**ПОЛТАВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА**

**ВІДКРИТОГО МІЖНАРОДНОГО УНІВЕРСИТЕТУ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»**

Кафедра фізичної реабілітації і фізичного виховання

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р.

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**«КОРЕКЦІЯ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ІЗ ЧАСТИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ЗАКЛАДАХ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ»**

Освітній рівень: бакалавр

**Виконав:**

здобувач вищої освіти

спеціальності 016 «Спеціальна освіта»

Мірошниченко Богдан Володимирович

**Керівник:**

Гета Алла Володимирівна, к.фіз.вих., доцент

Полтава – 2020

Полтавський інститут економіки і права

Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»

# Кафедра фізичної реабілітації і фізичного виховання

Освітній рівень бакалавр

Галузь знань 01 «Освіта/Педагогіка»

# Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»

# «ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ вересня 20\_\_\_ року

## ЗАВДАННЯ

### НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ

**Мірошниченку Богдану Володимировичу**

1. Тема роботи «Корекція фізичного стану дітей з частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання».

Керівник роботи: к.фіз.вих., доцент Гета А. В.

затверджені наказом вищого навчального закладу від \_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_

2. Строк подання здобувачем вищої освіти роботи « \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 р.

3. Вихідні дані до роботи: аналіз літературних джерел у розрізі досліджуваної теми, вихідні дані констатувального експерименту.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що потрібно розробити):

1. Вивчити особливості фізичного стану, морфофункціонального та фізичного розвитку дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями.
2. Визначити особливості адаптивного фізичного виховання дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти.
3. Обґрунтувати та розробити методику корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання та дослідити її ефективність.

5. Перелік графічного матеріалу: 9 таблиць.

6. Консультанти розділів роботи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділи | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата | |
| завдання  видав | завдання  прийняв |
| 1–4 | к.фіз.вих., доцент  Гета А. В. | \_\_ вересня 2019 р. | \_\_ червня 2020 р. |

7. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року.

#### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №  з/п | Назва етапів дипломної роботи | Строк виконання етапів | Примітка |
| 1. | Затвердження теми | вересень 2019 | виконано |
| 2. | Складання плану дослідження, змісту роботи | вересень 2019 | виконано |
| 3. | Обґрунтування актуальності теми, опис категоріального апарату дослідження та методів дослідження (вступ) | жовтень 2019 | виконано |
| 4. | Написання 1 розділу, висновків до першого розділу | жовтень 2019–листопад 2019 | виконано |
| 5. | Написання 2 розділу | листопад 2019 | виконано |
| 6. | Проведення формувального експерименту, написання 3 розділу | грудень 2019–березень 2020 | виконано |
| 7. | Висновки до 3 розділу | березень 2020 | виконано |
| 8. | Обговорення результатів дослідження (розділ 4), написання висновків | квітень 2020 | виконано |
| 9. | Нормоконтроль | травень 2020 | виконано |
| 10. | Передзахист, підготовка електронної презентації | травень 2020 | виконано |
| 11. | Захист дипломної роботи | червень 2020 |  |

Здобувач вищої освіти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мірошниченко Б. В.

Керівник роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гета А. В.

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ……………………………………..** | 6 |
| **ВСТУП…………………………………………………………………………** | 7 |
| **РОЗДІЛ 1. ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЧАСТИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ЗАКЛАДАХ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ……………………………………………………………** | 11 |
| * 1. Характеристика респіраторних захворювань дітей старшого дошкільного віку……………………………….. | 11 |
| * 1. Дослідження фізичних якостей у дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями…………………………………………… | 15 |
| * 1. Аналіз засобів адаптивного фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями в закладі дошкільної освіти…………… | 22 |
| Висновки до першого розділу…………………………………… | 28 |
| **РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ…………….** | 31 |
| 2.1. Методи дослідження………………………………………… | 31 |
| 2.1.1.Теоретичні методи……………………………………... | 31 |
| 2.1.2. Педагогічні методи…………………………………….. | 31 |
| 2.1.3. Антропометричні методи……………………………… | 32 |
| 2.1.4. Методи визначення функціонального стану…………. | 33 |
| 2.1.5. Інструментальні методи……………………………….. | 33 |
| 2.1.6. Методи визначення фізичного стану…………………. | 34 |
| 2.1.7. Методи математичної статистики…………………….. | 35 |
| 2.2. Організація дослідження…………………………………….. | 35 |
| **РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ІЗ ЧАСТИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ЗАКЛАДАХ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ……………..** | 37 |
| 3.1. Теоретичне обґрунтування побудови методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання………………………….. | 37 |
| 3.2. Дослідження ефективності методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання………………………………………… | 42 |
| Висновки до третього розділу…………………………………… | 55 |
| **РОЗДІЛ 4. УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ………** | 58 |
| **ВИСНОВКИ……………………………………………………………………** | 61 |
| **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……………………………………** | 64 |
| **ДОДАТКИ………………………………………………………………………** | 70 |

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АФВ – адаптивне фізичне виховання;

АТ – артеріальний тиск;

ВНС – вегетативна нервова система;

ГРІ – гострі респіраторні інфекції;

ДАТ – діастолічний артеріальний тиск;

ЖЄЛ – життєва ємність легень;

ЗДО – заклад дошкільної освіти;

ЗРВ – загальнорозвивальні вправи;

КГ – контрольна група;

ЛФК – лікувальна фізична культура;

МПК – максимальне поглинання кисню;

ОГ – основна група;

ОГК – окружність грудної клітки;

САТ – систолічний артеріальний тиск;

ССС – серцево-судинна система;

ЧД – частота дихання;

ЧРЗ – часті респіраторні захворювання;

ЧСС – частота серцевих скорочень.

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** В сучасних дошкільних закладах освіти гостро стоїть проблема респіраторних захворювань дітей, що призводить до погіршення стану здоров’я в цілому, виникненню хронічних захворювань та руйнуванню психологічного комфорту особистості. Тому необхідним стає розглянути методику корекції психофізичного стану засобами адаптивної фізичної культури. Усім відомий цілющий вплив рухової активності на організм людини, але фізкультурно-педагогічна діяльність закладів дошкільної освіти не формує достатній рівень фізичної підготовленості, не привносить належний внесок в очікуваний ефект оздоровлення (В. К. Спірін, 2018; В. П. Лук’яненко, 2018; М. Н. Кузнєцова, 2017).

Особливості оздоровчої діяльності у дошкільній освіті є об’єктом вивчення низки сучасних досліджень, де підкреслюється необхідність застосування загальних гігієнічних і педагогічних засобів і методів, створення спеціального середовища для зміцнення здоров’я дошкільнят, здоров’язберережувальної освіти, формування фізичної культури особистості і виховання фізичних якостей. Про необхідність корекції наявних відхилень у стані здоров’я дітей зазначають науковці В. Бальсевич (2019), Ю. Мізерницький (2018), надаючи перевагу загартувальним та розвивальним засобам адаптивної фізичної культури.

Дослідженням взаємозалежності між позитивними результатами педагогічного впливу на психофізичний стан дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями та процесами організації, спрямованістю та характером корекційних заходів присвячені роботи Ю. Воронова (2017) та Ю. Константінова (2018). Дослідники підкреслюють відсутність розроблених корекційних методик із застосуванням ефективних засобів адаптивного фізичного виховання, що мають оздоровчий і спеціально спрямований впливи та сприяють активній адаптації дітей із хронічними респіраторними захворюваннями до процесу навчання, на відміну від делікатної тактики традиційного дошкільного фізичного виховання.

Оздоровча діяльність дошкільної освіти полягає в застосуванні загальних гігієнічних і педагогічних засобів і методів, створенні факторів середовища для зміцнення здоров’я дошкільнят, здоров’язберережувальної освіти, формування фізичної культури особистості і виховання фізичних якостей (В. П. Губа, 2018).

Для якісного оздоровлення дітей з частими респіраторними захворюваннями необхідне досягнення додаткової мети – корекції наявних відхилень у стані здоров’я, у зв’язку з чим процес позитивної адаптаційної перебудови організму може бути успішним в умовах наступності систематичного застосування спеціальних, загартувальних і розвивальних засобів адаптивного фізичного виховання на всіх етапах онтогенезу дитини (В. К. Бальсевич, 2017). Важливим розвивальним і стимулюючим фактором для ослаблених дошкільнят є помірні фізичні навантаження, що оптимізують неспецифічні механізми захисту організму від інфекції, сприяють виправленню дисфункцій і своєчасному розвитку рухових умінь і навичок. У зв’язку з цим потрібне вирішення виниклих протиріч у дошкільній практиці на організаційно-педагогічному рівні.

Важливим перспективним напрямом, здатним змінити ситуацію в позитивну сторону, знизити ризик розвитку патології у дітей із частими респіраторними захворюваннями і підвищити рівень їхнього здоров’я є модернізація адаптивного фізичного виховання і цілеспрямованість фізкультурно-оздоровчих занять з дошкільнятами в умовах ЗДО. Позитивні результати педагогічного впливу на фізичний стан дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями значною мірою залежать від організації, спрямованості та характеру корекційних заходів, що актуалізує вирішення наявних протиріч у дошкільній освіті на навчально-методичному рівні (Ю. С. Воронов, Ю. С. Константінов, 2015; Н. Л. Іванова, 2020).

Отже, окреслені проблеми зумовили своєчасність і актуальність дослідження, а вирішення існуючих протиріч диктує необхідність розробки методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання.

**Мета дослідження:** розробити методику корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання.

**Завдання дослідження:**

* + - 1. Вивчити особливості фізичного стану, морфофункціонального та фізичного розвитку дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями.
      2. Визначити особливості адаптивного фізичного виховання дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти.
      3. Розробити методику корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання та дослідити її ефективність.

**Об’єкт дослідження:** адаптивне фізичне виховання дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями.

**Предмет дослідження:** методика корекції фізичного стану дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання.

**Методи дослідження.** У ході дослідження відповідно до поставлених завдань були використані наступні методи: теоретичні, педагогічні, антропометричні, визначення функціонального стану, інструментальні, визначення фізичного стану, математичної статистики.

**Експериментальна база дослідження:** ДНЗ № 5 «Зірочка» (м. Лубни).

**Практична значущість роботи** полягає в тому, що розроблена методика адаптивного фізичного виховання дітей із частими респіраторними захворюваннями знижує респіраторну захворюваність, що дозволило підвищити фізичний стан, функціональні можливості та фізичну підготовленість досліджуваного контингенту. Матеріали дослідження можуть використовуватись в освітньому процесі ЗДО, при перепідготовці вихователів та інструкторів з адаптивного фізичного виховання, в навчальному процесі освітніх організацій; в освіті фахівців галузі дошкільного фізичного виховання та адаптивного фізичного виховання.

**Апробація результатів дослідження.** Матеріали роботи та результати дослідження представлені на ІV Регіональній науково-практичній конференції «Сучасні реабілітаційно-спортивні технології: теорія і практика» (м. Полтава, березень 2020 р.) та Міжнародній науково-практичній конференції «Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу» (м. Полтава, березень 2020 р.).

**РОЗДІЛ 1**

**ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ЧАСТИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ЗАКЛАДАХ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ**

* 1. **Характеристика респіраторних захворювань дітей старшого дошкільного віку**

Основним показником пристосування дошкільнят до зовнішніх чинників і неспецифічної резистентності до інфекції є число офіційно зареєстрованих випадків ГРІ на одну дитину за календарний рік, що, в середньому, становить 3–4 випадки на рік на дитину, проте їх реальна кількість більша. Захворюваність на ГРІ серед організованих дітей вище на 15 %, ніж серед їхніх неорганізованих однолітків, що пов’язано з обміном дітьми між собою перехресної інфекцією під час спільного перебування в дошкільному закладі. При цьому респіраторна захворюваність різко зростає протягом першого року відвідування дошкільного колективу майже до 3000 випадків на рік на 1000 дітей, а потім поступово знижується на другому і третьому році відвідування ЗДО до 500 випадків на рік на 1000 дітей [52].

Існують класифікації, відповідно до яких виділені три ступеня тяжкості перебігу періоду індивідуальної адаптації дітей до умов ДЗО: фізіологічна адаптація – 2–3 тижні; адаптація середньої тяжкості – 2–3 місяці; патологічна адаптація – більше 2–3 місяців. Для сучасних дошкільнят часто стає характерною затяжна патологічна адаптація, коли процес звикання до умов ЗДО триває роками [59]. Для сучасних дошкільнят допустимі в «нормі» до 8–10 епізодів ГРІ протягом першого року відвідування ЗДО, число яких поступово знижується на другому і третьому роках.

Для вирішення проблеми високої респіраторної захворюваності в дошкільних колективах педіатричне співтовариство прийняло рішення об’єднати дітей зі зниженою неспецифічною опірністю організму в диспансерної групи дітей, які часто хворіють. Так, дитина 5 років підлягає спостереженню в такій групі, якщо у неї протягом року офіційно зареєстровано не менше 4 випадків ГРІ, при цьому медична статистика реєструє тільки ті захворювання, що тривають більше 2 тижнів.

У зв’язку з індивідуальною незрілістю імунних реакцій, а також у силу багатьох соціально-психологічних причин, що вдруге впливають на зниження неспецифічного імунітету (усвідомлений протест дитини у відповідь на відрив від звичного середовища, акцентуації характеру), пік респіраторної захворюваності дітей у дошкільних колективах доводиться на перший рік відвідування ЗДО, тобто з 3 по 4 роки життя, а потім спостерігається деяке її зниження з 4 по 5 роки життя, але серед ЧРЗ її максимум припадає на весь старший дошкільний вік. Це підтверджується також динамікою кількості пропусків через хворобу, що на першому році відвідування ЗДО (в 4 роки) становлять в середньому 72,2 %, на другому (в 5 років) – 63,9 %, на третьому (в 6 років) – 57,9 % [46, 54].

Природну інфекційну стійкість організму до безлічі інфекційних агентів, поряд зі специфічним імунітетом, забезпечує цілий ряд неспецифічних факторів захисту, що діють на загальному та місцевому рівнях. Це природні бар’єри першого рівня захисту на шляху респіраторної інфекції (слизова оболонка носоглотки), боротьба з якою проявляється у формі запалення слизових оболонок носоглотки (риніт, тонзиліт). За забезпечення наступного рівня місцевого захисту відповідає периферична лімфоїдна тканина (піднебінні мигдалини, периферичні лімфовузли), прорив інфекції до якої супроводжується реакціями продуктивного запалення з формуванням спочатку непатологічних форм гіпертрофії лімфоїдної тканини носоглотки I–II ступеня (гіпертрофія піднебінних мигдалин, аденоїдні вегетації), а потім лор-патології з формуванням вогнищ хронічної інфекції (хронічний тонзиліт). Третій рівень неспецифічного захисту призначений для боротьби з наявною в крові інфекцією. Як фактори клітинного імунітету виступають як специфічні імунні клітини крові (лімфоцити), так і фактори неспецифічного захисту – лейкоцити, серед яких найбільш важливими є нейтрофіли і макрофаги (моноцити), що продукують антимікробні речовини (комплемент, лізоцим, інтерферон). З цієї точки зору, діти з ЧРЗ і ГЛТН відчувають дефіцит неспецифічних захисних факторів, але лінія боротьби проходить на різних рівнях захисту, що обумовлює різницю в клінічному прояві респіраторної інфекції [23, 56].

Відповідно до загальноприйнятої Міжнародної класифікації хвороб (МКХ–10), стан здоров’я дітей із ЧРЗ можна порівняти з рівнем здоров’я дітей II групи здоров’я з захворюваннями верхніх і нижніх дихальних шляхів, що також характеризуються транзиторним (тимчасовим) зниженням стійкості організму до інфекції і підвищеним індексом резистентності [2, 18]. За даними різних авторів, кількість ЧРЗ у дитячій популяції варіює в широких межах – від 20 до 65 % (42 % – серед дітей до 3 років і 26 % – серед дітей 3–6 років) [18]. У 13 % з них відзначаються випадки раннього формування відповідної патології в дошкільному віці (хронічні захворювання легенів і лор-органів, ІДС).

Ослаблення неспецифічного імунітету серед дітей із ЧРЗ проявляється гострим перебігом, із загальними ознаками інтоксикації і підвищенням температури тіла, яскравими респіраторними проявами, супутніми алергічними захворюваннями респіраторного тракту й ускладненнями з боку дихальної системи [42, 65].

Відповідно до класифікації порушень функцій організму дитини, респіраторно-імунні розлади у дітей II групи здоров’я відносяться до 4 групи незначних і помірних порушень функцій дихання, обміну речовин і внутрішньої секреції (1-го ступеня). Однак у старшому дошкільному віці саме серед цього контингенту дітей формуються хронічні захворювання легень у 6,7 % дітей із ЧРЗ, і вперше виявляються у дошкільнят зі стійким імунодефіцитним станом, що належать до розряду патології (Ш група здоров’я). З огляду на те, що в подальшому, в міру росту і розвитку дітей, різні розлади імунітету стрімко наростають: до 11 років – в 1,5 рази, а до 15 років – в 2,5 рази, що в працездатному віці створює ризик виникнення захворювань із залученням імунного механізму (аутоімунні, онкологічні) [17]. У зв’язку з цим своєчасне і цілеспрямоване зміцнення захисних сил дітей із ЧРЗ і ГЛТН у старшому дошкільному віці за допомогою засобів адаптивної фізичної культури стає важливим завданням.

Аналіз статистичних даних [1, 23] показав, що частка дітей із ЧРЗ помітно збільшується в молодшому (20–40 %), але починає зростати і в старшому дошкільному віці (5–8,5 %). Цьому сприяють не тільки порушення санітарно-епідемічного режиму ЗДО, але і недосконалість імунних реакцій у дітей дошкільного віку, які постійно проживають у неблагополучних санітарно-екологічних умовах, що слід удосконалювати шляхом загартовування і забезпечення достатньої рухової активності [17]. Надмірна турбота або «тепличне» домашнє утримання дитини, невиправдане застосування антибіотиків, сульфаніламідів і інших лікарських препаратів, гіподинамія в період становлення імунної системи – все це здатне уповільнити її розвиток.

Медична класифікація С. М. Громбаха [21] виділяє 5 груп здоров’я з урахуванням показників: частоту і тривалість епізодів ГРІ, наявність вогнищ хронічної інфекції, хронічної патології, рівень функціонального стану систем організму. Маючи схожі проблеми зі здоров’ям, діти з ГЛТН, як і з ЧРЗ, в однаковій мірі потребують як у профілактичних (по лінії охорони здоров’я), так і фізкультурно-оздоровчих заходах (по лінії фізичного виховання).

Таким чином, респіраторна захворюваність дітей старшого дошкільного віку неухильно зростає у зв’язку з індивідуальною незрілістю імунних реакцій, а також у силу багатьох соціально-психологічних причин. Відповідно до загальноприйнятої Міжнародної класифікації хвороб (МКХ–10), стан здоров’я дітей із ЧРЗ можна порівняти з рівнем здоров’я дітей II групи здоров’я з захворюваннями верхніх і нижніх дихальних шляхів, що характеризуються транзиторним зниженням стійкості організму до інфекції і підвищеним індексом резистентності.

Інфекційну стійкість організму до безлічі інфекційних агентів, поряд зі специфічним імунітетом, забезпечує цілий ряд неспецифічних факторів захисту, що діють на загальному та місцевому рівнях. Це природні бар’єри першого рівня захисту на шляху респіраторної інфекції, боротьба з якою проявляється у формі запалення слизових оболонок носоглотки. За забезпечення наступного рівня місцевого захисту відповідає периферична лімфоїдна тканина, прорив інфекції до якої супроводжується реакціями продуктивного запалення з формуванням спочатку непатологічних форм гіпертрофії лімфоїдної тканини носоглотки I–II ступеня, а потім лор-патології з формуванням вогнищ хронічної інфекції. Третій рівень неспецифічного захисту призначений для боротьби з наявною в крові інфекцією. Як фактори клітинного імунітету виступають специфічні імунні клітини крові – лімфоцити, і фактори неспецифічного захисту – лейкоцити, серед яких найбільш важливими є нейтрофіли і макрофаги, що продукують антимікробні речовини. Ослаблення неспецифічного імунітету серед дітей із ЧРЗ проявляється гострим перебігом, із загальними ознаками інтоксикації і підвищенням температури тіла, яскравими респіраторними проявами, супутніми алергічними захворюваннями респіраторного тракту й ускладненнями з боку дихальної системи.

* 1. **Дослідження фізичних якстей у дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями**

Протягом останнього часу простежується негативна динаміка змін у структурі здоров’я дітей: частка дітей I групи здоров’я зменшилась на 6 % (з 20 % у 2010 р. до 14 % у 2020 р.), а частка хворих дітей збільшилась на 26 % (з 10 % у 2010 р. до 36 % у 2020 р.). При цьому більшість дошкільнят, як і раніше, відносяться до групи ризику за розвитком патологій (II група здоров’я), чисельність якої досягає максимуму (60–70 %) до 5 років життя і в 50 % зумовлена респіраторно-імунними функціональними розладами, характерними для ЧРЗ і дітей із ГЛТН [51].

Відповідно до теорії розвитку рухової сфери, у дітей розвиток основних фізичних якостей (швидкість, сила, витривалість, гнучкість, координація, спритність) відбувається також нерівномірно, що дозволяє виділити сенситивні періоди вікового становлення рухових функцій [50].

Загальні особливості адаптації дітей старшого дошкільного віку до фізичних навантажень тісно пов’язані з рівнем і темпами морфофункціонального дозрівання організму. Ріст і розвиток дитини в ході онтогенезу тісно взаємопов’язані і взаємозумовлені як дві сторони одного процесу життєдіяльності, що підкоряється на цьому етапі розвитку закономірностей, що сприяють функціональним змінам імунної та респіраторної систем:

* нерівномірність темпів росту та розвитку (у старшому дошкільному віці (період першого «витягування») актуальним є переважання темпів збільшення довжини тіла над його масою, асиметрія росту скелета і розвитку внутрішніх органів, що може стати причиною загальної функціональної незрілості або уповільнення темпів розвитку окремих систем);
* диспропорційність темпів розвитку (не зважаючи на цілісний розвиток організму, його окремі органи і системи розвиваються не тільки неоднаково, але і не одночасно, що також може сприяти формуванню функціональних розладів. Так, причиною порушення функцій зовнішнього дихання є пізнє диференціювання стінки слизової оболонки трахей і бронхіального дерева (формування альвеолярної тканини легень закінчується тільки до 8 років), тому у дошкільнят зберігається відносна вузькість дихальних шляхів, слабкий розвиток дихальної мускулатури, черевний тип дихання, недостатність довільної регуляції дихання. Незавершеність формування лімфатичної системи, відповідальної за імунний захист і досягає рівня дорослих лише до 7–12 років, зменшує потенціал клітинного і гуморального імунітету в дошкільному віці, що в несприятливих умовах і за наявності морфофункціональних особливостей розвитку проявляється у зниженні неспецифічної стійкості до інфекції;
* періодичність зміни процесів біологічного дозрівання (раніше актуальними були процеси передчасного біологічного дозрівання дітей (акселерація), що супроводжувались збільшенням темпів росту тіла (прискорення зміни молочних зубів на постійні, скорочення термінів окостеніння кістяка й ін.). Пізніше зафіксована тенденція до уповільнення темпів росту та розвитку дітей (децелерація). В даний час відбувається поступовий перехід до зниження приростів морфологічних і функціональних показників, тобто спостерігається ретардація процесів росту та розвитку організму дітей. З позицій теорії функціональних систем (закон згортання функції за непотрібністю), саме недостатня тренованість і малорухливий стиль сучасного життя зумовлюють високу поширеність функціональних розладів у дошкільнят);
* забезпечення надійності біологічних систем організму (у процесі росту та розвитку створюється запас резервних можливостей (адаптація), що забезпечує оптимізацію їх роботи. Розвиток уявлень про адаптаційний синдром показав, що якщо інтенсивність впливу не дуже велика (слабкі або середні рівні), то стає можливим формування довгострокової адаптації та високої резистентності до чинників, що впливають на загартування і фізичне тренування. У відповідь на фізичні навантаження в організмі дитини відбувається не стільки ріст м’язової маси тіла, як у дорослих, скільки збільшення структурно-енергетичних потенціалів організму, що сприяє підвищенню функціональних можливостей у цьому віці) [8, 35].

З одного боку, весь дошкільний вік є сенситивним для розвитку фізичних якостей, а з іншого – в старшому дошкільному віці найбільш інтенсивно відбувається розвиток гнучкості, спритності, а також починають формуватись швидкісні і швидкісно-силові якості. Однак, з огляду на фізіологічні особливості дошкільного віку і появи сучасних проблем у стані здоров’я дитячого населення, фахівцями рекомендований ряд гігієнічних обмежень при організації фізичного виховання дітей дошкільного віку:

* через несприйняття тривалих інтенсивних навантажень анаеробного характеру, пов’язаних із накопиченням кисневого боргу і затримкою дихання, виключається застосування навантажень субмаксимальної потужності;
* через швидко наступаючу втому при виконанні статичних навантажень, що викликають негативні реакції з боку дихальної та ССС, часто виникає ефект статичних зусиль. У момент виконання навантаження з’являються негативні вегетативні зміни: знижується пульс, зменшується ЖЄЛ, а після закінчення роботи відзначається різке підвищення цих показників. Тому для дошкільнят протипоказані глобальні і обмежені локальні статичні навантаження;
* у відповідь на обертальні навантаження у дітей старшого дошкільного віку виникають парасимпатичні і симпатичні ефекти, що вимагає обмеження обертальних навантажень [19, 58].

У зв’язку з цим найбільш адекватними для дітей старшого дошкільного віку є систематичні, короткочасні, динамічні навантаження з невеликими інтервалами, циклічні вправи невисокої потужності та швидкісно-силові вправи, що збільшують аеробні можливості організму, що росте, і підвищують неспецифічну резистентність організму.

Серед несприятливих організаційно-педагогічних чинників, що впливають на часту респіраторну захворюваність дошкільнят, найбільш значущою є переважно загальноосвітня спрямованість педагогічної роботи в ЗДО, в той час, як для дітей, що мають ті чи інші відхилення у стані здоров’я, потрібно більше уваги приділяти фізичному вдосконаленню організму та формуванню оздоровчого поведінкового стереотипу [29], тому пріоритетною ланкою в галузі дошкільного виховання повинна стати реалізація здоров’язбережувального навчання і виховання дошкільнят, ще досить ефективних у старшому дошкільному віці для їхнього оздоровлення [36].

Актуальність проблеми гіпокінезії серед дошкільнят визначається протиріччям між визнанням рухової активності як фактора, що підвищує резервні можливості організму, що росте, і відзначається тенденцією її зниження в онтогенезі [10, 61]. В результаті створюється ряд вторинних функціональних розладів, обумовлених недоліком рухової активності: ослаблення сили скелетних м’язів, зниження статичної та динамічної витривалості; переважання ваготонічної реакції ВНС; нервово-психічна астенізація; пригнічення імунних реакцій; зниження вентиляції легень і тканинна гіпоксія як загальних явищ, що лежать в основі розвитку патології. У свою чергу, зниження неспецифічної резистентності організму обумовлює підвищення захворюваності, швидку стомлюваність при фізичному навантаженні і відставання в розвитку рухових навичок, що пояснює поширеність низького і нижче середнього рівня фізичної підготовленості у 20–50 % дошкільнят [53].

Відомо [38], що існують фізіологічні особливості адаптації до фізичних навантажень дітей у старшому дошкільному віці, пов’язані з віковими особливостями управління рухами. Так, до 5 років провідним механізмом формування єдиної зорово-рухової функціональної системи є механізм рефлекторного кільцевого регулювання, коли здійснюється перехід до домінування пропріоцептивних зворотних зв’язків, де встановлюються виражені координаційні взаємини між м’язами-антагоністами, формується уявлення про схему тіла, що різко підвищує якість рухових актів. Так, дошкільний вік є сприятливим періодом для розвитку гнучкості, показники якої в старшому дошкільному віці значно поліпшуються: збільшується амплітуда рухів, процеси напруження та розслаблення працюючих м’язів стають більш злагодженими, що обумовлено високою еластичністю зв’язок і м’язів, великою рухливістю хребетного стовпа. Для розвитку гнучкості в дошкільному віці фахівці пропонують використовувати ЗРВ, що виконуються з великою амплітудою рухів і чергуються з розслабленням, з предметами, різними за конфігурацією, структурою, вагою та характером фізичного впливу, що не в повній мірі використовується в дошкільній практиці [22].

Швидкісні здібності дошкільнят проявляються в різних формах, основними з яких є: швидкість реакції, швидкість одиночного руху, частота (темп) рухів. Природне прагнення дітей до нетривалих швидких рухів слід підтримувати і пропонувати їм циклічні вправи аеробного характеру для формування швидкості [44].

Формування м’язової сили у дітей старшого дошкільного віку залишається на рівні здатності проявляти незначні за величиною напруження протягом досить тривалого часу і точного дозування м’язових зусиль, що обумовлене слабкістю м’язів кінцівок щодо м’язів тулуба й обмежує, але не скасовує, рекомендації у вправах з обтяженнями. На жаль, велике значення для розвитку сили дітей цього віку фахівці [45] надають використанню вправ із короткочасним швидкісно-силовим напруженням (стрибки, метання, лазіння, рухливі ігри), а не формуванню м’язової сили верхніх кінцівок, особливо правої кисті, що важливо напередодні шкільних навантажень.

Фізіологічну основу розвитку координаційних здібностей детермінують адаптаційні можливості організму дітей до тривалого помірного фізичного навантаження. Координаційні здібності проявляються в маніпулюванні окремими частинами тіла і переміщення предметів у просторі, балістичних рухах з установкою на силу і точність, наслідувальних і копіювальних рухах при виконанні техніко-тактичних дій у рухливих іграх [57]. Завдяки м’язовому почуттю, що при цьому розвивається, у старших дошкільників удосконалюється здатність оцінювати рухи окремих частин і всього тіла в часі, просторі і за ступенем м’язових зусиль, що є важливою передумовою навчання рухових дій [49]. В якості основних педагогічних засобів розвитку координаційних здібностей в старшому дошкільному віці використовуються ігри, що вимагають раптової зміни дій відповідно до виниклої ігрової ситуації, ігрові вправи з різними за формою, вагою й об’ємом предметами і розвивальні ігри-вправи. Однак саме рухливі ігри суворо регламентуються, якщо дитина ослаблена частими респіраторними захворюваннями [55].

Завдання занять фізичним вихованням для дітей із розвитку витривалості і швидкості полягає у підготовці організму до функції управління рухами та їх енергетичного забезпечення, а також у зміцненні психіки до майбутнього значного підвищення розумових і фізичних навантажень у зв’язку з початком навчання в школі [30]. Загальний фізичний потенціал дитини в старшому дошкільному віці зростає настільки, що можна включати в процес навчання вправи на витривалість.

Таким чином, в результаті впливу ряду негативних чинників сформувалась стійка тенденція погіршення стану здоров’я дитячого населення. Спостерігається зниження медико-біологічних показників, у т.ч. відзначається зростання дитячої захворюваності на респіраторні хвороби, що становить у закладах дошкільної освіти високий відсоток.

Дошкільний вік є сенситивним для розвитку фізичних якостей, у старшому дошкільному віці найбільш інтенсивно відбувається розвиток спритності, а також починають формуватись швидкісні і швидкісно-силові якості. Дошкільний вік є сприятливим періодом для розвитку гнучкості, показники якої в старшому дошкільному віці значно поліпшуються. Формування м’язової сили у дітей старшого дошкільного віку залишається на рівні здатності проявляти незначні за величиною напруження протягом досить тривалого часу і точного дозування м’язових зусиль, що обумовлене слабкістю м’язів кінцівок щодо м’язів тулуба. Швидкісні здібності дошкільнят проявляються в різних формах, основними з яких є: швидкість реакції, швидкість одиночного руху, частота (темп) рухів. Завдання занять фізичним вихованням для дітей із розвитку витривалості і швидкості полягає у підготовці організму до функції управління рухами та їх енергетичного забезпечення, а також у зміцненні психіки до майбутнього значного підвищення розумових і фізичних навантажень у зв’язку з початком навчання в школі. Фізіологічну основу розвитку координаційних здібностей детермінують адаптаційні можливості організму дітей до тривалого помірного фізичного навантаження.

* 1. **Аналіз засобів адаптивного фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями в закладі дошкільної освіти**

Адаптивне фізичне виховання дітей із частими респіраторними захворюваннями повинне бути спрямоване на вирішення двох типів задач: загальних завдань для ЗДО; специфічних завдань, спрямованих на корекцію, компенсацію і попередження відхилень у фізичному розвитку. Загальні завдання: зміцнювати здоров’я дитини; сприяти формуванню гармонійної статури, правильної постави; виховувати потребу в різних видах рухової діяльності; розвивати фізичні якості (спритність, швидкість, силу, витривалість, гнучкість, координаційні здібності). Специфічні завдання: створювати спеціальні умови, що стимулюють фізичний розвиток і фізичну підготовленість у цілому; здійснювати профілактику простудних та інфекційних захворювань; здійснювати систему корекційно-відновлювальних дій, що спрямовані на розвиток основних видів рухів, фізичних якостей і на попередження вторинних відхилень у фізичному розвитку [39].

Для дітей із ЧРЗ дошкільного віку має значення цілеспрямоване і дозоване збільшення фізичного навантаження, що проводиться за тривалий часовий період і чергується з дозованим відпочинком. При цьому навантаження регламентуються з урахуванням рівня МПК або максимальної працездатності, тому на практиці величину навантажень для дошкільнят підбирають і регулюють за показником максимального рівня ЧСС, орієнтуючись на різні режими: щадно-тренувальні (оздоровчі – 120 уд/хв; підтримувальні – 130 уд/хв; розвивальні – 140 уд/хв) і тренувальні – 140–150 уд/хв [62].

З метою оздоровлення дітей цієї нозології проводяться курси ЛФК, що включають лікувальний масаж, заняття на тренажерах, лікувальну гімнастику, вправи в основних рухах (ходьба, біг, стрибки і т.д.), вправи циклічного характеру (човниковий біг, аеробіка), ігри середньої рухливості [7]. Лікувальна дія фізичних вправ ґрунтується на можливості довільного регулювання глибини і частоти дихання, його затримки і форсування [34]. За допомогою спеціальних статичних і динамічних дихальних вправ можна переводити поверхневе дихання на більш глибоке, подовжувати або вкорочувати фази вдиху і видиху, покращувати ритм дихання, збільшувати вентиляцію легень. Однак вплив ЛФК, ефективний у плані лікування респіраторних захворювань, вимагає свого продовження у вигляді систематичних фізкультурно-оздоровчих занять з метою нормалізації функцій зовнішнього дихання та неспецифічних захисних механізмів, формування стійкої мотивації до занять фізичними вправами як інструменту оздоровлення та своєчасного розвитку рухових навичок і умінь.

Помірні фізичні навантаження викликають ряд ефектів, що ведуть до досконалості адаптаційно-регуляторних механізмів: економізуючий (зменшення кисневої роботи, більш економна діяльність серця й ін.); антигіпоксичний (поліпшення кровопостачання тканин, більший діапазон легеневої вентиляції й ін.); антистресовий (підвищення стійкості гіпоталамогіпофізарної системи й ін.), психоенергетизуючий (підвищення працездатності, переважання позитивних емоцій і ін.), що необхідні для заповнення дефіциту рухової активності та оптимізації функціональних систем ослаблених дітей [1].

У практиці АФВ іноді застосовуються дихальні тренування зі збільшенням додаткового дихального простору, що стимулюють процеси адаптації до гіперкапнії, гіпоксії, тренують дихальну мускулатуру. Однак рекомендації до експлуатації цих дихальних тренажерів часто вступають у протиріччя з загальними рекомендаціями для дітей із ЧРЗ. Так, у режимі тренувань дихання носом не рекомендується, а це нівелює необхідну установку на вироблення носового дихання у дітей із ЧРЗ [25].

Основні форми організації адаптивного фізичного виховання ослаблених дітей II групи здоров’я в ЗДО проводяться відповідно до базової програми, що включає 3 обов’язкові фізкультурні заняття в тиждень, ранкову гімнастику, рухово-оздоровчі фізкультхвилинки, загартувальні процедури, прогулянки та екскурсії, самостійну рухову активність дітей [40]. Їх особливістю є загальна профілактика поширених вторинних порушень: плоскостопості, порушення постави, надмірної маси тіла, порушень зору, відхилень у нервово-психічному і фізичному розвитку. Однак профілактика хвороб і ускладнень, що не має конкретної спрямованості, зводиться до загальної гігієнічної профілактики імовірної середньостатистичної патології і може не мати відношення до конкретної дитини.

Дотримуючись щадних гігієнічних рекомендацій щодо дітей із ЧРЗ, упускаються оптимальні терміни для розвитку рухових навичок, що сприяє порушенню структури локомоторної діяльності, зниження рівня загальнофізичної та координаційних здібностей, тому застосування щадного режиму без регулярного стимулюючого виборчого впливу на певну групу м’язів спеціальних (дихальна мускулатура) і ЗРВ обмежує можливості рухового вдосконалення цих дітей [60]. Інші автори [47] засобом оздоровлення дітей із ЧРЗ вважають підвищення фізіологічних можливостей органів і систем, ослаблених хворобливими станами, за допомогою комплексів оздоровчої гімнастики для дошкільнят. При цьому основний компонент може бути представлений великою різноманітністю засобів: вправи у водному і твердо-повітряному середовищі водного і сухого басейну, елементами оздоровчої ходьби у вигляді початкових навичок ближнього туризму, музейної педагогіки тощо. Як правило, ці засоби мають високий мотиваційний потенціал, виникають на перетині різних освітніх галузей, пов’язані з ігровим методом. Однак вони розраховані на групову форму заняття, поширюються на всіх дітей II групи здоров’я, не забезпечують диференційований підхід до дозування фізичного навантаження, без урахування найбільш актуальних функціональних розладів [3,13]. Корекційну спрямованість таких занять доцільно здійснювати протягом абсолютно всієї роботи з адаптивного фізичного виховання дітей із ЧРЗ, у тому числі і при вирішенні загальних педагогічних завдань на заняттях з фізичної культури. З метою досягнення найкращого результату корекційна робота повинна здійснюватись на спеціально проведених заняттях з адаптивного фізичного виховання, а також пронизувати роботу інших фахівців дошкільного закладу [3].

На думку фахівців [33, 47], можливості по використанню засобів адаптивного фізичного виховання дуже великі. Так, використання фізичних вправ з метою корекції і компенсації порушених функцій у дітей із ЧРЗ визначаються важливою роллю м’язової системи у всій життєдіяльності дитячого організму. Для підтримки високої працездатності внутрішніх органів необхідна щоденна м’язова робота. При недостатньому обсязі рухової активності дітей різко послаблюється діяльність м’язової, серцево-судинної, дихальної та інших фізіологічних систем організму. Отже, при проведенні якісних занять з адаптивного фізичного виховання, є унікальна можливість, підвищуючи рівень функціонального стану м’язової системи дітей, впливати на діяльність всіх органів і систем організму в цілому.

У корекції фізичного розвитку та фізичної підготовленості дітей із ЧРЗ найважливіша роль відводиться створенню режиму рухової активності. У корекційну роботу рекомендується включати серію підготовчих вправ, що сприяють розвитку координації рухів у вихованців, завдання для зміцнення м’язів гомілки і стопи, а також розвитку дрібної і великої моторики пальців рук. Одночасно потрібно сприяти формуванню у дитини вміння точно і вправно виконувати ті чи інші рухи за показом інструктора і його словесними інструкціями [26].

Слабкий розвиток будь-якої фізичної якості у дітей зменшує їхні рухові здібності, знижує їхню активність до засвоєння нового рухового матеріалу, зменшує впевненість в успішності при виконанні завдань, тому одним із пріоритетних завдань є розвиток фізичних якостей. Відповідно до моделі рухового режиму в дошкільному закладі є великі можливості для вирішення цього завдання. Наприклад, при проведенні щоденної ранкової гімнастики використовуються вправи для розвитку гнучкості, швидкості, тривалий біг або ходьба у повільному темпі сприяє розвитку витривалості. Рухливі ігри та фізичні вправи розвивають координаційні здібності, швидкість, спритність. Їзда на велосипеді, плавання в басейні, прогулянки і походи в лісі сприяють розвитку силових можливостей і витривалості [44].

Адаптивне фізичне виховання дітей із ЧРЗ має свої специфічні особливості, які, безумовно, повинні враховуватися при побудові педагогічного процесу. Найбільш сприятливі умови для розвитку рухової сфери будуть досягнуті при дотриманні наступних педагогічних умов: орієнтація навчання на ігрову мотивацію; комплексне використання різноманітних ігрових вправ; облік індивідуальних специфічних особливостей кожного вихованця. Діти з ЧРЗ особливо гостро потребують заохочення їхніх дій при виконанні рухових завдань. Завдяки позитивній оцінці у них пробуджується бажання самовдосконалюватись. Використання словесних інструкцій в ігровій і привабливій для дітей формі, поєднання виразного показу з промовлянням деталей завдання, широке використання на заняттях мовних вправ у поєднанні з рухами тощо сприяє ефективності педагогічного впливу [34].

Всебічна фізична підготовленість має на увазі розвиток основних фізичних якостей. Завдяки грі і рухам дитина поступово стає сильною, міцною, спритною, гнучкою і витривалою, а, отже, і більш впевненою у своїх силах, зростає її самостійність. Досягнувши певного рівня розвитку фізичних якостей, у дитини з’являється психічна готовність до оволодіння новим витком у фізичному розвитку, фізичній підготовленості, відбувається подальше зростання фізичних характеристик дітей, відбувається засвоєння ще більш складних рухових вправ, підвищується техніка їх виконання. Поступово досягається більш високий рівень фізичного розвитку, що необхідний для певного віку дитини, тому в застосовуваних методиках розвитку рухової сфери дітей із ЧРЗ необхідне сприятливе поєднання всіх засобів, методів і прийомів адаптивного фізичного виховання [64].

Основним завданням методики розвитку фізичних якостей дітей із ЧРЗ є забезпечення їхньої всебічної фізичної підготовленості. Необхідно сприяти потребі в заняттях фізичними вправами, придбанню запасу життєво необхідних рухових умінь і навичок, потрібних протягом усього життя для підтримки роботи всіх внутрішніх органів і систем [11].

Таким чином, використання фізичних вправ з метою корекції і компенсації порушених функцій у дітей визначаються важливою роллю м’язової системи у всій життєдіяльності дитячого організму. Для підтримки високої працездатності внутрішніх органів необхідна щоденна м’язова робота. При недостатньому обсязі рухової активності дітей різко послаблюється діяльність м’язової, серцево-судинної, дихальної та інших фізіологічних систем організму. Отже, при проведенні в дошкільному закладі якісних занять з адаптивного фізичного виховання, є унікальна можливість, підвищуючи рівень функціонального стану м’язової системи дітей, впливати на діяльність всіх органів і систем організму в цілому.

Адаптивне фізичне виховання дітей із ЧРЗ повинне бути спрямоване на вирішення двох типів задач: загальних і спеціальних, що спрямовані на корекцію, компенсацію і попередження відхилень у фізичному розвитку. Загальні завдання мають зміцнювати здоров’я дитини; сприяти формуванню гармонійної статури, правильної постави; виховувати потребу в різних видах рухової діяльності; розвивати фізичні якості. Специфічні завдання повинні створювати спеціальні умови, що стимулюють фізичний розвиток і фізичну підготовленість у цілому; здійснювати профілактику простудних та інфекційних захворювань; здійснювати систему корекційно-відновлювальних дій, що спрямовані на розвиток основних видів рухів, фізичних якостей і на попередження вторинних відхилень у фізичному розвитку.

**Висновки до першого розділу**

Аналіз спеціальної та науково-методичної літератури дозволили визначити особливості частих респіраторних захворювань дітей старшого дошкільного віку, формування у них фізичних якостей у дітей та провести аналіз застосування основних засобів адаптивного фізичного виховання для корекції зазначених вад.

Серед несприятливих організаційно-педагогічних чинників, що впливають на часту респіраторну захворюваність дошкільнят, найбільш значущою є переважно загальноосвітня спрямованість педагогічної роботи в ЗДО, в той час, як для дітей, що мають ті чи інші відхилення у стані здоров’я, потрібно більше уваги приділяти фізичному вдосконаленню організму та формуванню оздоровчого поведінкового стереотипу, тому пріоритетною ланкою в галузі дошкільного виховання повинна стати реалізація здоров’язбережувального навчання і виховання дошкільнят, ще досить ефективних у старшому дошкільному віці для їхнього оздоровлення.

Дошкільний вік є сенситивним для розвитку фізичних якостей, у старшому дошкільному віці найбільш інтенсивно відбувається розвиток спритності, а також починають формуватись швидкісні і швидкісно-силові якості. Дошкільний вік є сприятливим періодом для розвитку гнучкості, показники якої в старшому дошкільному віці значно поліпшуються. Формування м’язової сили у дітей старшого дошкільного віку залишається на рівні здатності проявляти незначні за величиною напруження протягом досить тривалого часу і точного дозування м’язових зусиль, що обумовлене слабкістю м’язів кінцівок щодо м’язів тулуба. Швидкісні здібності дошкільнят проявляються в різних формах, основними з яких є: швидкість реакції, швидкість одиночного руху, частота (темп) рухів. Завдання занять фізичним вихованням для дітей із розвитку витривалості і швидкості полягає у підготовці організму до функції управління рухами та їх енергетичного забезпечення, а також у зміцненні психіки до майбутнього значного підвищення розумових і фізичних навантажень у зв’язку з початком навчання в школі. Фізіологічну основу розвитку координаційних здібностей детермінують адаптаційні можливості організму дітей до тривалого помірного фізичного навантаження.

Можливості використання засобів адаптивного фізичного виховання для дітей із ЧРЗ дуже великі. Використання фізичних вправ з метою корекції і компенсації порушених функцій у дітей визначаються важливою роллю м’язової системи у всій життєдіяльності дитячого організму. Для підтримки високої працездатності внутрішніх органів необхідна щоденна м’язова робота. При недостатньому обсязі рухової активності дітей різко послаблюється діяльність м’язової, серцево-судинної, дихальної та інших фізіологічних систем організму. Отже, при проведенні в дошкільному закладі якісних занять з адаптивного фізичного виховання, є унікальна можливість, підвищуючи рівень функціонального стану м’язової системи дітей, впливати на діяльність всіх органів і систем організму в цілому.

Педагогічні дослідження показують, що прогалини в адаптивному фізичному вихованні дітей із ЧРЗ негативно позначаються на стані їхнього здоров’я, знижують адаптаційний потенціал і рівень фізичної підготовленості. Аналіз сучасних програм, рекомендованих для дошкільної освіти, свідчить про те, що сучасні тенденції в дошкільній освіті диктують необхідність розробки адаптованих моделей побудови фізкультурно-оздоровчої діяльності, тому виникає потреба в контролі ефективності впроваджуваних оздоровчих технологій у процес фізкультурно-оздоровчих занять з дітьми, що мають нестійкі функціональні параметри.

Отже, аналіз спеціальної літератури з досліджуваної проблеми дозволив з’ясувати основні можливості побудови методики для дітей із ЧРЗ старшого дошкільного віку з урахуванням особливостей їхнього розвитку і визначити засоби корекційного впливу.

**РОЗДІЛ 2**

**МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

**2.1. Методи дослідження**

У ході проведення дослідження відповідно до поставлених завдань були використані наступні методи: теоретичні, педагогічні, антропометричні, визначення функціонального стану, інструментальні, визначення фізичного стану, математичної статистики.

**2.1.1. Теоретичні методи.** Для аналізу стану питання про фізичний стан дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями, науково-прикладних аспектів вдосконалення засобів, форм і методів адаптивного фізичного виховання дошкільнят проводилось вивчення літературних джерел вітчизняних та іноземних авторів. Це сприяло визначенню актуальності проблематики у сфері адаптивного фізичного виховання дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями і дозволило визначити предмет дослідження, обґрунтувати актуальність теми дослідження, поставити відповідні завдання, обрати адекватні методи дослідження. Вивчені 65 джерел спеціальної літератури.

**2.1.2**. **Педагогічні методи.** Педагогічна методологія зорієнтована на пізнання безпосередньої дійсності, зовнішніх зв’язків і відношень шляхів і способів пізнання педагогічної дійсності й умов педагогічної діяльності. Організація та проведення дослідження передбачала одночасне використання педагогічного спостереження, педагогічного експерименту і педагогічного тестування.

**Педагогічне спостереження.** Метод педагогічного спостереження, що представляє собою спосіб безпосереднього сприйняття педагогічних явищ, процесів у їх дійсності та в динаміці природних умов нами використовувався як вид тривалих, систематичних, відкритих і цілеспрямованих дій з метою фіксації та подальшої документальної реєстрації. Нами було проведене педагогічне спостереження за проведенням практичних занять з дисципліни «фізична культура» для дітей із ЧРЗ старшого дошкільного віку і визначення рівня їхніх практичних умінь і навиків.

**Педагогічний експеримент.** Згідно визначення спеціальної науково-методичної літератури, педагогічний експеримент – це комплексний дослідницький метод, суть якого полягає в дослідженні педагогічного явища у спеціально створених умовах навчально-виховного процесу.

Педагогічний експеримент проводився у вигляді констатувального дослідження, що здійснювався з метою одержання вихідної інформації про морфофункціональний і фізичний розвиток досліджуваних дітей. Формувальний експеримент проводився з метою визначення ефективності впливу розробленої методики на динаміку окреслених показників.

**Педагогічне тестування.** Педагогічне тестування – це вид педагогічного діагностування, науково обґрунтована форма процесу вимірювання рівня практичних умінь і навичок, що базується на застосуванні спеціально підібраних і згрупованих у «батареї» педагогічних тестів.

У ході дослідження педагогічне тестування проводилось безпосередньо під час навчального процесу на заняттях адаптивним фізичним вихованням і було спрямоване на визначення рівня фізичного стану дітей із ЧРЗ старшого дошкільного віку.

**2.1.3.** **Антропометричні** м**етоди.** Вивчення основних соматометричних ознак морфологічного статусу дітей старшого дошкільного віку з ЧРЗ здійснювалось шляхом антропометричних вимірів. Вивчались такі антропометричні показники як довжина тіла, маса тіла, окружність грудної клітки, що є найбільш розповсюдженим і спрощеним варіантом визначення цих вимірів, а також проводився розрахунок індексів фізичного розвитку, що застосовуються в дошкільній педагогіці для оцінки якості фізкультурно-оздоровчої роботи (індекс Піньє – для оцінки пропорційності статури). Оцінка фізичного розвитку проводилась за допомогою вікових стандартів фізичного розвитку за 8-розрядними центильними таблицями [32, 48].

**2.1.4. Методи визначення функціонального стану.** Функціональний стан основних систем (у т.ч. дихальної та стан неспецифічного імунітету) характеризує здатність організму адаптуватись до змін навколишнього середовища, в тому числі до пропонованих фізичних навантажень. До тестування допускались діти з урахуванням протипоказань (відсутність скарг і ознак респіраторного захворювання).

Для оцінки функціонального стану серцево-судинної системи визначали ЧСС і АТ за допомогою цифрового тонометра.

Для оцінки функціонального стану дихальної системи вивчались показники зовнішнього дихання: частота дихання, екскурсія грудної клітки.

Фізичну працездатність вивчали за допомогою адаптованої методики Гарвардського степ-тесту. Фізичне навантаження для дітей задавали у вигляді сходження і спуску зі сходинки висотою 24 см протягом 2 хв. Підйом і спуск складався з 4 рухів: 1 – випробуваний ставив на сходинку одну ногу, 2 – іншу ногу, 3 – опускав на підлогу одну ногу, 4 – опускав на підлогу іншу ногу. В кінці проби визначався пульс за перші 30 с на 2-й (f1) хвилині періоду відновлення, і розраховувався індекс Гарвардського степ-тесту (ІГСТ) за формулою:

ІГСТ = 100 • tс / 2 • (f1) (2.1)

де tc – час підйому за 2 хв, тобто 120 с; f1 – ЧСС за перші 30 с на 2-й хв періоду відновлення. Оцінка рівня фізичної працездатності: <50 – дуже поганий; 51–60 – поганий, 61–70 – достатній, 71–80 – гарний, 81–90 – дуже гарний, >91 – відмінний [9].

**2.1.5. Інструментальні методи:**

**Спірометрія.** ЖЄЛ визначали за допомогою сухого спірометра (ССП). Обсяг повітря, що видихається або життєва ємність легень, характеризує кардіореспіраторну продуктивність, залежну від величини площі дихальної поверхні легень, на якій відбувається газообмін між альвеолярним повітрям і кров’ю легеневих капілярів; ступеня розвитку грудної клітки; рухливості і сили дихальної мускулатури.

**Пікфлоуметрія**. Максимальна об’ємна швидкість видиху вимірювалась за допомогою пікфлоуметра в діапазоні 50–800 мл/хв, що дає уявлення про прохідність респіраторного тракту. Стоячи, дитина робить 2 спокійних вдихи і видихи, потім, глибоко вдихнувши і взявши мундштук пікфлоуметра в рот, не закриваючи задньої частини приладу, робить максимально різкий видих. Після триразового вимірювання фіксується максимальне значення [22].

**2.1.6. Методи визначення фізичного стану**. Для визначення фізичного стану і в якості критеріїв оцінки ефективності запропонованої методики застосовувались рухові тести, прийняті в практиці проведення занять з фізичної культури в ЗДО, що проводяться до експерименту і після його закінчення. Розвиток фізичних якостей оцінювався за результатами тестів на швидкість, силу, витривалість, гнучкість, спритність. Загальна структура тестування фізичної підготовленості дітей старшого дошкільного віку з ЧРЗ включала у себе: біг на 30 м, човниковий біг 4х9 м, стрибок у довжину з місця, вис на зігнутих руках (для дівчат у полегшеному в.п.), нахили тулуба з в. п. сидячи вперед із одночасним витягуванням рук уперед. Тестування проводилось за загальноприйнятими методиками.

**Комплексна оцінка фізичного стану (КОФС).** Комплексна оцінка здійснюється при заповненні спеціальної діагностичної карти (додаток А), складеної на підставі результатів констатувального експерименту з найбільш інформативних показників, частина з яких отримують за допомогою спеціальних розрахунків, висновок роблять на підставі сумарного підрахунку кількості балів. Кожному показнику відповідно до вікових нормативів присвоювався 1 бал, при відставанні – 0 балів, при випередженні – 2 бали. Сумарний результат оцінювався як фізіологічний при значенні 31±5 балів.

**2.1.7. Методи математичної статистики.** Отримані результати оброблені математико-статистичними методами за допомогою пакету прикладних програм «Statistica 7.0».

Опис кількісних ознак представлений у вигляді середнього арифметичного значення (****) і стандартної помилки середнього (σ). При нормальному характері розподілу достовірність відмінностей визначалась за критерієм Стьюдента (t) при 95 % (р<0,05) і 99 % (р<0,01) рівнях значущості.

**2.2. Організація дослідження**

Дослідження проводилось на базі [Лубенського дитячого садку № 5 «Зірочка»](http://lub-spec-school.ucoz.ua/index/istorija/0-5). У дослідженні взяли участь 13 дітей із ЧРЗ старшого дошкільного віку. Для проведення дослідження діти були поділені на 2 групи. Основну групу (ОГ) склали 5 дітей (3 хлопці і 2 дівчини). Контрольну групу (КГ) склали 6 дітей (3 хлопці і 3 дівчини).

Під час проведення дослідження в основній групі застосовувалась розроблена методика корекції фізичного стану дітей з частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання. У контрольній групі протягом дослідження застосовувалась стандартна програма закладу.

Дослідження з перевіркою поставлених завдань та апробацією результатів і їх впровадження було проведене в чотири етапи:

*Перший етап* – аналіз сучасних літературних джерел вітчизняних і зарубіжних авторів, що дозволив оцінити загальний стан проблеми; встановити об’єкт, предмет, мету, завдання дослідження; визначити програму досліджень; узгодити терміни проведення дослідження;

*Другий етап* – організація та проведення констатувального експерименту для отримання теоретичних і експериментальних даних стосовно визначення рівня морфофункціонального та фізичного розвитку досліджуваних дітей; визначені організаційно-педагогічні умови інтеграції сучасних методів навчання і нових форм рухової активності у процес адаптивного фізичного виховання дітей із ЧРЗ старшого дошкільного віку;

*Третій етап* – наукове обґрунтування розробки та оцінки ефективності впровадження методики корекції фізичного стану дітей з частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання шляхом порівняння вихідних і кінцевих результатів дослідження основної та контрольної груп;

*Четвертий етап* – обробка отриманих результатів методами математичної статистики, оформлення роботи, апробація основних положень дослідження на наукових конференціях; впровадження результатів дослідження у практику.

**РОЗДІЛ 3**

**МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ІЗ ЧАСТИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ В ЗАКЛАДАХ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

* 1. **Теоретичне обґрунтування побудови методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання**

Завдання розробки методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання полягали в забезпеченні позитивних кінцевих результатів – підвищення рівня здоров’я, корекції фізичного стану і рухового розвитку дітей групи із ЧРЗ. Для ефективного управління процесом оздоровлення і розвитку рухових умінь і навичок зазначеного контингенту дітей в роботі ЗДО відповідно до завдань, що визначаються системою адаптивного фізичного виховання, були виділені 3 основних напрями методики: оздоровчий, виховний і освітній.

Оздоровчий напрям сприяв підвищенню морфофункціональних можливостей зовнішнього дихання і неспецифічної стійкості організму до інфекції, загартування і зміцнення організму дітей із ЧРЗ засобами адаптивного фізичного виховання, створення умов для поступової підготовки до фізичного навантаження. Реалізувався оздоровчий напрям у процесі формування ефективного спеціального модифікованого середовища в ЗДО для вирішення наступних оздоровчих завдань:

* формування сприятливих організаційно-педагогічних умов для проведення дослідження;
* забезпечення диференційованого підходу до дозування фізичного навантаження для дітей із ЧРЗ;
* освоєння дитиною спеціальних вправ, спрямованих на зміцнення дихальної мускулатури й оптимізацію функцій дихальної системи;
* освоєння дитиною техніки виконання спеціальних фізичних вправ;
* освоєння дитиною рухових умінь і навичок з використанням загартувальних і тренувальних вправ у природному і штучному середовищі.

Виховний напрям, поряд із загальним розвитком здібностей дитини старшого дошкільного віку й урахуванням дефіциту рухової активності дітей із ЧРЗ, забезпечував цілеспрямований розвиток особистості. Завданнями цього напряму були:

* сприяння соціальному формуванню особистості дитини за допомогою застосування фізичних вправ, культивуючи в розумних межах такі якості, як наполегливість, терпіння, сміливість, рішучість і вольові якості;
* розвиток бажання контролювати та управляти своїм здоров’ям, здобувати навички самоврядування, підвищувати впевненість у своїх силах в умовах застосування різноманітних фізичних вправ;
* формування потреби особистості бути здоровою, використовувати фізичні вправи для створення оздоровчого поведінкового стереотипу як інструменту оздоровлення власного організму;
* створення штучних і природних умов, необхідних для подолання труднощів фізичного характеру в фізкультурно-оздоровчому педагогічному процесі: помірного силового навантаження на м’язи плечового пояса за рахунок предметів; середовищного впливу; гіпервентиляційного тренування; різних видів загартування; різних рухових режимів, необхідних для управління власним здоров’ям;
* розвиток у ослабленої дитини прагнення мати правильну поставу і пропорційний розвиток тіла, користуватись переважно носовим диханням, правильно виконувати вправи і нормативні тести, проявляти позитивні емоції, взаємовиручку, взаємодопомогу і вольові якості в процесі формування фізичних якостей.

Освітній напрям забезпечував засвоєння систематизованих знань про методи і прийоми зміцнення організму, своєчасного розвитку рухових умінь і навичок, про правила здорового способу життя. Завданнями освітнього напряму були:

* оволодіння дитиною елементарними знаннями про свій організм, навичками самообслуговування, санітарно-гігієнічними знаннями, ролі фізичних вправ в її житті, способах зміцнення власного здоров’я і контролю його стану;
* оволодіння технікою виконання комплексів вправ розробленої методики, якісним виконанням тестових завдань;
* організація фізкультурно-оздоровчого процесу навчання із застосуванням привабливих для дітей фізкультурно-навчальних технологій і різноманітного обладнання та споруд;
* розвиток у дітей із ЧРЗ відстаючих життєво важливих рухових умінь і навичок, що сприяють зміцненню здоров’я;
* створення позитивної емоційної атмосфери і умов для соціалізації дітей із ЧРЗ (табл. 3.1).

*Таблиця 3.1*

**Варіативність фізичного навантаження для дітей із частими респіраторними захворюваннями**

|  |  |
| --- | --- |
| Критерії | Показники |
| Ступінь ризику зниження рівня здоров’я | помірний |
| Регламентація фізичного навантаження, ЧССмах, уд/хв | 140–150 |
| Темп виконання вправ | середній, швидкий |
| Інтенсивність виконання вправ | помірна, висока |
| Руховий режим | щадно-тренувальний, тренувальний |
| Тривалість статичного дихального тренування, хв. | 11 |
| Тривалість динамічного дихального тренування, хв. | 4 |

Завдяки варіативності вправ виявилось можливим не тільки поступове збільшення фізичного навантаження, а й індивідуальне повернення для кожної дитини до щадного режиму у разі виникнення нового захворювання.

Для педагогічної корекції фізичного стану дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями були розроблені варіативні засоби адаптивного фізичного виховання, покликані позитивно впливати на процес адаптації до процесу навчання з урахуванням специфіки морфофункціонального стану досліджуваного контингенту дітей і використання технологій фізкультурного навчання:

* цілеспрямований вплив на функції зовнішнього дихання за допомогою спеціальних дихальних і коригувальних вправ для зміцнення дихальної мускулатури і підвищення рухливості грудної клітки;
* стимулюючий вплив на механізми неспецифічного захисту від інфекції за допомогою засобів, що мають оздоровчий, загартувальний і тренуючий ефекти;
* розвивальний вплив на розвиток опорно-рухового апарату і формування відстаючих рухових навичок і умінь, що забезпечують заповнення дефіциту рухової активності.

Експериментальне застосування цих заходів відбувалось 5 разів на тиждень по 30 хв (2 заняття окремо, 1 заняття – спільно з усіма дітьми, але за власною методикою, 1 заняття дихальними вправами і 1 заняття дозованою ходьбою – під час прогулянки).

Заняття забезпечували оптимізацію роботи основних систем організму, ослабленого частими застудами дитини, за рахунок наступних прийомів:

* виконання циклічних вправ невисокої потужності з регульованим навантаженням;
* виконання короткочасних динамічних навантажень з невеликими інтервалами для оптимізації серцево-судинної та імунної систем;
* заповнення інтервалів вправами на релаксацію або дихальними вправами;
* застосування статичних дихальних вправ помірної інтенсивності;
* застосування динамічних дихальних вправ;
* застосування швидкісно-силових вправ із використанням технічного інвентарю і механічної дії;
* обов’язковий поточний медичний контроль з орієнтацією на гігієнічну характеристику зовнішніх ознак втоми на заняттях з адаптивного фізичного виховання та якість виконання тестових завдань.

Заняття проводились за загальноприйнятим планом і передбачали три частини. Вступна частина (⁓ 6 хв) мала традиційний зміст і спрямованість, включала паузи для відпочинку. В основній частині заняття (⁓ 20 хв) виконувались безпосередньо заплановані комплекси згідно варіативного плану занять за розробленою методикою. Максимальна ЧСС досягалась у кінці основної частини занять. У заключній частині заняття (⁓ 4 хв) виконувались традиційні вправи, при цьому ЧСС поступово знижувалась і поверталась до вихідного стану протягом 2–3 хв після закінчення заняття.

Таким чином, розроблена методика корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ЧРЗ основної групи та корекції вторинних недоліків у їхньому розвитку. Передбачуваними результатами застосування методики були: корекція та поліпшення фізичного стану; підвищення фізичної підготовленості; попередження, відновлення та своєчасна корекція порушених функцій і більш ефективна підготовка дитини із ЧРЗ до навчання у школі. Для їх досягнення методика була впроваджена в практику занять основної групи й апробована у формувальному педагогічному експерименті.

* 1. **Дослідження ефективності методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання**

У ході впровадження методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання були досягнуті певні результати, що визначались шляхом зіставлення досліджуваних показників у дітей до експерименту і після нього. Для цього використовувався комплекс спеціальних методик, застосований під час констатувального етапу дослідження з метою забезпечення об’єктивної оцінки результатів формувального етапу експерименту і можливості відстеження їх динаміки. Для отримання більш точної інформації про ефективність розробленої методики діти із ЧРЗ були поділені на дві групи (контрольну й основну).

Результати педагогічного експерименту свідчать про певні зрушення як у контрольній, так і в основній групах, але в останній виявлені значно кращі результати, ніж у контрольній.

**Динаміка антропометричних показників дітей із частими респіраторними захворюваннями старшого дошкільного віку.** При проведенні порівняльного аналізу антропометричних показників дітей із ЧРЗ основної та контрольної груп визначені значення вихідних і кінцевих результатів дослідження. У всіх таблицях розділу ця тенденція зберігається.

Динаміка антропометричних показників хлопців основної та контрольної груп наведена у таблиці 3.2.

*Таблиця 3.2*

**Динаміка антропометричних показників хлопців у процесі дослідження**

**(±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| Довжина тіла, см | | | | |
| ОГ | n=3 | 89,6±3,3 | 95,6±4,8 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 88,7±3,4 | 93,0±4,9 | ˃0,05 |
| Маса тіла, кг | | | | |
| ОГ | n=3 | 19,6±1,3 | 21,6±2,2 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 18,4±2,1 | 22,1±1,7 | ˃0,01 |
| Окружність грудної клітки, см | | | | |
| ОГ | n=3 | 64,5±0,3 | 69,8±0,3 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 64,9±0,2 | 68,4±0,3 | ˃0,01 |
| Індекс Піньє, ум. од. | | | | |
| ОГ | n=3 | 39,1±0,8 | 37,7±0,7 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 40,0±0,9 | 39,8±0,8 | ˃0,01 |

Довжина та маса тіла дітей протягом дослідження поступово збільшувалась. Різниця у довжині тіла хлопців основної групи на контрольному етапі дослідження склала 6,0 см (вихідні результати: 89,6± 3,3 см, кінцеві: 95,6±4,8 см). Збільшення у показникові маси тіла дорівнює 2,0 кг порівняно з вихідними даними (вихідні результати: 19,6±1,3 кг, кінцеві: 21,6±2,2 кг). У хлопців контрольної групи різниця у довжині тіла склала 4,3 см (вихідні результати: 88,7±3,4 см, кінцеві: 93,0±4,9 см), маса тіла збільшилась на 3,7 кг (вихідні результати: 18,4±2,1 кг, кінцеві: 22,1±1,7 кг).

Стосовно вимірів окружності грудної клітки, то у хлопців основної групи результати виявилися наступними: різниця між показниками дорівнює 5,3 см (вихідні результати: 64,5±0,3 см, кінцеві: 69,8±0,3 см), у хлопців контрольної групи – 3,5 см (вихідні результати: 64,9±0,2 см, кінцеві: 68,4± 0,3 см). Показники індексу Піньє на кінець дослідження виявили позитивні зрушення у дітей із ЧРЗ в основній групі хлопців – 1,4 ум. од. (вихідні результати: 39,1±0,8 ум. од., кінцеві: 37,7±0,7 ум. од.). У дітей контрольної групи також відбулись позитивні зміни, але не достовірні: 0,2 ум. од. (вихідні результати: 40,0±0,9 ум. од., кінцеві: 39,8±0,8 ум. од.).

Динаміка показників антропометричних вимірів дівчат основної та контрольної груп наведена у таблиці 3.3.

*Таблиця 3.3*

**Динаміка антропометричних показників дівчат у процесі дослідження**

**(±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| Довжина тіла, см | | | | |
| ОГ | n=2 | 87,2±2,4 | 89,0±1,3 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 87,5±2,8 | 88,6±1,7 | ˃0,05 |
| Маса тіла, кг | | | | |
| ОГ | n=2 | 18,9±1,1 | 21,3±1,8 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 18,5±1,2 | 20,5±1,4 | ˃0,01 |
| Окружність грудної клітки, см | | | | |
| ОГ | n=2 | 62,8±0,4 | 65,7±0,2 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 63,1±0,3 | 64,8±0,2 | ˃0,01 |
| Індекс Піньє, ум. од. | | | | |
| ОГ | n=2 | 38,4±0,5 | 36,7±0,3 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 39,2±0,6 | 38,9±0,7 | ˃0,01 |

Дівчата основної групи показали кінцеві результати, що також відрізняються від результатів початку дослідження. Різниця між показниками довжини тіла склала 1,8 см (вихідні результати: 87,2±2,4 см, кінцеві: 89,0± 1,3 см), між показниками маси тіла – 2,4 кг (вихідні результати: 18,9±1,1 кг, кінцеві: 21,3±1,8 кг). У дівчат контрольної групи одержані результати також покращились, але з меншою дисперсією. Різниця значень довжини тіла дівчат дорівнює 1,1 см (вихідні результати: 87,5±2,8 см, кінцеві: 88,6±1,7 см), у масі тіла – 2,0 кг (вихідні результати: 18,5± 1,2 кг, кінцеві: 20,5±1,4 кг).

Стосовно вимірів окружності грудної клітки, то у дівчат обох груп така ситуація: різниця між показниками в основній групі дорівнює 2,9 см (вихідні результати: 62,8±0,4 см, кінцеві: 65,7±0,2 см), у дівчат контрольної – 1,7 см (вихідні результати: 63,1±0,3 см, кінцеві: 64,8±0,2 см). Показники індексу Піньє на кінець дослідження виявили позитивні зрушення в основній групі дівчат – 1,7 ум. од. (вихідні результати: 38,4±0,5 ум. од., кінцеві: 36,7± 0,3 ум. од.). У дітей контрольної групи також відбулись позитивні зміни, але не достовірні: 0,3 ум. од. (вихідні результати: 39,2±0,6 ум. од., кінцеві: 38,9±0,7 ум. од.).

Розраховані величини коефіцієнта Стьюдента свідчать про наявність статистичної різниці між антропометричними показниками в кожній із груп, що пояснюється швидким ростом дітей у цей період. Між тим, різниця значеннями обох груп незначна.

Аналіз основних значень антропометричних показників не виявив значимої різниці між показниками дітей обох груп, а динаміка цілком пояснюється високим темпом росту дітей. Діти основної групи випереджають за всіма показниками дітей контрольної, що доводить ефективність використання засобів адаптивного фізичного виховання у методиці корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання.

**Динаміка показників функціонального стану дітей із частими респіраторними захворюваннями старшого дошкільного віку.** Функціональний стан основних систем характеризує здатність організму адаптуватись до змін навколишнього середовища, в тому числі до пропонованих фізичних навантажень.

Динаміка показників функціонального станухлопців основної та контрольної груп наведена у таблиці 3.4.

*Таблиця 3.4*

**Динаміка показників функціонального стану хлопців у процесі дослідження (****±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| ЧСС, уд/хв | | | | |
| ОГ | n=3 | 80,5±1,4 | 74,8±1,2 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 81,2±1,3 | 78,2±1,2 | ˃0,05 |
| САТ, мм рт. ст. | | | | |
| ОГ | n=3 | 98,4±1,8 | 96,5±1,1 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 97,1±1,6 | 99,2±1,1 | ˃0,01 |
| ДАТ, мм рт. ст. | | | | |
| ОГ | n=3 | 64,3±1,2 | 60,4±1,1 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 63,9±1,2 | 62,3±1,2 | ˃0,05 |
| ЧД, хв | | | | |
| ОГ | n=3 | 20,4±0,1 | 18,5±0,1 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 20,8±0,2 | 19,6±0,2 | ˃0,05 |
| Екскурсія грудної клітки, см | | | | |
| ОГ | n=3 | 6,2±0,1 | 6,9±0,1 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 6,2±0,2 | 6,5±0,1 | ˃0,05 |
| Гарвардський степ-тест, ум. од. | | | | |
| ОГ | n=3 | 54,2±2,0 | 64,2±1,6 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 54,5±2,6 | 57,0±2,1 | ˃0,05 |

Функціональні показники пульсометрії протягом дослідження змінювались в обох групах, але з різною дисперсією. Так, у хлопців основної групи в кінці дослідження значення ЧСС мали різницю у 5,7 уд/хв(вихідні результати: 80,5±1,4 уд/хв, кінцеві: 74,8±1,2 уд/хв), результати дітей контрольної групи теж мали позитивну динаміку, але не значущу: значення частоти серцевих скорочень мали різницю у 3,0 уд/хв(вихідні результати: 81,2±1,3 уд/хв, кінцеві: 78,2±1,2 уд/хв).

Показники артеріальної тонометрії в кінці дослідження у дітей основної групи мали наступний вигляд: систолічний артеріальний тиск виявив зменшення результатів у 1,9 мм рт. ст. (вихідні результати: 98,4± 1,8 мм рт. ст., кінцеві: 96,5±1,1 мм рт. ст.), у дітей контрольної групи: систолічний артеріальний тиск виявив зміну результатів у 2,1 мм рт. ст. (вихідні результати: 97,1±1,6 мм рт. ст., кінцеві: 99,2±1,1 мм рт. ст.). Подібну тенденцію до зменшення в кінці дослідження мали показники діастолічного артеріального тиску: в основній групі хлопців виявлена різниця результатів у 7,0 мм рт. ст. (вихідні результати: 64,3±1,2 мм рт. ст., кінцеві: 60,4± 1,1 мм рт. ст.), в контрольній групі хлопців результати зменшились на 1,6 мм рт. ст. (вихідні результати: 63,9±1,2 мм рт. ст., кінцеві: 62,3± 1,2 мм рт. ст.).

На кінець дослідження у хлопців основної групи різниця значень частоти дихання склала 1,9 хв (вихідні результати: 20,4±0,1 хв, кінцеві: 18,5± 0,1 хв), хлопці контрольної групи також мали розбіжності у кінцевих показниках у 1,2 хв (вихідні результати: 20,8±0,2 хв, кінцеві: 19,6±0,2 хв).

Показники екскурсії грудної клітки порівняно з початком дослідження відрізнялись у хлопців основної групи на 0,7 см (вихідні результати: 6,2± 0,1 см, кінцеві: 6,9±0,1 см), у хлопців контрольної групи різниця значно менша – 0,3 см (вихідні результати: 6,2±0,2 см, кінцеві: 6,5±0,1 см).

При дослідженні результатів Гарвардського степ-тесту хлопці основної групи показали різницю показників у 10,0 ум. од. (вихідні результати: 54,2± 2,0 ум. од., кінцеві: 64,2±1,6 ум. од.), тоді як у хлопців контрольної – лише 2,5 ум. од.(вихідні результати: 54,5±2,6 ум. од., кінцеві: 57,0±2,1 ум. од.).

Аналогічно досліджувалась динаміка показників функціонального стану дівчат основної та контрольної груп, що наведена у таблиці 3.5.

*Таблиця 3.5*

**Динаміка показників функціонального стану дівчат у процесі дослідження (****±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| ЧСС, уд/хв | | | | |
| ОГ | n=2 | 81,3±1,1 | 76,1±1,0 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 81,0±1,3 | 79,1±1,2 | ˃0,05 |

*Продовження таблиці 3.5*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| САТ, мм рт. ст. | | | | |
| ОГ | n=2 | 98,2±1,4 | 96,7±1,3 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 97,7±1,1 | 99,0±1,4 | ˃0,01 |
| ДАТ, мм рт. ст. | | | | |
| ОГ | n=2 | 66,4±1,1 | 61,7±1,3 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 65,9±1,0 | 63,9±1,4 | ˃0,05 |
| ЧД, хв | | | | |
| ОГ | n=2 | 21,3±0,4 | 18,8±0,2 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 22,8±0,2 | 21,2±0,1 | ˃0,05 |
| Екскурсія грудної клітки, см | | | | |
| ОГ | n=2 | 6,0±0,2 | 6,4±0,2 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 5,9±0,3 | 6,3±0,3 | ˃0,05 |
| Гарвардський степ-тест, ум. од. | | | | |
| ОГ | n=2 | 47,2±1,5 | 58,4±1,5 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 46,6±1,6 | 50,8±1,5 | ˃0,05 |

Функціональні показники пульсометрії у дівчат основної групи в кінці дослідження мали різницю у 5,2 уд/хв(вихідні результати: 81,3±1,1 уд/хв, кінцеві: 76,1±1,0 уд/хв), результати дітей контрольної групи теж мали позитивну динаміку у 1,9 уд/хв(вихідні результати: 81,0±1,3 уд/хв, кінцеві: 79,1±1,2 уд/хв).

Показники артеріальної тонометрії в кінці дослідження у дівчат основної групи мали наступний вигляд: систолічний артеріальний тиск виявив зменшення результатів у 1,5 мм рт. ст. (вихідні результати: 98,2± 1,4 мм рт. ст., кінцеві: 96,7±1,3 мм рт. ст.), у дітей контрольної групи: систолічний артеріальний тиск виявив зміну результатів у 1,3 мм рт. ст. (вихідні результати: 97,7±1,1 мм рт. ст., кінцеві: 99,0±1,4 мм рт. ст.). Подібну тенденцію до зменшення в кінці дослідження мали показники діастолічного артеріального тиску: в основній групі дівчат виявлена різниця результатів у 4,7 мм рт. ст. (вихідні результати: 66,4±1,1 мм рт. ст., кінцеві: 61,7± 1,3 мм рт. ст.), в контрольній групі дівчат результати зменшились на 2,0 мм рт. ст. (вихідні результати: 65,9±1,0 мм рт. ст., кінцеві: 63,9± 1,4 мм рт. ст.).

На кінець дослідження у дівчат основної групи різниця значень частоти дихання склала 2,5 хв (вихідні результати: 21,3±0,4 хв, кінцеві: 18,8±0,2 хв), дівчата контрольної групи також мали розбіжності у кінцевих показниках у 1,6 хв (вихідні результати: 22,8±0,2 хв, кінцеві: 21,2±0,1 хв).

Показники екскурсії грудної клітки порівняно з початком дослідження відрізнялись у дівчат основної групи на 0,4 см (вихідні результати: 6,0± 0,2 см, кінцеві: 6,4±0,2 см), у дівчат контрольної групи різниця така сама – 0,4 см (вихідні результати: 5,9±0,3 см, кінцеві: 6,3±0,3 см).

При дослідженні результатів Гарвардського степ-тесту хлопці основної групи показали різницю показників у 11,2 ум. од. (вихідні результати: 47,2± 1,5 ум. од., кінцеві: 58,4±1,5 ум. од.), тоді як у дівчат контрольної – лише 4,2 ум. од.(вихідні результати: 46,6±1,6 ум. од., кінцеві: 50,8±1,5 ум. од.).

Аналіз наведених даних дозволив зробити висновок, що діти основної групи випереджають за визначеними показниками дітей контрольної, а виявлена різниця основних значень має статистичну достовірність (р<0,01), тобто у кінці педагогічного експерименту у результаті використання комплексної методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання виявлений достовірний приріст показників функціонального стану дітей основної групи. Використання розробленої методики позитивно вплинуло на формування дихальної системи дітей основної групи, що пояснюється використанням у ній засобів адаптивного фізичного виховання.

**Динаміка респіраторних показників дітей із частими респіраторними захворюваннями старшого дошкільного віку.** Інструментальними методами дослідження були визначені кардіореспіраторна продуктивність і максимальна об’ємна швидкість видиху дітей.

Динаміка респіраторних показниківхлопців основної та контрольної груп наведена у таблиці 3.6.

*Таблиця 3.6*

**Динаміка респіраторних показників хлопців у процесі дослідження (****±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| ЖЄЛ, л | | | | |
| ОГ | n=3 | 2,8±0,1 | 3,3±0,1 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 2,7±0,1 | 3,0±0,1 | ˃0,05 |
| Максимальна об’ємна швидкість видиху, мл/хв | | | | |
| ОГ | n=3 | 164,0±3,4 | 200,0±4,9 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 157,4±2,3 | 175,5±4,8 | ˃0,01 |

На кінець дослідження у хлопців основної групи значення життєвої ємності легенів наприкінці дослідження змінились на 0,5 л (вихідні результати: 2,8±0,1 л, кінцеві: 3,3±0,1 л), в контрольній групі ця різниця дорівнює 0,3 л (вихідні результати: 2,7±0,1 л, кінцеві: 3,0±0,1 л).

Показники [максимальної об’ємної швидкості видиху](https://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0_%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BB%D1%8F%D1%86%D1%96%D1%8F_%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D1%96%D0%B2&action=edit&redlink=1) позитивно змінились в основній групі на 36,0 мл/хв (вихідні результати: 164,0± 3,4 мл/хв, кінцеві: 200,0±4,9 мл/хв), в контрольній – на 18,1 мл/хв(вихідні результати: 157,4±2,3 мл/хв, кінцеві: 175,5±4,8 мл/хв).

Динаміка респіраторних показниківдівчат основної та контрольної груп наведена у таблиці 3.7.

*Таблиця 3.7*

**Динаміка респіраторних показників дівчат у процесі дослідження (****±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| ЖЄЛ, л | | | | |
| ОГ | n=2 | 2,7±0,2 | 3,4±0,3 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 2,6±0,4 | 2,9±0,1 | ˃0,05 |

*Продовження таблиці 3.7*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| Максимальна об’ємна швидкість видиху, мл/хв | | | | |
| ОГ | n=2 | 169,2±3,7 | 188,1±3,6 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 155,2±2,4 | 163,3±2,8 | ˃0,01 |

На кінець дослідження у дівчат основної групи значення життєвої ємності легенів наприкінці дослідження змінились на 0,7 л (вихідні результати: 2,7±0,2 л, кінцеві: 3,4±0,3 л), в контрольній групі ця різниця дорівнює 0,3 л (вихідні результати: 2,6±0,4 л, кінцеві: 2,9±0,1 л).

Показники [максимальної об’ємної швидкості видиху](https://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0_%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%BB%D1%8F%D1%86%D1%96%D1%8F_%D0%BB%D0%B5%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D1%96%D0%B2&action=edit&redlink=1) позитивно змінились в основній групі дівчат на 18,9 мл/хв (вихідні результати: 169,2± 3,7 мл/хв, кінцеві: 188,1±3,6 мл/хв), в контрольній – на 8,1 мл/хв(вихідні результати: 155,2±2,4 мл/хв, кінцеві: 163,3±2,8 мл/хв).

Оцінювання стану респіраторної системи дітей на кінець дослідження показало, що їм діти основної групи за всіма параметрами відповідають критеріям фізіологічного здоров’я. У цілому, можна стверджувати, що стан респіраторної системи дітей із ЧРЗ у дослідженні має відмінності, але у той же час всі показники відповідають віковій нормі. На кінець дослідження стан респіраторної системи, навіть при наявній патології, дітей обох груп має позитивні відмінності порівняно з початком дослідження.

**Динаміка показників фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями старшого дошкільного віку.** Фізичний стан дітей із ЧРЗ визначали за результатами фізичної підготовленості. Власне дослідження щодо визначення рівня фізичного стану дітей показало, що успіх оволодіння рухами дітьми цієї категорії у багатьох випадках залежить від цілеспрямовано побудованої системи фізичних вправ, від правильно організованої реабілітаційної роботи.

Рівень розвитку фізичної підготовленості дітей визначався за програмними тестами. Оцінювання швидкісних якостей проводилось на основі результатів тесту бігу на 30 м, човникового бігу 4х9 м, вибухова сила ніг оцінювалась за результатами стрибка у довжину з місця, силова витривалість – вису на зігнутих руках (для дівчат у полегшеному вихідному положенні), гнучкість визначалась нахилами тулуба з в. п. сидячи вперед із одночасним витягуванням рук уперед.

Динаміка результатів фізичного стану на кінець дослідження дітей основної та контрольної груп наведена у таблицях 3.8, 3.9.

*Таблиця 3.8*

**Динаміка показників фізичного стану хлопців у процесі дослідження**

**(****±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| Біг 30 м, с | | | | |
| ОГ | n=3 | 6,6±0,1 | 5,9±0,3 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 6,7±0,1 | 6,2±0,2 | ˃0,05 |
| Човниковий біг 4х9 м, с | | | | |
| ОГ | n=3 | 14,6±1,2 | 12,1±0,9 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 16,8±1,8 | 14,6±1,1 | ˃0,01 |
| Стрибок у довжину з місця, см | | | | |
| ОГ | n=3 | 109,0±8,5 | 116,2±8,1 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 108,3±8,3 | 113,0±7,9 | ˃0,05 |
| Вис на зігнутих руках, с | | | | |
| ОГ | n=3 | 17,1±4,1 | 20,8±4,4 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 17,0±3,9 | 19,6±4,2 | ˃0,05 |
| Нахили тулуба з в. п. сидячи вперед із одночасним витягуванням рук уперед, см | | | | |
| ОГ | n=3 | 6,0±1,2 | 7,0±0,7 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 5,0±1,4 | 6,2±1,2 | ˃0,05 |
| Комплексна оцінка фізичного стану, бали | | | | |
| ОГ | n=3 | 11,6±0,2 | 25,0±0,5 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 11,5±0,2 | 18,6±0,3 | ˃0,05 |

Аналіз показників фізичного стану хлопців основної групи виявив, що одержані результати дітей мають розбіжності: протягом педагогічного експерименту індивідуальні результати кожного тесту послідовно поліпшувались як у дітей основної групи, так і у дітей контрольної, але дисперсія результатів суттєвіша у дітей основної групи.

За тестом бігу на 30 м в основній групі хлопців різниця результатів склала 0,7 с (вихідні результати: 6,6±0,1 с, кінцеві: 5,9±0,3 с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця між першим і другим дослідженням склала 2,5 с (вихідні результати: 14,6± 1,2 с, кінцеві: 12,1±1,8 с). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 7,2 см (вихідні результати: 109,0±8,5 см, кінцеві: 116,2±8,1 см), у результатах вису на зігнутих руках виявлена різниця у 3,7 с (вихідні результати: 17,1±4,1 с, кінцеві: 20,8±4,4 с) у бік збільшення. Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 1,0 см (вихідні результати: 6,0±1,2 см, кінцеві: 7,0±0,7 см). Комплексна оцінка фізичного стану змінилась на 13,4 балів (вихідні результати: 11,6±0,2 балів, кінцеві: 25,0± 0,5 балів).

У хлопців контрольної групи кінцеві значення виявилися такими: за тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,5 с (вихідні результати: 6,7± 0,1 с, кінцеві: 6,2±0,2 с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця склала 2,2 с (вихідні результати: 16,8±1,8 с, кінцеві: 14,6±1,1 с). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 4,7 см (вихідні результати: 108,3±8,3 см, кінцеві: 113,0±7,9 см), у результатах вису на зігнутих руках виявлена різниця у 2,6 с (вихідні результати: 17,0±3,9 с, кінцеві: 19,6±4,2 с) у бік збільшення. Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 1,2 см (вихідні результати: 5,0±1,4 см, кінцеві: 6,2±1,2 см). Комплексна оцінка фізичного стану змінилась на 7,1 балів (вихідні результати: 11,5±0,2 балів, кінцеві: 18,6± 0,3 балів).

*Таблиця 3.9*

**Динаміка показників фізичного стану дівчат у процесі дослідження**

**(****±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| Біг 30 м, с | | | | |
| ОГ | n=2 | 7,0±0,2 | 6,3±0,4 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 7,1±0,1 | 6,6±0,3 | ˃0,05 |
| Човниковий біг 4х9 м, с | | | | |
| ОГ | n=2 | 16,4±0,8 | 14,1±0,7 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 16,9±1,9 | 14,8±1,2 | ˃0,01 |
| Стрибок у довжину з місця, см | | | | |
| ОГ | n=2 | 102,0±6,2 | 113,6±7,1 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 100,1±6,0 | 105,0±6,9 | ˃0,05 |
| Вис на зігнутих руках, с | | | | |
| ОГ | n=2 | 11,9±2,0 | 13,4±2,0 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 12,3±2,2 | 12,6±2,0 | ˃0,05 |
| Нахили тулуба з в. п. сидячи вперед із одночасним витягуванням рук уперед, см | | | | |
| ОГ | n=2 | 6,2±1,2 | 7,8±0,5 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 6,2±1,1 | 6,9±1,4 | ˃0,05 |
| Комплексна оцінка фізичного стану, бали | | | | |
| ОГ | n=2 | 11,2±0,4 | 19,8±0,2 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 11,4±0,1 | 16,7±0,4 | ˃0,05 |

У дівчат основної групи за тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,7 с (вихідні результати: 7,0±0,2 с, кінцеві: 6,3±0,4 с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця між першим і другим дослідженням склала 2,3 с (вихідні результати: 16,4± 0,8 с, кінцеві: 14,1±0,7 с). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 11,6 см (вихідні результати: 102,0±6,2 см, кінцеві: 113,6±7,1 см), у результатах вису на зігнутих руках виявлена різниця у 1,5 с (вихідні результати: 11,9±2,0 с, кінцеві: 13,4±2,0 с) у бік збільшення. Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 1,6 см (вихідні результати: 6,2±1,2 см, кінцеві: 7,8±0,5 см). Комплексна оцінка фізичного стану змінилась на 8,6 балів (вихідні результати: 11,2±0,4 балів, кінцеві: 19,8± 0,2 балів).

У дівчат контрольної групи кінцеві значення виявились такими: за тестом бігу на 30 м різниця результатів склала 0,5 с (вихідні результати: 7,1± 0,1 с, кінцеві: 6,6±0,3 с), за тестом човникового бігу спостерігалась динаміка зменшення показників і різниця склала 2,1 с (вихідні результати: 16,9±1,9 с, кінцеві: 14,8±1,2 с). За результатами стрибка у довжину з місця середні показники покращились на 4,9 см (вихідні результати: 100,1±6,0 см, кінцеві: 105,0±6,9 см), у результатах вису на зігнутих руках виявлена різниця у 0,3 с (вихідні результати: 12,3±2,2 с, кінцеві: 12,6±2,0 с) у бік збільшення. Результат нормативу нахилу тулуба збільшився на 0,7 см (вихідні результати: 6,2±1,1 см, кінцеві: 6,9±1,4 см). Комплексна оцінка фізичного стану змінилась на 5,3 балів (вихідні результати: 11,4±0,1 балів, кінцеві: 16,7± 0,4 балів).

Аналіз наведених даних дозволив зробити висновок, що досліджувані хлопці і дівчата з частими респіраторними захворюваннями основної групи випереджають за всіма визначеними показниками досліджуваних дітей контрольної, а виявлена різниця основних значень має статистичну достовірність (р<0,01).

**Висновки до третього розділу**

Аналіз даних вивчення причин поширення функціональних респіраторно-імунних розладів у дошкільних колективах і результатів констатувального експерименту дав змогу розробити методику корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання. Завдання розробки методики полягали в забезпеченні позитивних кінцевих результатів – підвищення рівня здоров’я, корекції фізичного стану і рухового розвитку дітей групи із ЧРЗ. Для ефективного управління процесом оздоровлення і розвитку рухових умінь і навичок зазначеного контингенту дітей в роботі ЗДО відповідно до завдань, що визначаються системою адаптивного фізичного виховання, були виділені 3 основних напрями методики: оздоровчий, виховний і освітній.

Оздоровчий напрям сприяв підвищенню морфофункціональних можливостей зовнішнього дихання і неспецифічної стійкості організму до інфекції, загартування і зміцнення організму дітей із ЧРЗ засобами адаптивного фізичного виховання, створення умов для поступової підготовки до фізичного навантаження. Виховний напрям, поряд із загальним розвитком здібностей дитини старшого дошкільного віку й урахуванням дефіциту рухової активності дітей із ЧРЗ, забезпечував цілеспрямований розвиток особистості. Освітній напрям забезпечував засвоєння систематизованих знань про методи і прийоми зміцнення організму, своєчасного розвитку рухових умінь і навичок, про правила здорового способу життя.

Експериментальне застосування цих заходів відбувалось 5 разів на тиждень по 30 хв (2 заняття окремо, 1 заняття – спільно з усіма дітьми, але за власною методикою, 1 заняття дихальними вправами і 1 заняття дозованою ходьбою – під час прогулянки). Заняття забезпечували оптимізацію роботи основних систем організму, ослабленого частими застудами дитини, за рахунок виконання циклічних вправ невисокої потужності з регульованим навантаженням; виконання короткочасних динамічних навантажень з невеликими інтервалами; заповнення інтервалів вправами на релаксацію або дихальними вправами; застосування статичних дихальних вправ помірної інтенсивності; застосування динамічних дихальних вправ; застосування швидкісно-силових вправ із використанням технічного інвентарю; обов’язкового медичного контролю.

Розроблена методика корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ЧРЗ основної групи та корекції вторинних недоліків у їхньому розвитку. Передбачуваними результатами застосування методики були: корекція та поліпшення фізичного стану; підвищення фізичної підготовленості; попередження, відновлення та своєчасна корекція порушених функцій і більш ефективна підготовка дитини із ЧРЗ до навчання у школі. Для їх досягнення методика була впроваджена в практику занять основної групи й апробована у формувальному педагогічному експерименті.

Після впровадження методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання були досягнуті певні результати, що визначались шляхом зіставлення досліджуваних показників у дітей до експерименту і після нього. Для цього використовувався комплекс спеціальних методик, застосований під час констатувального етапу дослідження з метою забезпечення об’єктивної оцінки результатів формувального етапу експерименту і можливості відстеження їх динаміки.

Виконання наприкінці експерименту тестових завдань засвідчило покращення в дітей основної групи всіх показників. Це свідчить про позитивний вплив та ефективність розробленої методики. Результати педагогічного експерименту свідчать про певні зрушення як у контрольній, так і в основній групах, але в останній виявлені значно кращі результати, ніж у контрольній.

**РОЗДІЛ 4**

**УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що в умовах ЗДО на тлі стандартного фізичного виховання число дітей із ЧРЗ не тільки не зменшується в міру росту і розвитку, але до старшого дошкільного віку досягає майже 50 %. Цьому сприяє ряд негативних організаційно-педагогічних та навчально-методичних факторів, що сприяють зниженню в 1,5 рази рівня фізичного стану цієї категорії дітей.

Провідна роль в зниженні рівня здоров’я і зростання кількості дітей із ЧРЗ грає гіподинамія, тобто виховання дітей в умовах «педагогічної посидючості» і щадного рухового режиму, що проявляється в нівелюванні адаптаційного потенціалу, в т.ч. пригніченні імунної реактивності, переходу на вегетативний рівень функціонування, що формує загальну стратегію психофізичного регресу підростаючого покоління.

Діти з частими респіраторними захворюваннями не стільки відстають у фізичному розвитку, скільки в функціональної зрілості і фізичній підготовленості і вимагають не щадної тактики, а розширення фізкультурно-оздоровчої діяльності за рахунок впровадження засобів адаптивного фізичного виховання, забезпечуючи їх наступність і контроль на всіх етапах в системі безперервної здоров’язбержувальної освіти ослаблених дітей.

Завдання розробки методики полягали в забезпеченні позитивних кінцевих результатів – підвищення рівня здоров’я, корекції фізичного стану і рухового розвитку дітей групи із ЧРЗ. Для ефективного управління процесом оздоровлення і розвитку рухових умінь і навичок зазначеного контингенту дітей в роботі ЗДО відповідно до завдань, що визначаються системою адаптивного фізичного виховання, були виділені 3 основних напрями методики: оздоровчий, виховний і освітній.

Оздоровчий напрям сприяв підвищенню морфофункціональних можливостей зовнішнього дихання і неспецифічної стійкості організму до інфекції, загартування і зміцнення організму дітей із ЧРЗ засобами адаптивного фізичного виховання, створення умов для поступової підготовки до фізичного навантаження. Виховний напрям, поряд із загальним розвитком здібностей дитини старшого дошкільного віку й урахуванням дефіциту рухової активності дітей із ЧРЗ, забезпечував цілеспрямований розвиток особистості. Освітній напрям забезпечував засвоєння систематизованих знань про методи і прийоми зміцнення організму, своєчасного розвитку рухових умінь і навичок, про правила здорового способу життя.

Для педагогічної корекції фізичного стану дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями були розроблені варіативні засоби адаптивного фізичного виховання, покликані позитивно впливати на процес адаптації до процесу навчання з урахуванням специфіки морфофункціонального стану досліджуваного контингенту дітей і використання технологій фізкультурного навчання. Експериментальне застосування цих заходів відбувалось 5 разів на тиждень по 30 хв (2 заняття окремо, 1 заняття – спільно з усіма дітьми, але за власною методикою, 1 заняття дихальними вправами і 1 заняття дозованою ходьбою – під час прогулянки).

Заняття забезпечували оптимізацію роботи основних систем організму, ослабленого частими застудами дитини, за рахунок виконання циклічних вправ невисокої потужності з регульованим навантаженням; виконання короткочасних динамічних навантажень з невеликими інтервалами; заповнення інтервалів вправами на релаксацію або дихальними вправами; застосування статичних дихальних вправ помірної інтенсивності; застосування динамічних дихальних вправ; застосування швидкісно-силових вправ із використанням технічного інвентарю; обов’язкового медичного контролю. Розроблена методика корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ЧРЗ основної групи та корекції вторинних недоліків у їхньому розвитку. Передбачуваними результатами застосування методики були: корекція та поліпшення фізичного стану; підвищення фізичної підготовленості; попередження, відновлення та своєчасна корекція порушених функцій і більш ефективна підготовка дитини із ЧРЗ до навчання у школі. Для їх досягнення методика була впроваджена в практику занять основної групи й апробована у формувальному педагогічному експерименті.

Після впровадження методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання були досягнуті певні результати, що визначались шляхом зіставлення досліджуваних показників у дітей до експерименту і після нього. Для цього використовувався комплекс спеціальних методик, застосований під час констатувального етапу дослідження з метою забезпечення об’єктивної оцінки результатів формувального етапу експерименту і можливості відстеження їх динаміки.

Виконання наприкінці експерименту тестових завдань засвідчило покращення в дітей основної групи всіх показників. Це свідчить про позитивний вплив та ефективність розробленої методики. Результати педагогічного експерименту свідчать про певні зрушення як у контрольній, так і в основній групах, але в останній виявлені значно кращі результати, ніж у контрольній.

**ВИСНОВКИ**

1. Теоретичний аналіз спеціальної літератури і результатів власних досліджень дозволили визначити негативні особливості фізичного виховання у ЗДО дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями: щадна тактика, загальна оздоровча спрямованість, дефіцит рухової активності, що сприяють широкому поширенню цього контингенту дітей в дошкільних колективах, формування у них хронічних захворювань легень і імунодефіцитного стану та зниження рівня морфофункціонального та фізичного стану.

2. В процесі констатувального експерименту були виявлені показники, що характеризують особливості фізичного стану дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями, в т.ч. показники динаміки функцій зовнішнього дихання, неспецифічної стійкості організму до інфекції і рівня фізичної підготовленості, що потребують корекції і педагогічного контролю. Було показано, що в умовах традиційної системи дошкільного фізичного виховання рівень фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями виявився достовірно нижче, ніж серед здорових однолітків, що вимагає розробки і застосування методики фізкультурно-оздоровчих занять для його корекції.

3. Доведено, що організаційна структура і зміст методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання цілеспрямовані на поліпшення їхнього фізичного стану і базуються на основі:

* спеціального модифікованого середовища з організаційно-педагогічними, навчально-методичними, матеріально-технічними і контрольно-діагностичними чинниками, а також трьома компонентами педагогічного впливу (оздоровчий, виховний, освітній);
* диференційованого підходу до дозування фізичного навантаження;
* варіативного застосування засобів адаптивного фізичного виховання, що володіють загартувальними, розвивальними та тренуючими ефектами;
* модернізації навчання на основі сучасних технологій фізкультурного навчання;
* контролю ефективності занять (поточний, проміжний, етапний) на основі моніторингу найбільш інформативних показників, що дозволяє успішно управляти процесом корекції фізичного стану дітей досліджуваного контингенту.

4. Визначені умови організації занять адаптивним фізичним вихованням, що забезпечують тренувальний ефект серед дітей із ЧРЗ.

5. Методика корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання реалізувалась 5-разовими заняттями в тиждень по 30 хв. Заняття забезпечували оптимізацію роботи основних систем організму, ослабленого частими застудами дитини, за рахунок виконання циклічних вправ невисокої потужності з регульованим навантаженням; виконання короткочасних динамічних навантажень з невеликими інтервалами; заповнення інтервалів вправами на релаксацію або дихальними вправами; застосування статичних дихальних вправ помірної інтенсивності; застосування динамічних дихальних вправ; застосування швидкісно-силових вправ із використанням технічного інвентарю; обов’язкового медичного контролю.

Розроблена методика корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ЧРЗ основної групи та корекції вторинних недоліків у їхньому розвитку. Передбачуваними результатами застосування методики були: корекція та поліпшення фізичного стану; підвищення фізичної підготовленості; попередження, відновлення та своєчасна корекція порушених функцій і більш ефективна підготовка дитини із ЧРЗ до навчання у школі. Для їх досягнення методика була впроваджена в практику занять основної групи й апробована у формувальному педагогічному експерименті.

6. Після впровадження методики корекції фізичного стану дітей із частими респіраторними захворюваннями в закладах дошкільної освіти засобами адаптивного фізичного виховання були досягнуті певні результати, що визначались шляхом зіставлення досліджуваних показників у дітей до експерименту і після нього. Для цього використовувався комплекс спеціальних методик, застосований під час констатувального етапу дослідження з метою забезпечення об’єктивної оцінки результатів формувального етапу експерименту і можливості відстеження їх динаміки.

Виконання наприкінці експерименту тестових завдань засвідчило покращення в дітей основної групи всіх показників. Це свідчить про позитивний вплив та ефективність розробленої методики. Результати педагогічного експерименту свідчать про певні зрушення як у контрольній, так і в основній групах, але в останній виявлені значно кращі результати, ніж у контрольній.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Алямовская В. Г. Как воспитать здорового ребенка: опыт создания авторской программы на базе дошкольного учреждения / В. Г. Алямовская. – М.: Linka-Press, 2013. – 112 с.
2. Алямовская В. Г. Оценка эффективности системы физического воспитания в дошкольном учреждении / В. Г. Алямовская // Педагогическое обозрение, 2018. – № 3. – С. 120–123.
3. Антипкін Ю. Г. Довідник з дитячої пульмонології / Ю. Г. Антипкін, В. Ф. Лапшин. – К.: Доктор-Медiа, 2017. – 254 с.
4. Антипкін Ю. Г. Сучасні погляди на етіопатогенез, клінінко-діагностичні та лікувально-профілактичні особливості перебігу запального процессу при неспецифічних захворюваннях органів дихання у дітей (огляд літератури) / Ю. Г. Антипкін, Т. Г. Надточій // Перинаталогія і педіатрія, 2016. – № 1 (45). – С. 19–23.
5. Апанасенко Г. Л. Максимальная аэробная способность как критерий оптимальности онтогенеза / Г. Л. Апанасенко // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации, 2019. – № 3. – С. 30–35.
6. Апарін В. Е. Лікувальна фізкультура і масаж як основні засоби реабілітації дітей з захворюваннями органів дихання / В. Є. Апарін // Лікувальна фізична культура і масаж, 2015. – № 6. – С. 39.
7. Аршавский И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития / И. А. Аршавский. – М.: Наука, 2002. – 209 с.
8. Бальсевич В. К. Онтокінезіологія людини / В. К. Бальсевич // Теорія і практика фізичної культури, 2016. – С. 274–278.
9. Баранов А. А. Педиатрия : клинические рекомендации / А. А. Баранов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 272 с.
10. Бахрах И. И. Организационные, методические и правовые основы физической реабилитации : учеб. пособие / И. И. Бахрах, Г. Н. Грец. – Смоленск: СГИФК, 2013. – 151 с.
11. Бойко В. В. Дифференцированный подход в системе физического воспитания дошкольников : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Валерий Вячеславович Бойко. – Ярославль, 2018. – 23 с.
12. Весєлов Н. Г. Здоров’я дітей перших 7 років життя і перспективи його покращення в умовах міста : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Микола Григорович Весєлов. – Х., 2015. – 44 с.
13. Воробьева И. И. Двигательный режим и лечебная физическая культура в пульмонологии / И. И. Воробьева. – М.: Медицина, 2010. – 64 с.
14. Вялков А. Сучасні проблеми стану здоров’я населення / А. Вялков // Лікувальна фізична культура и масаж, 2013. – № 1 (4). – С. 5–8.
15. Гавалов С. М. Часто и длительно болеющие дети / С. М. Гавалов. – Новосибирск, 2013. – 238 с.
16. Гигиена детей и подростков : руководство для санитарных врачей / под ред. Г. Н. Сердюковской, А. Г. Сухарева. – М.: Медицина, 2016. – 496 с.
17. Глазырина Л. Д. Методика физического воспитания детей дошкольного возраста : уч. пособие / Л. Д. Глазырина, В. А. Овсянкин. – М.: ВЛАДОС, 2010. – 176 с.
18. Громбах С. М. Соціально-гігієнічні аспекти оцінки стану дітей і підлітків / С. М. Громбах. – К., 2014. – 80 с.
19. Грядкіна Т. С. Педагогічні умови оптимізації навчання дітей 6-го року життя основним рухам в дитячому садку (стрибки, метання, лазіння) : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Т. С. Грядкіна. – Львів, 2017. – 19 с.
20. Детская отоларингология : учебник для вузов / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 576 с.
21. Ефимова Л. К. Лечебная физкультура при заболеваниях органов дыхания / Л. К. Ефимова. – К.: Здоров’я, 2018. – 83 с.
22. Журавлева А. И. Методология физической реабилитации / А. И. Журавлева // Реабилитационная помощь населению: сб. науч. трудов. – М., 2013. – С. 93–94.
23. Зайцев В. П. Лечебная физическая культура при хронических неспецифических заболеваниях легких : Учеб. пособ. / В. П. Зайцев, Н. И. Чуча. – Х.: Основа, 2012. – 180 с.
24. Исаев Г. Г. Регуляция дыхания при мышечной работе / Г. Г. Исаев. – СПб.: Наука, 2018. – 120 с.
25. Константинов Ю. С. Роль физкультурной деятельности в воспитании, обучении и оздоровлении учащихся / Ю. С. Константинов // Дополнительное образование, 2017. – № 11. – С. 33–35.
26. Концепция дошкольного воспитания: сб. действующих нормативно-правовых документов и научно-методических материалов. – М.: ACT, 2018. – С. 8–34.
27. Костюченкова Е. А. Гигиеническая оценка учебного процесса в ДОУ / Е. А. Костюченкова, В. Н. Костюченкова, Т. Т. Романова; под ред. В. Н. Костюченкова, В. Г. Семенова, Г. Н. Греца // Физическая культура и спорт – основополагающий фактор воспитания здорового образа жизни, укрепления здоровья, профилактики и лечения заболеваний»: сборник матер. Междун. науч.-практ. конф. – Смоленск, СГМА, 2016. – С. 72–74.
28. Кривицкая Е. И. Психология и психогигиена болезни и инвалидности в адаптивной физической культуре : учеб. пособие / Е. И. Кривицкая. – Смоленск: СГАФКСТ, 2019. – 244 с.
29. Кузнєцова М. М. Оцінка фізичного розвитку та функціональної підготовленості дітей 6-річного віку в умовах дошкільних установ / М. Н. Кузнєцова [та ін.] // Фізкультура в профілактиці, лікуванні та реабілітації, 2010. – № 3–4. – С. 96–100.
30. Лікувальна фізична культура в педіатрії / Л. М. Белозерова [и др.]. – Х., 2019. – 222 с.
31. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / За ред. В. В. Клапчука, Г. В. Дзяка. – К.: Здоров’я, 2005. – 312 с.
32. Логинова В. И. Расход энергии и двигательная активность детей раннего детства: сб. науч. трудов / В. И. Логинова. – Хмельницкий, 2011. – № 8. – С. 101–105.
33. Лубышева Л. И. Концепция формирования физической культуры человека / Л. И. Лубышева. – М.: Медицина, 2012. – 122 с.
34. Лук’яненко В. П. Сучасний стан і концепція реформування системи загальної освіти в галузі фізичної культури : монографія / В. П. Лук’яненко. – Дніпро, 2018. – 168 с.
35. Мазнєв Н. І. Лікування захворювань органів дихання / Н. І. Мазнєв. – К.: ТОВ «ВД РИПОЛ класик», 2018. – 61 с.
36. Малявін А. Г. Респіраторна медична реабілітація : [практичний посібник для лікарів] / А. Г. Малявін. – К.: Практична медицина, 2016. – 416 с.
37. Марченко Т. К. Использование средств адаптивного физического воспитания в детских дошкольных учреждениях / Т. К. Марченко // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. – № 1 (5). – 2014. – С. 40–42.
38. Меерсон Ф. З. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам / Ф. З. Меерсон, М. Г. Пшенникова. – М.: Медицина, 2018. – 256 с.
39. Мізерницький Ю. Л. Сучасні можливості підвищення ефективності реабілітаційно-відновного лікування при захворюваннях органів дихання у дітей / Ю. Л. Мізерницький // Здоров’я та здоровий спосіб життя: стан і перспективи: зб. матер. V наук.-практ. конф. – Хуст, 2017. – С. 339–343.
40. Мілюкова І. В. Гімнастика для дітей / І. В. Мілюкова, Т. А. Євдокімова. – Х.: Эксма, 2015. – 256 с.
41. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / В. М. Мухін. – 3-тє вид. – К.: Олімпійська література, 2009. – 488 с.
42. Никуличева И. В. Влияние физических упражнений с допустимыми отягощениями на морфофункциональное состояние детей 4–6 лет / И. В. Никуличева; под ред. Л. Ф. Кобзевой // Актуальные вопросы оптимизации тренировочного процесса в видах спорта: сб. науч. трудов. – К., 2011. – С. 271–275.
43. Оптимизация оздоровительной деятельности в дошкольном учреждении / под ред. В. Г. Алямовской. – Н. Новгород, 2012. – 233 с.
44. Орлов С. І. Захворювання дихальних шляхів. Вибір правильного лікування / С. І. Орлов. – Запоріжжя: Сова, 2017. – 125 с.
45. Османов P. O. Физическое развитие ослабленных, часто болеющих детей и особенности инновационных процессов, проводимых в ясли-садах / P. O. Османов, B. C. Якубов // Физическая культура и спорт на рубеже тысячелетия: матер. Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2015. – С. 80.
46. Остапенко Т. В. Особливості розвитку рухово-координаційних здібностей у хлопців 5–8 років / Т. В. Остапенко, Т. І. Ломовцева; під ред. Р. Н. Дорохова // Діти, спорт, здоров’я: зб. науч. праць з проблем інтегративної та спортивної антропології. – Запоріжжя, 2018. – С. 103–106.
47. Пегов В. В. Психолого-педагогічні аспекти допомоги дітям, які потребують особливого догляду : навч. посібник / В. В. Пегов, Д. Ф. Палецький. – Дніпропетровськ, 2014. – 279 с.
48. Праздников В. П. Закаливание детей дошкольного возраста / В. П. Праздников. – СПб.: Медицина, 2019. – 176 с.
49. Романцев М. Г. Часто болеющие дети : руководство для врачей / М. Г. Романцев, Ф. И. Ершов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 196 с.
50. Рунова М. А. Рухова активність дитини в дитячому садку: навч. посіб. / М. А. Рунова. – Х.: Мозаїка-Синтез, 2020. – 255 с.
51. Самсыгина Г. Часто болеющие дети / Г. Самсыгина // Педиатрия, 2015. – № 1. – С. 23–28.
52. Семенова Н. А. Подвижные игры как средство воспитания ловкости у детей шестого года жизни / Н. А. Семенова // Наука о детстве и современное образование: матер. Междунар. науч.-практ. конф. – М.: Центр «Школьная книга», 2014. – С. 156–158.
53. Сенцова Т. Б. Иммунологические механизмы взаимосвязи вирусной инфекции и аллергической патологии / Т. Б. Сенцова / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / Вып. 4. – М., 2009. – С. 55–63.
54. Смирнова Е. О. Игра и произвольность у современных дошкольников / Е. О. Смирнова, О. В. Гундарева // Вопросы психологи, 2012. – № 1. – С. 91–103.
55. Солодков А. С. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная : учебник / А. С. Солодков, Е. Б. Сологуб. – М.: Советский спорт, 2018. – 620 с.
56. Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях / под ред. Р. В. Тонковой-Ямпольской. – К., 2010. – 231 с.
57. Филиппова С. О. Физическая культура в системе образования дошкольников : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04 / С. О. Филиппова. – СПб., 2012. – 518 с.
58. Фролов В. П. Фізкультурні заняття на повітрі з дітьми дошкільного віку: посібник для вихователів дитячого садка / В. П. Фролов, Г. П. Юрко. – К., 2013. – 191 с.
59. Холодов Ж. К. Теория и методика физического воспитания и спорта : учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Ж. К. Холодов, B. C. Кузнецов. – М.: Академия, 2012. – 480 с.
60. Черток Т. Стан здоров’я і диспансеризація дітей раннього віку / Т. Черток, Г. Нибш. – К.: Медицина, 2017. – 253 с.
61. Шевцов B. C. Оздоровлення дітей дошкільного віку (5–6 років) з використанням нетрадиційних засобів фізичної культури / B. C. Шевцов // Формування цінностей здорового способу життя у дітей дошкільного віку: матер, peг. наук.-практ. конф. – Вінниця, 2018. – С. 88–92.
62. Шерунова М. А. Рухова активність дитини в дитячому садку: навч. посіб. / М. А. Шерунова. – Х.: Мозаїка-Синтез, 2020. – 255 с.

**ДОДАТКИ**

**Додаток А**

**Діагностична карта фізичного стану дітей старшого дошкільного віку з частими респіраторними захворюваннями**

(при відповідності віковим нормативам виставляється 1 бал, при перевищенні норми – 2 бали, при відставанні від норми – 0 балів)

Прізвище\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ім’я \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Показник/діагностика | Бал |
| 1. Медичний анамнез (наявність діагнозу педіатра або вузьких фахівців – 0 балів, при відсутності діагнозів – 1 бал) |  |
| 2. Маса тіла (М), кг (21,8–22,5±3) |  |
| 3. Довжина тіла (Р), см (115,5–125±5) |  |
| 4. Окружність грудної клітки (ОГК), см (58±3,5) |  |
| 5. Індекс Піньє (ІП) = Р – (М + ОГК) (34–37) |  |
| 6. ЧСС в спокої, уд/хв (90–100) |  |
| 7. Почастішання пульсу після статичного навантаження, % (25) |  |
| 8. Час відновлення пульсу після статичного навантаження, хв (2–3) |  |
| 9. САД у спокої, мм рт. ст. (80–100) |  |
| 10. ДАТ у спокої, мм рт. ст. (53–80) (ПД = САД – ДАТ), мм. рт. ст. |  |
| 11. Частота дихання, ЧДД/хв (20–24) |  |
| 12. Почастішання дихання після статичного навантаження, ЧДД/хв (5–6) |  |
| 13. Спірометрія: життєва ємність легень (ЖЄЛ), л (1,2) |  |
| 14. Пікфлоуметрія або об’ємна швидкість видиху, мл/хв (230) |  |
| 15. Фізична працездатність, бали (>50) |  |
| 16. Швидкісні: швидкісна витривалість, біг на 30 м, с (7–8) |  |
| 17. Силові: сила м’язів кисті, кг (10) |  |
| 18. Швидкісно-силові: стрибок у довжину з місця, см (100) |  |
| 19. Координація: човниковий біг 4x9 м, с (10) |  |
| 20. Гнучкість: нахил з в.п. сидячи, см (0 і <) |  |

Примітка: в дужках наведена вікова норма. Комплексна оцінка фізичного стану (КОФС) проводиться за 24 критеріями, при цьому в нормі сумарний результат повинен бути 31±5 %.