами та за відсутності спеціального обладнання.

4.3. Рекомендації для практичного впровадження програми фізичної терапії для дітей з порушенням постави

У сучасних умовах воєнних дій на території України значна кількість дітей дошкільного віку зазнає обмеження рухової активності через евакуацію, перебування в укриттях, відсутність доступу до дитячих закладів та безпечних зон для ігор. Це призводить до розвитку порушень постави, зниження загального фізичного тону, зменшення обсягу рухів та функціональних можливостей опорно-рухового апарату. Враховуючи актуальність проблеми, особливу увагу необхідно приділити впровадженню програм фізичної терапії, адаптованих до сучасних реалій.

Загальні рекомендації щодо впровадження програми

1. Організація безпечного простору

Необхідно створити умови для безпечного виконання вправ у домашніх умовах або в умовах укриттів. Простір має бути достатнім для рухової активності, без гострих предметів чи слизької підлоги. Варто використовувати килимки, подушки, м'які модулі, що забезпечують комфорт та безпеку.

2. Регулярність занять

Фізичні вправи слід проводити щодня або щонайменше 3–4 рази на тиждень. Тривалість одного заняття має становити 20–30 хвилин. Важливо дотримуватися режимності: обрати зручний для дитини час, бажано в першій половині дня.

3. Індивідуалізація підходу

Комплекс вправ має бути адаптованим до віку дитини, рівня розвитку, характеру порушення постави та можливих супутніх захворювань. Варто враховувати

психоемоційний стан дитини, мотивацію до участі в заняттях, наявність батьківської підтримки.

4. Ігрова форма подачі

Дошкільнята краще сприймають заняття у формі гри. Вправи слід подавати як сюжетні завдання: «хода лісовою стежкою», «кроки їжачка», «вправа на хмаринці» тощо. Це сприяє залученню дитини та підвищує ефективність занять.

5. Участь батьків або опікунів

Дорослі мають бути активними учасниками процесу. Їх підтримка, емоційне залучення та приклад мають вирішальне значення. Батькам варто пояснити мету занять, навчити їх техніці виконання вправ та надати матеріали (інструкції, відео тощо).

Рекомендований комплекс вправ

Вправи спрямовані на корекцію постави, зміцнення м'язів спини, живота, ніг, розвиток координації та дихання.

Розминка (5 хв)

- ✓ Хо́да на місці
- ✓ Крокування з підніманням колін
- ✓ Повороти тулуба в сторони
- ✓ Оберти плечима

Основна частина (15–20 хв)

- ✓ Вправа «Місток» (лежачи на спині, піднімати таз)
- ✓ «Кішечка» (вигинання та прогинання спини у положенні на четвереньках)
- ✓ «Літак» (лежачи на животі, піднімання рук і ніг одночасно)
- ✓ Присідання з підтримкою
- ✓ Вправи на баланс: стояння на одній нозі, ходіння по уявній лінії
- ✓ Дихальні вправи (3–5 хв)
- ✓ Вдих через ніс, видих через рот зі звуком «ш-ш-ш»
- ✓ «Надуємо кульку» (імітація надування повітряної кульки)

- ✓ Вправа з використанням пір'їнки або паперової смужки: дмухати та утримувати її в повітрі

Додаткові рекомендації

- Використання цифрових технологій: Якщо є доступ до інтернету чи пристроїв, можна використовувати інтерактивні відеозаняття, мобільні застосунки або онлайн-консультації з фахівцем з фізичної терапії.
- Ведення щоденника занять: Рекомендується фіксувати дату, виконані вправи, спостереження щодо самопочуття дитини. Це допоможе відстежувати динаміку та коригувати програму.
- Психоемоційна підтримка: У зв'язку з воєнним стресом важливо дбати не лише про тіло, але й про психологічний стан дитини. Заняття повинні дарувати радість, почуття безпеки та впевненості.
- Контроль фізичного терапевта: По можливості слід періодично консультуватися з фізичним терапевтом для корекції комплексу відповідно до змін у стані дитини.

У підсумку, запропонована програма фізичної терапії має стати доступним інструментом підтримки здоров'я дітей у складних умовах. Її реалізація базується на принципах адаптивності, регулярності, безпеки та ігрової мотивації. Рекомендації, викладені у цьому розділі, можуть бути використані як батьками, так і вихователями, медичними працівниками та фахівцями з реабілітації.

ВИСНОВКИ

1. В ході проведеного комплексного дослідження визначили, що порушення постави у дітей дошкільного віку є поширеним явищем, яке особливо загострюється в умовах воєнних дій та обмеженої рухової активності.
2. Анатомо-фізіологічні особливості дітей 3–6 років, зокрема нестабільність опорно-рухової системи та недостатній розвиток м'язового корсету, роблять їх вразливими до формування постуральних порушень.
3. Психоемоційні фактори, викликані стресом, страхом, ізоляцією та змінами способу життя в умовах війни, також негативно впливають на поставу, спричиняючи захисні пози, гіпотонус або напруження м'язів.
4. Аналіз сучасних методів фізичної терапії показав доцільність застосування індивідуалізованих, адаптованих програм, побудованих на принципах доступності, системності, ігрової форми та багатофакторного підходу.
5. Розроблена програма фізичної терапії для дітей дошкільного віку, орієнтована на умови обмеженого простору та підвищеної тривожності, продемонструвала високу ефективність у покращенні постави, підвищенні м'язового тону, гнучкості та психоемоційного стану.
6. Отримані результати підтвердили значущі позитивні зміни в постуральному стані дітей, які виконували запропоновану програму, порівняно з контрольною групою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Розвиток рухових якостей у дітей дошкільного віку. – Київ: Олімпійська література, 2019.
2. Аналітична записка МОЗ України: Вплив війни на фізичний та психоемоційний стан дітей. – 2023.
3. Бех І. Д. Психологія розвитку дитини дошкільного віку. – Київ: Слово, 2019.
4. Бойчук Т. М. Фізична терапія при порушеннях постави у дітей. – Тернопіль: ТНМУ, 2021.
5. Бондар І. О. Досвід фізичної терапії для дітей внутрішньо переміщених осіб // Педіатрія. – 2023.
6. Білик Н. М. Дитяча фізіотерапія: клінічні аспекти. – Київ: Медицина, 2021.
7. Гуменюк О. В. Фізична терапія в педіатрії: навчальний посібник. – Львів: Сполом, 2020.
8. Звіт ЮНІСЕФ: «Діти України в умовах війни». – 2022.
9. Карпенко О. М. Профілактика порушень постави у дітей. – Харків: Основа, 2018.
10. Ковальчук М. С. Застосування вправ ЛФК при сколіотичній поставі у дітей // Український журнал фізичної терапії. – 2021.
11. М. Роль фізичної активності в зміцненні здоров'я дітей дошкільного віку // Теорія і методика фізичного виховання. – 2020.
12. Мазур Н. О. Особливості постави у дітей в умовах недостатньої рухової активності // Український журнал медицини. – 2021.
13. Матеріали Національного конгресу фізичних терапевтів України. – Київ, 2022.
14. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги: «Реабілітація дітей з порушенням постави». – Київ, 2020.
15. Назаренко Л. М. Основи нейророзвиткового підходу у фізичній терапії дітей. – Київ, 2022.

16. Наказ МОЗ України № 385 від 28.02.2020 «Про затвердження стандартів надання фізичної терапії дітям з порушеннями опорно-рухового апарату».
17. Орловська Н. О. Основи фізичної реабілітації дітей з неврологічними порушеннями. – Київ: МАУП, 2016.
18. Павленко Л. В. Вплив психоемоційного стану на соматичне здоров'я дітей в умовах стресу // Здоров'я дитини. – 2022.
19. Пономаренко В. А. Ортопедія і травматологія дитячого віку. – Вінниця: Нова книга, 2017.
20. Слободян Т. І. Роль фізичної терапії у корекції порушень постави в умовах війни // Медична реабілітація. – 2023.
21. Тези доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з дитячої реабілітації. – Львів, 2023.
22. Шиян Б. М. Теорія і методика фізичного виховання школярів і дошкільників. – Тернопіль: Богдан, 2020.
23. Anderson P., Holt R. Psychosocial stress and posture in early development. // Dev Med Child Neurol. – 2020.
24. Côté P., Kristman V. Exercise therapy for children with spinal posture disorders: a systematic review. // BMC Pediatrics. – 2021.
25. Czaprowski D. et al. The effect of asymmetrical posture on spinal development in children. // Spine. – 2020.
26. Lee J., Kim H. Postural deformities in children and impact on quality of life. // J Phys Ther Sci. – 2021.
27. Molnar A. et al. Displacement, trauma, and child development. // Pediatrics. – 2021.
28. Pillas D. Supporting children's recovery through physical activity: trauma-informed care. // Physiotherapy Theory Practice. – 2022.
29. Reilly J. J. et al. Sedentary behaviour and health in early childhood. // Int J Behav Nutr Phys Act. – 2018.
30. Save the Children. Impact of war on children's mental health and development. – Report. – 2022.

31. Stodden D. F. Physical activity in early childhood: impact on motor competence. // Child Dev. – 2017.
32. Warburton D. et al. Health benefits of physical activity: evidence update. // CMAJ. – 2019.
33. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. – Geneva: WHO, 2019.
34. UNICEF. Physical activity interventions for displaced children. – Geneva, 2022.
35. International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version (ICF-CY). – WHO, 2007.
36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> – Наукова база даних PubMed.
37. <https://www.physio-pedia.com> – Освітній ресурс з фізичної терапії.
38. <https://www.unicef.org> – Дитячий фонд ООН.
39. <https://www.who.int> – Всесвітня організація охорони здоров'я.
40. Protecting children in war: A guide for caregivers. – New York, 2022.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для батьків дитини дошкільного віку

Мета: виявлення чинників ризику порушень постави та аналіз рухового режиму дитини

Прізвище та ім'я дитини: _____

Вік: _____ Стать: ☐ Хлопчик ☐ Дівчинка

Дата заповнення: _____

1. Загальна інформація

1.1. Чи є у вашої дитини хронічні захворювання?

☐ Так (вказати які): _____

☐ Ні

1.2. Чи спостерігали ви в дитини скарги на:

- біль у спині ☐ Так ☐ Ні

- втому при сидінні ☐ Так ☐ Ні

- асиметрію плечей, хребта, таза ☐ Так ☐ Ні

- інші симптоми: _____

1.3. Чи зверталися ви коли-небудь до ортопеда або фізичного терапевта?

☐ Так ☐ Ні

Якщо так, яка була рекомендація? _____

2. Рухова активність дитини

2.1. Скільки часу щодня дитина проводить на свіжому повітрі?

☐ Менше 30 хв

☐ 30–60 хв

☐ Більше 1 години

2.2. Чи бере дитина участь у фізкультурі, гуртках або секціях?

☐ Так ☐ Ні

Якщо так, вказати які: _____

2.3. Скільки часу дитина проводить перед екраном (ТБ, планшет, телефон)?

☐ Менше 1 години

☐ 1–2 години

☐ Більше 2 годин

3. Побутові умови

3.1. Чи обладнане робоче місце дитини відповідно до її зросту (стіл, стілець)?

☐ Так ☐ Ні

3.2. Як дитина зазвичай носить рюкзак або сумку?

☐ На двох плечах ☐ На одному плечі ☐ Не носить

3.3. Яка звична поза дитини під час гри або малювання?

☐ Сидячи з прямою спиною

☐ Сидячи з нахилом уперед

☐ Лежачи або згорнувшись

3.4. Яка постіль дитини?

☐ Жорсткий матрац ☐ М'який матрац ☐ Спить з батьками

4. Емоційний стан (особливо в умовах війни)

4.1. Чи переживала дитина психоемоційні потрясіння (евакуація, втрата близьких, укриття)?

☐ Так ☐ Ні

Як це вплинуло на поведінку дитини? _____

4.2. Чи помічаєте ви зміни у поведінці дитини за останній час?

☐ Занадто активна

☐ Млява/апатична

☐ Тривожна/замкнена

☐ Без змін

5. Ваші очікування від фізичної терапії:

Підпис батьків/опікунів: _____

Додаток Б

Шаблони оцінки для фізичної терапії дошкільників

1. Карта спостереження за поставою дитини

Прізвище, ім'я: _____

Вік: _____ Дата оцінювання: _____ Фахівець: _____

Ознака	Норма	Відхилення (+ опис)
Рівень плечей	Симетричні	
Лопатки	Прилягають	
Лінія хребта (фронтальна площина)	Пряма	
Грудна клітка	Середнє положення	
Таз	Горизонтальний	
Коліна	Прямі	
Стопи	Паралельні	
М'язовий тонус	Симетричний	

2. Графік рухового розвитку дитини (3–6 років)

Навичка / Дія	Вік нормального формування	Дата освоєння	Коментар
Бігає без падіння	3 роки		
Стрибає на обох ногах	3–4 роки		
Стоїть на одній нозі > 5 с	4 роки		
Ходить по лінії	4–5 років		
Робить перекати вперед	5 років		

Лазить по шведській стінці	5–6 років		
Ловить м'яч руками	5 років		
Малює прості фігури (коло, хрестик)	3–4 роки		

3. Шкала м'язового тону (спрощена)

М'язова група	Ліворуч	Праворуч	Оцінка (гіпо/норма/гіпер)	Коментар
М'язи ший				
М'язи спини				
М'язи живота				
М'язи верхніх кінцівок				
М'язи нижніх кінцівок				

Позначення: ↓ – гіпотонус, ↑ – гіпертонус, N – норма

4. Шкала м'язової сили (адаптована MRC для дітей)

Бал	Опис
0	Повна відсутність скорочення м'яза
1	Ледве помітне скорочення без руху суглоба
2	Рух можливий у горизонтальному положенні (без сили тяжіння)
3	Рух проти сили тяжіння, але без опору
4	Рух з незначним опором
5	Нормальна сила м'яза для віку

Додаток В

Готові комплекси та системи вправ корекційної гімнастики

1. Програма “Здорова постава”

Ціль: Профілактика та початкова корекція порушень постави у дітей віком 4–6 років.

Структура заняття:

- Тривалість: 20–30 хв
- Частота: 3–5 разів на тиждень
- Середовище: групове/домашнє

Етапи:

Розминка (5 хв):

- Ходьба на носках, п'ятах, зовнішніх краях стоп (по 30 сек)
- Рухи руками вгору-вниз, обертання плечима
- Дихальні вправи («надуй кульку», «дуй на свічку»)

Вправа	Опис	Повтори
Кішка – верблюд	Упор на коліна і руки, вигинати/вигинати спину	10
Плавець	Лежачи на животі – підйом рук і ніг, імітація плавання	8–10
Місточок на лопатках	Лежачи – згинання колін, підйом таза	10
Балансування	Стоячи на одній нозі, руки в боки	по 10 с
Планка на колінах	Упор на руки й коліна, утримання тіла	10–20 с
Зайчик	Стрибки вперед із напівприсіду	10

Основна частина (15–20 хв):

Заклучна частина (5 хв):

- Дихальні вправи (вдих – руки вгору, видих – вниз)
- Ходьба повільна з розслабленням рук
- Рухи «потягнись – розслабся»

2. Програма “Balance Kids”

Ціль: Формування рівноваги, координації, укріплення глибоких м’язів.

Рекомендовано: дітям із плоскою спиною, сутулістю, гіпотонусом.

Вправа	Інвентар	Опис
Пеньочок	Поролоні блоки	Ходьба по нестійкій поверхні
Равлик	Килим/кармат	Переكاتи з сидячого положення на спину і назад
Повітряна кулька	М’яч	Стоячи на одній нозі — підкидання м’яча однією рукою
Колода	Лінія на підлозі	Ходьба по уявній «лінії» з розведеними руками
Карусель	Без інвентаря	Оберти навколо себе з утриманням рівноваги

Примітка: вправи обов’язково виконуються у формі гри.

3. Домашній міні-комплекс для обмежених умов

Ціль: Забезпечити мінімальну, але регулярну фізичну активність у дітей під час обмеженого простору (укриття, евакуація).

Підходить для: дітей 4–6 років, які тимчасово не мають доступу до фізкультури або занять ЛФК.

Вправа	Умови	Інструкція	Повтори
Маленька зірка	Стоячи	Потягування рук у сторони – вгору – вниз	5
Жабка	Сидячи	Імітація стрибків у сидячому положенні	10

Топасмо разом	Стоячи	Піднімання колін з плеском під стегном	10
Намалюй дугу	Лежачи	Підйом рук над головою, рух «веселка»	6–8
Рибка	Лежачи на животі	Підйом грудної клітки з руками назад	8

4. Елементи з методики Бобат

Для дітей з помірними порушеннями симетрії або низьким м'язовим тонусом.

- Позиція «живіт на м'ячику»: дитина лежить животом на фітболі, дорослий утримує, виконується перекач вперед-назад.
- Підведення з положення сидючи за руку з контролем спини.
- Позиціонування: сидіння з опорою на руки позаду — активізує м'язи живота.

Додаткові вправи для розтягування та гнучкості

Вправа	Мета	Час
Метелик	Розтягнення привідних м'язів	20–30 с
Кішка	Мобільність хребта	8–10
Замок за спиною	Розтягнення плечей	по 10 с

Висновок:

Готові комплекси вправ дають змогу ефективно організувати корекційну гімнастику в різних умовах — від дитячого садка до укриття. Їх перевага в простоті, адаптивності до віку та безпечності. Регулярне виконання навіть короткого комплексу (10–15 хв щодня) позитивно впливає на поставу, рухову активність та емоційний стан дитини.

Додаток Г

Інструктаж для батьків та педагогів щодо підтримки правильної постави у дітей дошкільного віку

Шановні батьки, вихователі та педагоги!

Правильна постава — це не лише естетика тіла, а й показник здоров'я дитини. Вона впливає на дихання, роботу внутрішніх органів, психоемоційний стан і впевненість у собі. Ваша участь у щоденній підтримці дитини — критично важлива. Навіть кілька хвилин уваги щодня можуть значно покращити самопочуття та фізичний стан дитини.

Що повинні знати дорослі:

1. Постава формується у звичних умовах життя дитини — під час гри, сидіння, сну, прогулянок.
2. Сутулість — це не лінь, а часто наслідок м'язового дисбалансу, неправильного середовища або емоційного стану.

3. У дошкільному віці формуються моторні навички та м'язова пам'ять, які впливають на поставу в майбутньому.

4. Фізична активність повинна бути регулярною, але дозованою та безпечною характеру.

Рекомендації для батьків

1. Облаштуйте середовище вдома:

- Стіл і стілець повинні відповідати зросту дитини.
- Для сидіння — краще використовувати стільці зі спинкою під прямим кутом.
- Організуйте зону для руху (навіть у маленькому просторі).

2. Щодня виконуйте прості вправи (10–15 хвилин):

- «Кішка», «Місток», «Плавець», «Планка на колінах», «Баланс на одній нозі».
- Використовуйте ігрову форму: “стоїмо, як фламінго”, “стрибаємо, як зайчик”.

3. Слідкуйте за рюкзаком та взуттям:

- Рюкзак має бути легким, носитися на обох плечах.
- Взуття — із твердим задником, підходящого розміру.

4. Контролюйте час за екраном:

- Не більше 1 години на день у неперервному форматі.
- Робіть активні паузи через кожні 30 хвилин сидіння.

5. Виявляйте підтримку:

- Хваліть за спроби тримати спину рівно.
- Не примушуйте — краще мотивуйте.

Рекомендації для педагогів і вихователів

1. Слідкуйте за посадкою дитини за столом:

- Спина — пряма, стопи на підлозі, лікті — на столі.

2. Впроваджуйте активні паузи щогодини:

- 2–3 хвилини руханки: потягування, крокування, оберти руками.

3. Організуйте щоденну рухову активність:

- Ранкова гімнастика, рухливі ігри, танці, ігри з рівновагою.

4. Спостерігайте за дітьми:

- Чи часто дитина скаржиться на втому?
- Чи є видимі ознаки асиметрії (плечі, спина)?
- Повідомляйте батьків про помічені особливості.

5. Створюйте емоційно безпечне середовище:

- Не висміюйте дітей за особливості постави.
- Підтримуйте позитивне ставлення до фізичної активності.

Залучення дитини — ключ до успіху!

Правильна постава — це результат спільної роботи: дитини, батьків, педагогів і фахівців. Ваш приклад, підтримка та щоденна увага формують у дитини звичку піклуватися про себе.

Нехай кожен день приносить користь, здоров'я і радість руху!