

DOI 10.31392/NPU-nc.series15.2022.5(150).06  
УДК 37.042-056.2:616.716-007.2(045)

Волкова С. С.  
кандидат педагогічних наук, професор  
комунального закладу вищої освіти  
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради  
Клочек Н. В.  
магістрантка комунального закладу вищої освіти  
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради

## КОРЕКЦІЯ МІОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

У статті представлено міофункціональну терапію у дітей молодшого віку з особливими потребами. Проаналізовано літературу і показано, що дана проблема досить рідко зустрічається. Представлені причини появи міофункціональних окремих порушень у дітей.

Встановлено показання для здійснення корекції порушень м'язового тону жувальних та мимічних м'язів. Охарактеризовано групи проявів міофункціональних порушень у дітей молодшого шкільного віку. Представлено системи роботи з корекції порушень у дітей. Надано порівняльний кількісно-якісний аналіз позитивної динаміки у подоланні проявів порушень сформованості мимічного, орального, артикуляційного праксису та фізіологічного мовленнєвого дихання. Система роботи з корекції міофункціональних порушень у дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами. Доведено, що комплексне застосування методів кінезіотейпування, орофасіального та артикуляційного масажу, міогімнастики та тривале носіння спеціальних трейнерів у комплексній реабілітації міофункціональних порушень у дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами сприяло регуляції тону мимічних, жувальних, оральної та артикуляційних м'язів, збільшуючи їх амплітудність та силу; зменшенню гіперсаливації; нормалізації рухливості щелепних суглобів, нижньої щелепи, гортані; частковому якісному поліпшенню процесів жування та ковтання; зменшенню набряків та застійних явищ у м'язах.

**Ключові слова:** міофункціональні порушення, корекція, діти, особливі потреби.

**Volkova S. S., Klochek N. V. Correction of myofunctional disorders in children with special needs.** The article presents myofunctional therapy in young children with special needs. The literature is analyzed and it is shown that this problem is quite rare. It is shown that the influence of anomalies in the structure and functions of the dental system on the formation and development of the musculoskeletal system of the maxillofacial region and the speech-communication mechanism in children). The reasons for the appearance of myofunctional disorders in children are presented. The causes of myofunctional disorders are: dysfunction; bad habits; genetic predisposition.

Indications for the correction of disorders of muscle tone of masticatory and facial muscles have been established. Groups of manifestations of myofunctional disorders in children of primary school age are characterized. The following groups of manifestations of myofunctional disorders have been identified: group I – myofunctional disorders caused by biological determinants; group II – myofunctional disorders caused by social determinants; group III – myofunctional disorders caused by biosocial determinants.

Systems of work on correction of disorders in children are presented. A comparative quantitative and qualitative analysis of the positive dynamics in overcoming the manifestations of disorders of facial expressions, oral, articulatory praxis and physiological speech breathing is given. The system of work on the correction of myofunctional disorders in children of primary school age with special educational needs. It is proved that the complex application of kinesiotaping, orofacial and articulation massage, myogymnastics and long-term wearing of special trainers in the complex rehabilitation of myofunctional disorders in primary school children with special educational needs helped regulate the tone of facial expressions, chewing gum, and strength; reduction of hypersalivation; normalization of mobility of jaw joints, lower jaw, larynx; partial qualitative improvement of chewing and swallowing processes; reduce swelling and congestion in the muscles.

**Keywords:** myofunctional disorders, correction, children, special needs.

**Постановка проблеми.** Корекція міофункціональних порушень щелепно-лицьової області є одним із пріоритетних та практико-значущих напрямів діяльності мультифункціональної команди: педіатрів, дитячих неврологів, отоларингологів, щелепно-лицьових ортопедів, остеопатів, стоматологів, ортодонтів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, нейрологопедів, міофункціональних терапевтів. Проте, розкриття особливостей використання техніки міофункціональної терапії у дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами як в медичній, так і в педагогічній літературі зустрічається досить рідко та не виступає об'єктом досліджень в клініці ортодонції, логопедії, фізичної терапії. До того ж відсутність міжгалузевого зв'язку негативно впливає на розробку практичних методик, які б поєднували комплексну систему медико-педагогічних діагностичних і корекційних заходів щодо подолання міофункціональних порушень у дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами.

**Аналіз літературних джерел** дозволив констатувати необхідність досліджень у сфері застосування техніки міофункціональної терапії у практиці фізичної терапії задля покращення стану функціонування мимічного, орального та артикуляційного праксису, нормалізації процесів жування та ковтання, формування правильного дихання, вдосконалення мовленнєво-рухових функцій та функцій моторного планування.

Значна частина досліджень, які вивчали особливості прояву міофункціональних порушень у дітей із особливими освітніми потребами, присвячується аномаліям та деформаціям прикусу (В. Водолацький, Н. Даньков, М. Дрогомирецька, Л. Смаглюк, Р. Хінц та ін.), впливу аномалій та деформації щелепно-лицьової ділянки на мовленнєву функцію (О. Бондаренко, Н. Хелмінська, S. Bartlett, L. Koch, H. KahlNieke, V. Korbmacher, D. Singh); особливостям артикуляційної моторики (І. Андрусьова, Л. Журавльова, С. Конопляста, З. Ленів, В. Литвиненко, Н. Манько, Т. Мельніченко, Н. Пахомова, Ю. Рібцун, Л. Трофименко, М. Шеремет та ін.); стану мимічної мускулатури та дрібної моторики (Д. Гамова, Н. Григорян, Б. Гріншпун, О. Мастюкова, М. Піскунова та ін.).

#### Мета статті (постановка завдань)

1. Узагальнити теоретичний матеріал з проблеми дослідження.
2. Провести діагностику виявлення міофункціональних порушень дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами.
3. Встановити типологію міофункціональних порушень у дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами.
4. Показати зв'язок фізичної терапії у корекції міофункціональних порушень та сформулювати мету у SMART форматі.
5. Впровадити систему роботи з корекції міофункціональних порушень у дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребам та встановити її ефективність.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять: теорія поліоетіологічності детермінантів виникнення аномалій у будові та функціях зубощелепної системи (Д. Гарбацкевич, М. Дрогомирецька, Л. Смаглюк, П. Фліс, Ф. Хорошилкина та ін.); теорія структури дефекту (Л. Виготський, М. Певзнер, Ж. Піаже та ін.); вчення про аномальний розвиток дітей (Б. Зейгарник, В. Лубовський, С. Рубінштейн та ін.); положення впливу аномалій у будові зубощелепної системи на розвиток мовленнєво-комунікативного механізму (Н. Головка, О. Дорошенко, О. Павленко та ін.); теорія залежності якості звуковимови від стану артикуляційної моторики (І. Андрусьова, К. Беккер, Б. Гріншпун, Л. Журавльова, С. Конопляста, З. Ленів, В. Литвиненко, Н. Манько, Т. Мельніченко, Н. Пахомова, О. Правдіна, Ф. Рау, Ю. Рібцун, М. Совак, В. Тарасун, Л. Трофименко, Т. Філічева, М. Фомічова та ін.); засади розвитку фізіологічного та мовленнєвого дихання у дітей із різними видами психічного дизонтогенезу (Л. Беякова, В. Бондар, Н. Гончарова, В. Ермолаєв, В. Засенко, Ф. Іполітова, М. Козленко, Й. Левідов, Е. Малютін, Н. Новікова, Є. Соботович, В. Тарасун, М. Фомічова, О. Хохліна, Б. Шеремет, М. Шеремет, М. Ярмаченко та ін.).

Становлення засад корекції міофункціональних порушень відбувалось поступово. Ретроспективний підхід до вивчення спадщини зазначеного питання дозволяє констатувати, що використання міофункціональної терапії застосовувалось із XIV століття. Проте, перші спомини про лікування розщелин губи та піднебіння ми знаходимо в трактатах Древнього Єгипту, Індії та Китаю. Інтенсивне накопичення знань про міофункціональні порушення та засади їх корекції відбувається на початку XX століття. Саме цей період характеризується дослідженнями в галузі стоматології, ортодонтії та логопедії.

Вплив аномалій у будові та функціях зубощелепної системи на становлення і розвиток кістково-м'язової системи щелепно-лицьової області та мовленнєво-комунікативного механізму у дітей розкрито у дослідженнях Н. Головка, Н. Григоренко, О. Дорошенко, О. Павленко та ін. Водночас, ними доведено і зворотній процес. Науковці зазначають, що порушення звуковимови, процесів жування, ковтання спричиняють деформації зубощелепної системи [3; 4; 5].

Отже, міофункціональні порушення – це порушення тонусу (від гіпотонічного до спастичного) жувальних та/або мимічних м'язів, обумовленого порушенням функцій зубощелепної системи.

Вітчизняним науковцем Ахмадом Салех Халяф Саламом констатовано порушення носового дихання у 67% дітей віком від 6 до 12 років, ковтання – у 61% ос., жування – у 58% ос., звуковимови – у 45% дітей [1].

Причинами появи міофункціональних порушень є:

I. Порушення функцій: ротового дихання, зумовленого наявністю аденоїдів або слабким оральним м'язом; ковтання, зумовлене тривалим смоктанням пляшечки з соскою або соски-пустушки, тривалим годуванням рідкою або протертою їжею; жування рідкої або протертої їжі, повільне зростання щелепів, скупченість зубів; анатомічні порушення щелеп, зубів, піднебіння, під'язикової вуздечки; порушення постави та міодинамічної рівноваги; мовленнєві порушення, зумовлені аномальним тиском язика на зубний ряд.

II. Шкідливі звички: смоктання пальця або соски-пустушки;N бруксизм; прикусування губ, щік, язика; прокладання язика між зубами.

III. Генетична схильність. Науковцями визначено, що міофункціональні порушення з причини генетичної схильності зустрічаються у 20% дітей.

Досліджуючи питання прояву та впливу міофункціональних порушень на розвиток кістково-м'язової системи, науковцями доведено взаємозв'язок та взаємозалежність положення нижньої щелепи та осанки. Таке порушення прикусу як прогнатія призводить до порушення осі постави у верхній частині тулуба, прогенія – до порушення осі постави у нижній частині тулуба [1; 2; 3; 4; 7–9; 10; 11].

Також широко представлено дослідження, присвячені взаємозалежності міофункціональних порушень з патологіями носа, вуха, горла, перенесеними в ранньому віці нейроінфекціями, рахітом, туберкульозом, кишковими інфекціями [1; 2; 3; 5; 6; 7; 8; 10].

За Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) у дітей із міофункціональними порушеннями констатуються [12]:

- хвороби ротової порожнини, слинних залоз та щелеп (K00-K14): адентія, гіподентія, олігодентія, надкомплектні зуби, аномалії розмірів та форми зубів, бруксизм, щелепно-лицьові аномалії, аномалії щелепно-черепного співвідношення, аномалії співвідношення зубних дуг, щелепно-лицьові функціональні аномалії;
- інші вроджені деформації черепа, обличчя та щелепи (Q67.4): втиснення у черепі, скривлення носової перегородки, вроджена атрофія половини обличчя, вроджена гіпертрофія половини обличчя;
- специфічні розлади розвитку мовлення та мови (F80): специфічний розлад мовної артикуляції, розлад експресивного мовлення.

За результатами досліджень вченими встановлено показання для здійснення корекції міофункціональних порушень, зокрема: звичка дихати ротом; інфантильний тип ковтання; больовий синдром у жувальних, щелепних, шийних м'язах; швидка втомлюваність і низька активність жувальних м'язів; скрежет нижньою щелепою; труднощі відкривання або закривання рота; нормалізація носового дихання; дисритмія та дисамплітудність язика. У зв'язку з цим, мішенями корекційної роботи для них є нормалізація м'язового тону жувальних та мимічних м'язів; подолання шкідливих оральних звичок; корекція положення язика та способів ковтання, голови та шиї.

Вивчення факторів, що стали передумовами появи міофункціональних порушень, особливостей їх прояву дозволило визначити типологію міофункціональних порушень у дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами.

Нами визначено такі групи проявів міофункціональних порушень:

I група – міофункціональні порушення, викликані біологічними детермінантами;

II група – міофункціональні порушення, викликані соціальними детермінантами;

III група – міофункціональні порушення, викликані біосоціальними детермінантами.

До I групи ми віднесли дітей із проявами міофункціональних порушень, викликаними біологічними детермінантами. Їх констатовано 2 молодших школяра (33,3%). Для них була характерна дисфункція ковтання. Внаслідок поєднаної ускладненої патології антенатального, інтранатального, неонатального, раннього постнатального розвитку дитини порушено діяльність 22 щелепно-лицьових та під'язикових м'язів та формування зубо-щелепної системи.

Дітей із II групою проявів міофункціональних порушень, викликаних соціальними детермінантами, виявлено 1 молодшого школяра (16,6%). За результатами аналізу даних констатувального етапу експерименту ми визначили, що появу міофункціональних порушень спричинено тривалим смоктанням пустахи, а в подальшому великого пальця правої руки та олівця на уроках. Це засвідчує факт гіпомієлінізації трійчастого нерву. До того ж, тривале смоктання призвело до деформації будови верхньої та нижньої щелеп та дисбалансу м'язів язика, щік та щелепи.

Решту дітей, 50% молодших школярів, віднесено до III групи проявів міофункціональних порушень, викликаних біосоціальними детермінантами. Характерними ознаками для них виявилися такі: дисфункція жування, що спричинила в свою чергу дисбаланс у шлунково-кишковому тракті та недорозвинення кістково-м'язової системи щелеп; дисфункція дихання, що спричинила системні розлади (труднощі циркуляції повітря у носовій порожнині, змикання та розтягування губ; ротове дихання, міжзубне положення язика; недорозвинення скелету грудної клітини дитини; асиметрія плечей, лопаток, порушення постави; жувальні та скроневі м'язи перерозтягуються; порушення міодинамічної рівноваги між внутрішніми органами ротової порожнини).



Рис. 1. Система роботи з корекції міофункціональних порушень у дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами



Під час проведення біологічної стимуляції розвитку скелетно-м'язевої системи ми використовували міофункціональні вправи щодо нормалізації тонусу та відновлення працездатності м'язів щелеп, обличчя, губ, язика, м'якого піднебіння, маленького язичка, при цьому ми дотримувались певних вимог:

- виконання від простих до складніших, з поступовим плавним напруженням м'язів;
- чергування вправ на напруження та розслаблення м'язів;
- дозування, регуляція та концентричність у проведенні вправ.

Окрім цього, завдяки використанню вправ на м'язеву стимуляцію ми сприяли поліпшенню м'язевої трофіки.

Кількісний та якісний аналіз сформованості моторних передумов артикуляційного праксису (за методикою О. Шереметьєвої) передбачав визначення змін у харчовій поведінці, рухах нижньощелепних м'язів в акті жування, рухах м'язів язика в акті жування, рухах губних м'язів в акті жування.

**Висновки.** Якісний аналіз даних дав змогу співставити результати сформованості моторних передумов артикуляційного праксису до та після впровадження системи роботи та засвідчити якісне поліпшення стану м'язів: жувальних, нижньощелепних, язика та губ. Зменшення кількості дітей, які мають часткове порушення іннервації:

- м'язів язика і губ, складає з 66,6% ос. до 33,3% ос.;
- нижньощелепних і жувальних м'язів – з 50% ос. до 33,3% ос.

Порівняльний кількісно-якісний аналіз даних таблиці 1 виявив позитивну динаміку у подоланні проявів порушень стану сформованості мимічного, орального артикуляційного праксису та фізіологічного, мовленнєвого дихання на етапах констатувального та контрольного етапів, зокрема, зменшення проявів в:

- оральному статичному праксису з 66,6% ос. до 33,3% ос.;
- оральному динамічному праксису з 100% ос. до 50% ос.;
- аферентному артикуляційному (із зоровим контролем) з 100% ос. до 50% ос.;
- аферентному артикуляційному (без зорового контролю) з 100% ос. до 66,6% ос.;
- еферентному артикуляційному (із зоровим контролем) з 100% ос. до 50% ос.;
- еферентному артикуляційному (без зорового контролю) з 100% ос. до 66,6% ос.

Окрім позитивної динаміки у підвищенні рухливості органів артикуляції ми спостерігали також часткове подолання синкінезів та гіперкінезів у дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами.

Порівняльний кількісно-якісний аналіз результатів сформованості моторних передумов артикуляційного праксису до та після впровадження системи роботи засвідчив якісне поліпшення стану м'язів: жувальних, нижньощелепних, язика та губ.

Комплексне застосування методів кінезіотерапії, орофасіального та артикуляційного масажу, міогімнастики та тривале носіння спеціальних трейнерів у комплексній реабілітації міофункціональних порушень у дітей молодшого шкільного віку із особливими освітніми потребами сприяло регуляції тонусу мимічних, жувальних, оральної та артикуляційних м'язів, збільшуючи їх амплітудність та силу; зменшенню гіперсаливації; нормалізації рухливості щелепних суглобів, нижньої щелепи, гортані; частковому якісному поліпшенню процесів жування та ковтання; зменшенню набряків та застійних явищ у м'язах.

**Перспективи подальших досліджень.** Планується подальше дослідження фізичної терапії дітей до 14 років з даною патологією.

#### Література

1. Ахмад Салех Халяф Салама. Вплив функціонального стану щелепно-лицевої області у дітей на розвиток зубощелепних деформацій та можливості їх ранньої корекції : дис. ... канд. мед. наук (доктора філософії) : 14.01.22 / Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України. Київ, 2018. 218 с.
2. Білоус А. М. Зіставлення морфофункціонального стану зубощелепної ділянки й опорно-рухового апарату у пацієнтів із перехресним прикусом. Український стоматологічний альманах. 2013. № 4. С. 58–60.
3. Дорошенко О. М., Лихота К. М., Дорошенко М. В., Біда О. В. Дослідження функціонального стану жувальних м'язів у пацієнтів різних вікових груп із сагітальними аномаліями прикусу. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Київ, 2015. Вип. 24. Кн. 2. С. 58–63.
4. Дорошенко С. И. Влияние сагиттальных аномалий прикуса на функцию жевания и речи : автореф. дис. ... к. м. н. / Киев. мед. ин-т им. А. А. Богомольца. Киев, 1969. 17 с.
5. Дробунець А. Д. Поширеність дефектів зубних рядів та потреба у відновленні їх безперервності. Український стоматологічний альманах. 2007. № 1. С. 55–57.
6. Дрогомирецька М. С., Сухомлинова Т. Я., Якимець А. В. Вплив етіологічних чинників на розвиток дистального прикусу у дітей. Дентальні технології. 2008. № 3 (38). С. 45–46.
7. Куроедова В. Д., Сірик В. А. Логопедія в ортодонції. Полтава, 2005. 124 с.
8. Куроедова В. Д. Корекція порушень функцій щелепо-лицевого відділу вестибулярно-оральними ортодонтичними конструкціями. Спеціальна освіта і соціальна робота: теорія і практика підготовки фахівця : монографія / ПНПУ ім. В. Г. Короленка ; за заг. ред. Н. Г. Пахомової, В. А. Погрібняка. Полтава, 2017. С. 67–74.
9. Кучера М. В. Корекція порушень функції жувальних м'язів при незнімному протезуванні односторонніх включених дефектів зубних рядів : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22. Київ, 2016. 167 с.

10. Лихота К. М., Петриченко О. В., Цянь Чжан. Взаємозв'язок аномалій і деформацій прикусу з функціональним станом щелепно-лицевої ділянки (огляд літератури). Збірник наукових праць співробітників НУОЗ України імені П. Л. Шупика. 2018. Вип. 32. С. 231–238.
11. Мартиць Ю. М. Етіопатогенетичне обґрунтування комплексного лікування бруксизму у осіб молодого віку : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.22 / Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України». Тернопіль, 2018. 204 с.
12. Международная классификация болезней: МКБ-10. [Электронный ресурс]. URL: [http:// www.ros-med.info/mkb/about.php?klass=2366&action=mkb1](http://www.ros-med.info/mkb/about.php?klass=2366&action=mkb1).

#### Reference

1. Ahmad Saleh Khalaf Salama.(2018) The influence of the functional state of the maxillofacial region in children on the development of dental deformities and the possibility of their early correction (Ph.D. dissertation) Kyiv:National Medical Academy of Postgraduate Education named after PL Shupyk of the Ministry of Health of Ukraine.
2. Belous A. M.(2013) Comparison of the morphofunctional state of the dentition and musculoskeletal system in patients with cross-bite. Ukrainian Dental Almanac, 4: 58-60.
3. Doroshenko O. M., Likhota K. M., Doroshenko M. V., Bida O.V.(2015) Investigation of the functional state of masticatory muscles in patients of different age groups with sagittal occlusion anomalies. Collection of scientific works of PL Shupyk NMAPE staff. 24(2): 58-63.
4. Doroshenko S. I. (1969)Influence of sagittal anomalies of occlusion on the function of chewing and speech (abstract Ph.D. dissertation). Kyiv: Kiev Medical Institute. A. A. Bogomolets.
5. Drobunets A. D.(2007) Prevalence of dentition defects and the need to restore their continuity. Ukrainian Dental Almanac. 1:55-57.
6. Drohomlynska M. S., Sukhomlynova T. Ya., Yakymets A.V.(2008) Influence of etiological factors on the development of distal occlusion in children. Dental technologies. 3(38): 45-46.
7. Kuroyedova V. D., Sirik V.A.(2005) Speech therapy in orthodontics.
8. Kuroyedova V. D.(2017.) Correction of disorders of the maxillofacial department by vestibular-oral orthodontic constructions.In N.G. Pakhomova, V. A. Pogribnyak (Ed.), Special education and social work: theory and practice of specialist training (pp. 67-74) Poltava: PNPU them. VG Korolenko
9. Kuchera M. V.(2016) Correction of masticatory muscle dysfunction in fixed prostheses of unilateral included defects of the dentition: (abstract Ph.D. dissertation). Kyiv.
10. Likhota K. M, Petrichenko O.V., Qian Zhang.(2018) Relationship between anomalies and deformities of the bite with the functional state of the maxillofacial area (literature review). Collection of scientific works of PL Shupyk employees of the National Educational Institution of Ukraine. 32: 231–38.
11. Martyts Yu. M.(2018) Etiopathogenetic substantiation of complex treatment of bruxism in young peopleю (Ph.D. dissertation). Ternopil: State Higher Educational Institution "Ternopil State Medical University named after I. Gorbachev of the Ministry of Health of Ukraine". International Classification of Diseases: ICD-10. [Electronic resources] Mode of access to the resource: URL: [http:// www.ros-med.info/mkb/about.php?klass=2366&action=mkb1](http://www.ros-med.info/mkb/about.php?klass=2366&action=mkb1).

DOI 10.31392/NPU-nc.series15.2022.5(150).07  
УДК 37.013 + 796.011

*Гнесь Н.О.*

*кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту*

*Цибанюк О.О.*

*кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту*

*Циба Ю.Г.*

*викладач кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту*

*Молдован А.Д.*

*кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії та методики фізичного виховання і спорту*

*Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича*

#### АКТУАЛЬНІСТЬ СТРАТЕГІЧНОГО ПЛАНУВАННЯ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ (МІЖНАРОДНІ ІНІЦІАТИВИ ЮНЕСКО)

В статті розглянуто нормативно-регламентуючу, плануючу та проєктну діяльність впливових міжнародних організацій, що зацікавлені у систематичному потужному поступі сфери фізичного виховання, відкритому доступі до таких занять, популяризації здорового способу життя, моніторингу його якості у закладах освіти, зокрема ЮНЕСКО. Визначення шляхів оптимізації та розвитку шкільного фізичного виховання, нестандартні рішення та короткострокові та пролонговані рішення у даній сфері стали актуальною проблемою, на вирішення яких спрямовані різноманітні міжнародні ініціативи Організації Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури. Названо цікавими ідеями укладачів «Всесвітнього опитування щодо шкільного фізичного виховання» за 2013 рік про запровадження альтернативних видів фізичної активності для тих, хто звільнений від занять фізичною культурою на підставі рекомендацій лікаря, популяризацію та розвиток фізичної культури і спорту, зокрема через погляд на цю галузь в контексті появи нових робочих місць, а отже, її економічного зростання.

**Ключові слова:** діти, доступність, молодь, партнерство, проєкти, фізичне виховання, шляхи оптимізації.