**ПОЛТАВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА**

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

Кафедра соціальної роботи та спеціальної освіти

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

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

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

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**«МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ»**

Освітній рівень: магістр

**Виконав:**

здобувач вищої освіти

спеціальності 016 «Спеціальна освіта»

Зігаренко Максим Павлович

**Керівник:**

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

Полтава – 2021

Полтавський інститут економіки і права

Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»

Кафедра соціальної роботи та спеціальної освіти

Освітній рівень магістр

Галузь знань 01 «Освіта/Педагогіка»

Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

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

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

\_\_\_\_ вересня 20\_\_\_ року

**ЗАВДАННЯ**

**НА ДИПЛОМНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Зігаренку Максиму Павловичу

1. Тема роботи «Методика корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання».

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

затверджені наказом закладу вищої освіти від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ року № \_\_\_\_

2. Строк подання роботи здобувачем вищої освіти « \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ 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 морфофункціонального та фізичного розвитку дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.
2. Визначити особливості адаптивного фізичного виховання дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.
3. Дослідити рівень фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.
4. Обґрунтувати та розробити методику корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання та дослідити її ефективність.

5. Перелік графічного матеріалу: 11 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. | \_\_ лютого 2021 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 дипломного дослідження, змісту роботи | жовтень 2019 | виконано |
| 3. | Обґрунтування актуальності теми, опис категоріального апарату дослідження та методів дослідження (вступ) | листопад 2019 | виконано |
| 4. | Написання 1 розділу, висновків до першого розділу | грудень 2019-січень 2020 | виконано |
| 5. | Написання 2 розділу | березень 2020 | виконано |
| 6. | Проведення формувального експерименту, написання 3 розділу | квітень-червень 2020 | виконано |
| 7. | Написання висновків до 3 розділу | вересень-жовтень 2020 | виконано |
| 8. | Обговорення результатів дослідження (розділ 4), написання висновків | листопад 2020 | виконано |
| 9. | Магістерська практика, нормоконтроль | листопад-грудень 2020 | виконано |
| 10. | Підготовка електронної презентації, передзахист магістерської роботи | січень 2021 | виконано |
| 11. | Захист магістерської роботи | лютий 2021 |  |

Здобувач вищої освіти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Зігаренко М. П.

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

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ………………………………………** | 4 |
| **ВСТУП…………………………………………………………………………..** | 5 |
| **РОЗДІЛ 1. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ……………….** | 9 |
| * 1. Етіологія респіраторних захворювань дітей дошкільного віку……………………………………………………………… | 9 |
| * 1. Формування рухових умінь і навичок у дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями……….. | 14 |
| * 1. Особливості застосування засобів адаптивного фізичного виховання дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями…………………………….. | 21 |
| Висновки до першого розділу…………………………………… | 27 |
| **РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ…………….** | 30 |
| 2.1. Методи дослідження………………………………………… | 30 |
| 2.1.1.Теоретичні методи……………………………………..... | 30 |
| 2.1.2. Антропометричні методи……………………………….. | 30 |
| 2.1.3. Методи визначення функціонального стану………….. | 31 |
| 2.1.4. Інструментальні методи………………………………… | 31 |
| 2.1.5. Методи визначення фізичного стану………………….. | 32 |
| 2.1.6. Соціологічні методи…………………………………….. | 33 |
| 2.1.7. Педагогічні методи…………………………………….. | 33 |
| 2.1.8. Психолого-педагогічні методи……………………….... | 34 |
| 2.1.9. Методи математичної статистики……………………… | 35 |
| 2.2. Організація дослідження…………………………………….. | 35 |
| **РОЗДІЛ 3. МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ……………..** | 37 |
| 3.1. Обґрунтування побудови методики корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання…………………………………………. | 37 |
| 3.2. Дослідження ефективності методики корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання………………………………………… | 42 |
| 3.2.1. Динаміка антропометричних показників дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями…………………………………………… | 43 |
| 3.2.2. Динаміка показників функціонального стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями…………………………………………… | 46 |
| 3.2.3. Динаміка респіраторних показників дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями…… | 50 |
| 3.2.4. Динаміка показників фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями…………………………………………… | 52 |
| 3.2.5. Динаміка показників формування поведінкового стереотипу дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями……………………… | 56 |
| Висновки до третього розділу…………………………………… | 59 |
| **РОЗДІЛ 4. УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ………** | 63 |
| **ВИСНОВКИ……………………………………………………………………** | 67 |
| **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……………………………………** | 70 |
| **ДОДАТКИ………………………………………………………………………** | 76 |

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

АТ – артеріальний тиск;

АФВ – адаптивне фізичне виховання;

ВНС – вегетативна нервова система;

ГЛТН – гіпертрофія лімфоїдної тканини носоглотки;

ГРІ – гострі респіраторні інфекції;

ДАТ – діастолічний артеріальний тиск;

ЖЄЛ – життєва ємність легень;

ЗДО – заклад дошкільної освіти;

ЗРВ – загальнорозвивальні вправи;

ІДС – імунодефіцитний стан;

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;

ХЗЛ – хронічні захворювання легень;

ХРЗ – хронічні респіраторні захворювання;

ЧД – частота дихання;

ЧРЗ – часті респіраторні захворювання;

ЧСС – частота серцевих скорочень.

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження.** В умовах сьогодення в сучасному українському суспільстві зростає роль фізичного виховання в цілому та адаптивного зокрема в дошкільній освітній системі як одного з найважливіших механізмів підвищення здоров’я нації. Однак фізкультурно-педагогічна діяльність закладів дошкільної освіти не формує достатній рівень фізичної підготовленості у майже 50 % дошкільнят, тому не привносить належний внесок в очікуваний ефект оздоровлення найбільш численної групи ризику, що нараховує 60–72 % дітей (М. Н. Кузнєцова, 2017; В. П. Лук’яненко, 2018; В. К. Спірін, 2018). Найбільшу частину з них складають діти з хронічними респіраторними захворюваннями: ті, які часто хворіють (20–40 %), що обумовлює 60 % захворюваності в дошкільних колективах, а також діти з помірною гіпертрофією лімфоїдної тканини носоглотки (15–20 %), які хворіють простудними захворюваннями в стертій формі (Л. І. Пономарьова, 2019; С. Н. Ревенко, 2018). Характерними для них є затримка вікового формування механізмів неспецифічної стійкості до респіраторної інфекції та недостатня тренованість організму, що відіграють важливу роль у трансформації функціональних респіраторно-імунних розладів у майже 15 % дітей цієї категорії у відповідну патологію дихальної системи або лор-органів, а також імунодефіцитний стан (М. Р. Богомильский, 2017; М. Г. Романцев, 2016).

Оздоровча діяльність у дошкільній освіті 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 (М. П. Асташина, 2017; В. П. Губа, 2018).

Для оздоровлення дітей з хронічними 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; М. Г. Михайлова, 2019). 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:

* між визнанням важливої ролі рухової активності для підвищення адаптаційних можливостей дітей із хронічними респіраторними захворюваннями і її дефіцитом, обумовленим освітніми статичними навантаженнями, а також частими пропусками фізкультурних занять через хворобу. При цьому природну потребу в русі можна задовольнити в процесі додаткових фізкультурних занять;
* слабо вивчені показники фізичного стану, які характеризують дітей із хронічними респіраторними захворюваннями, що зумовлюють зрушення у функціонуванні зовнішнього дихання, механізмів стійкості до інфекції та відставання у розвитку рухових навичок, що негативно відбивається на їх корекції і педагогічному контролі (Т. Ю. Логвіна, 2019).

Одним із перспективних напрямів, здатних принципово змінити ситуацію в позитивну сторону, знизити ризик розвитку патології у дітей із хронічними респіраторними захворюваннями і підвищити рівень їхнього здоров’я є модернізація адаптивного фізичного виховання і цілеспрямованість фізкультурно-оздоровчих занять з дошкільнятами. Позитивні результати педагогічного впливу на фізичний стан дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями значною мірою залежать від організації, спрямованості та характеру корекційних заходів, що актуалізує вирішення наявних протиріч у дошкільній освіті на навчально-методичному рівні:

* не визначені умови реалізації додаткових занять, що вимагають формування спеціального модифікованого середовища в ЗДО, що забезпечує диференційований підхід до дозування фізичного навантаження і застосування сучасних технологій у процесі корекції фізичного стану дітей із хронічними респіраторними захворюваннями;
* не розроблені методики із застосуванням ефективних засобів адаптивного фізичного виховання, що мають загартувальний, оздоровчий і спеціально спрямований впливи; що сприяють активній адаптації дітей із хронічними респіраторними захворюваннями до процесу навчання, на відміну від делікатної тактики традиційного дошкільного фізичного виховання (Ю. С. Воронов, Ю. С. Константінов, 2020).

Отже, окреслені проблеми зумовили актуальність і своєчасність дослідження, а вирішення сформованих протиріч диктує необхідність розробки методики корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання.

**Мета дослідження:** обґрунтувати та розробити методику корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити особливості морфофункціонального та фізичного розвитку дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.
2. Визначити особливості адаптивного фізичного виховання дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.
3. Дослідити рівень фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.
4. Обґрунтувати та розробити методику корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання та дослідити її ефективність.

**Об’єкт дослідження:** процес адаптивного фізичного виховання дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.

**Предмет дослідження:** структура та зміст методики корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання.

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

**Експериментальна база дослідження:** Дошкільний навчальний заклад (ясла-садок) № 4 «Золота рибка» м. Карлівки.

**Практична значущість роботи** полягає в тому, що розроблена методика корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання істотно знижує респіраторну захворюваність, що дозволило підвищити фізичний стан, функціональні можливості та фізичну підготовленість досліджуваного контингенту дітей. Матеріали дослідження можуть використовуватись в освітньо-педагогічному процесі ЗДО, при професійній перепідготовці вихователів та інструкторів з адаптивного фізичного виховання, в навчальному процесі освітніх організацій; на факультетах післядипломної освіти фахівців у галузі дошкільного фізичного виховання та адаптивного фізичного виховання.

**Апробація результатів дослідження.** Матеріали роботи та результати дослідження представлені на V Регіональній науково-практичній конференції «Сучасні реабілітаційно-спортивні технології: теорія і практика» (м. Полтава, лютий 2021 р.).

**РОЗДІЛ 1**

**МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

* 1. **Етіологія респіраторних захворювань дітей дошкільного віку**

Важливим показником стану адаптації 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 дитину, проте їх реальна кількість набагато 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 до 2000–3000 випадків на рік на 1000 дітей, а потім поступово знижується на другому і третьому році відвідування ЗДО до 400–500 випадків на рік на 1000 дітей [52, 63].

Відповідно до існуючих класифікацій, виділені три ступеня тяжкості перебігу періоду індивідуальної адаптації дітей до умов ЗДО: 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 дітей дошкільного віку допустимі в «нормі» до 8–10 епізодів ГРІ протягом першого року відвідування ЗДО, число яких поступово знижується на другому і третьому роках.

У зв’язку з індивідуальною незрілістю імунних реакцій, а також у силу багатьох соціально-психологічних причин, що повторно 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 ХРЗ 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].

Для вирішення проблеми високої респіраторної захворюваності в дошкільних колективах педіатричне співтовариство прийняло рішення об’єднати дітей зі зниженою неспецифічною опірністю організму в диспансерні 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.

Відповідно до загальноприйнятої Міжнародної класифікації хвороб (МКХ–10), стан здоров’я дітей із ХРЗ 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 існуючими даними [18], кількість ХРЗ у дитячій популяції варіює в широких межах – від 20 до 65 % (42 % – серед дітей до 3 років і 26 % – серед дітей 3–6 років). У 13 % з них відзначаються випадки раннього формування відповідної патології в дошкільному віці (хронічні захворювання легенів і лор-органів, ІДС).

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, яка 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. Факторами 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, ХРЗ 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].

Ослаблення неспецифічного імунітету серед дітей із ХРЗ 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].

Формування компенсаторної ГЛТН, що відбиває загальні процеси гіперплазії й ослаблення захисної функції лімфоїдної тканини, сприяє субклінічному перебігу простудних захворювань без ознак інтоксикації у вигляді стертої форми, що не перешкоджає продовженню відвідування дитиною ЗДО, але сприяє поширенню інфекції серед здорових дітей і формуванню у 80 % з них хронічних захворювань ЛОР-органів.

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 дошкільному віці саме серед цього контингенту дітей формуються хронічні захворювання легень у 6,7 % дітей 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, ХРЗ і ГЛТН у дошкільному віці за допомогою засобів адаптивної фізичної культури стає важливим завданням.

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 ХРЗ, однаковою мірою потребують як профілактичних (по лінії охорони здоров’я), так і фізкультурно-оздоровчих заходів (по лінії фізичного виховання).

Аналіз статистичних даних [1, 23] показав, що частка дітей із ХРЗ помітно збільшується в молодшому (20–40 %), але починає зростати і в 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 загартування 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.

Таким чином, останнім часом респіраторна захворюваність дітей 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 ХРЗ 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.

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, 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 ХРЗ 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. **Формування рухових умінь і навичок у дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями**

В Законі України «Про дошкільну освіту» № 463–IX від 16.01.2020 наголошується, що одним із пріоритетних напрямів політики держави є зміцнення здоров’я дітей. Однак за останні роки в результаті впливу генетичних, соціальних, економічних, екологічних і гігієнічних чинників сформувалась стійка тенденція погіршення стану здоров’я дитячого населення. Спостерігається зниження медико-біологічних показників, у т.ч. відзначається зростання за останні роки загальної дитячої захворюваності в 1,5 рази, з якої 60 % – це діти, які часто хворіють, що становить у закладах дошкільної освіти 20–40 % [12, 37].

Протягом останніх десятиріч 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 дітей із ЧРЗ, ХРЗ і ГЛТН [51].

Загальні особливості адаптації дітей дошкільного віку до середовищних, у т.ч. і 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 впливає на цьому етапі на розвиток закономірностей, що сприяють функціональним змінам імунної та респіраторної систем:

* нерівномірність темпів росту та розвитку (у 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 фізичні навантаження. 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].

Відповідно до теорії розвитку рухових якостей, 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].

З одного боку, весь дошкільний вік є сенситивним для розвитку фізичних якостей, а з іншого – в 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 (на тлі високого споживання кисню спостерігається швидке падіння вмісту оксигемоглобіну), виключається застосування навантажень субмаксимальної потужності;
* через швидко наступаючу втому при виконанні статичних навантажень, що викликають негативні реакції з боку дихальної та ССС (підвищується АТ, погіршуються умови кровообігу), часто виникає ефект статичних зусиль (феномен Ліндгарта-Верещагіна). 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 дошкільного віку виникають парасимпатичні (уповільнення ЧСС на 36 %) і симпатичні (почастішання ЧСС на 43 %) ефекти, що вимагає обмеження обертальних навантажень [19, 58].

У зв’язку з цим найбільш адекватними для дітей 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.

Важливими принципами розвитку суспільства на сучасному етапі є гуманістичний пріоритет освіти, його повнота і варіативність, акцент на індивідуальний розвиток здібностей і самовдосконалення, необхідних для формування здорового покоління. Разом із тим, навчання і здоров’я стали займати різні позиції, тому, починаючи зі дошкільного віку, процес навчання сам стає важливим фактором ризику. Якщо раніше основною причиною погіршення здоров’я дошкільнят вважались незадовільні санітарно-гігієнічні аспекти процесу навчання і виховання, то в даний час до цих недоліків додались нові чинники ризику освітнього середовища (пріоритет загальноосвітньої діяльності, стресогенність виховних і статичних навантажень, гіподинамія, зростання обсягу і темпу надходження інформації тощо) [59].

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].

Серед несприятливих організаційно-педагогічних чинників, що впливають на респіраторну захворюваність дошкільнят, найбільш значущою є переважно загальноосвітня спрямованість педагогічної роботи в ЗДО, в той час, як для дітей, які 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 має стати реалізація здоров’язбережувального навчання і виховання дошкільнят, ще досить ефективних у дошкільному віці для їхнього оздоровлення [36].

Відомо [38], що існують фізіологічні особливості адаптації до фізичних навантажень дітей у 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 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].

Формування м’язової сили у дітей 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.

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].

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 дошкільному віці зростає настільки, що можна включати в процес навчання вправи на витривалість.

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 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 хронічними респіраторними захворюваннями [55].

Таким чином, за останні роки 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.

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, які 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 має стати реалізація здоров’язбережувального навчання і виховання дошкільнят, ще досить ефективних у дошкільному віці для їхнього оздоровлення.

Весь дошкільний вік є сенситивним для розвитку фізичних якостей, у 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 дошкільному віці значно поліпшуються. Формування м’язової сили у дітей 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. **Особливості застосування засобів адаптивного фізичного виховання дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями**

Адаптивне фізичне виховання дітей із ХРЗ має 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].

З метою оздоровлення дітей із ХРЗ 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.

Для дітей із ХРЗ 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].

Відомо [27], що 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 ХРЗ. Так, у режимі тренувань дихання носом не рекомендується, а це нівелює необхідну установку на вироблення носового дихання у дітей із ХРЗ [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 на 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 ХРЗ, 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 [15, 47] засобом оздоровлення дітей із ХРЗ 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 ХРЗ, у тому числі і при вирішенні загальних педагогічних завдань на заняттях з фізичної культури. З метою досягнення найкращого результату корекційна робота має здійснюватись на спеціально проведених заняттях з адаптивного фізичного виховання, а також пронизувати роботу інших фахівців дошкільного закладу [3].

У корекції фізичного розвитку та фізичної підготовленості дітей із ХРЗ 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].

На думку фахівців [33, 47], можливості з використання засобів адаптивного фізичного виховання дуже великі. Так, використання фізичних вправ з метою корекції і компенсації порушених функцій у дітей із ХРЗ 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.

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 сприяють 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 ХРЗ має свої специфічні особливості, які, безумовно, мають 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 ХРЗ 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 сприяє ефективності педагогічного впливу [34].

Основним завданням методики розвитку фізичних якостей дітей із ХРЗ 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].

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 ХРЗ необхідне сприятливе поєднання всіх засобів, методів і прийомів адаптивного фізичного виховання [64].

Таким чином, можливості використання засобів адаптивного фізичного виховання для дітей із ХРЗ досить 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.

Адаптивне фізичне виховання дітей із ХРЗ має 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 мають 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**

Теоретичний аналіз і узагальнення спеціальної та науково-методичної літератури дозволили визначити особливості хронічних респіраторних захворювань дітей дошкільного віку, формування у них рухових умінь і навичок і провести аналіз застосування основних засобів адаптивного фізичного виховання для корекції зазначених вад.

З’ясовано, що серед несприятливих організаційно-педагогічних чинників, що впливають на хронічну респіраторну захворюваність дошкільнят, найбільш значущою є, переважно, загальноосвітня спрямованість педагогічної роботи в ЗДО, в той час, як для дітей, які 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 дошкільному віці для їхнього оздоровлення.

Визначено, що весь дошкільний вік є сенситивним для розвитку фізичних якостей, у 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 дошкільному віці значно поліпшуються. Формування м’язової сили у дітей 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 відносно 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.

Доведено, що можливості використання засобів адаптивного фізичного виховання для дітей із ХРЗ досить 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.

Адаптивне фізичне виховання дітей із ХРЗ 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 мають 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.

Педагогічні дослідження показують, що прогалини в адаптивному фізичному вихованні дітей із ХРЗ (дефіцит рухової активності, щадні фізичні навантаження, відсутність наступності в організації фізкультурно-оздоровчої діяльності, підходи без урахування специфіки морфофункціональних особливостей і диференціації фізичного навантаження) 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 ХРЗ 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 та відповідно до поставлених завдань були використані наступні методи: теоретичні, антропометричні, визначення функціонального стану, інструментальні, визначення фізичного стану, соціологічні, педагогічні, психолого-педагогічні, математичної статистики.

**2.1.1. Теоретичні методи.** Для аналізу сучасного стану питання про фізичний стан дітей дошкільного віку з хронічними 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 дошкільного віку з хронічними 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**. **Антропометричні** м**етоди.** Вивчення основних соматометричних ознак морфологічного статусу дітей дошкільного віку з ХРЗ 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].

**2.1.3. 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].

**2.1.4. Інструментальні методи. Спірометрія.** ЖЄЛ визначали за допомогою сухого спірометра. 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].

**2.1.5. 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 дошкільного віку з ХРЗ включала у себе: біг 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.

**2.1.6. Соціологічні методи.** Вивчення мотивації дітей здійснювалось методом опитування за допомогою спеціально розробленого опитувальника «Рівень мотивації дітей дошкільного віку з ХРЗ до занять фізичними вправами» з реєстрацією результатів на спеціально розробленому і заздалегідь підготовленому опитувальному аркуші, в якому кількісно визначався превалюючий рівень (>60–80 %) мотивації дітей до занять фізичними вправами (високий, задовільний, низький) (додаток Б).

Мотивація батьків до занять з дітьми цієї нозології фізичними вправами вивчалась методом анкетування за допомогою спеціально розробленої анкети «Рівень мотивації до занять фізичними вправами серед членів сім’ї дитини дошкільного віку з ХРЗ», кількісні результати якої (в балах) фіксувались на заздалегідь підготовленому бланку (<50 балів – низький; 51–80 бали – задовільний; > 80 балів – високий) (додаток В).

Результати проведеного анкетування сприяли визначенню засобів при розробці методики корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання.

**2.1.7. 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 ХРЗ 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 ХРЗ дошкільного віку.

**2.1.8. Психолого-педагогічні методи.** Психологічні тести проводились для вивчення характерних для дошкільнят із ХРЗ проявів астенії, що обумовлюють зниження загальної стійкості до стресу особистості, що відбиває ступінь сформованості оздоровчого поведінкового стереотипу. Застосовувались доступні для педагогів ЗДО тести: психологічні – наявність ознак невротизму (голосна мова), прихованої агресії (відмова виконання простих завдань), ознак емоційної втоми за допомогою бальної оцінки емоційного тону; соціальні – на оцінку комунікабельності за допомогою рольових ігор [31, 50].

**2.1.9. Методи математичної статистики.** Отримані результати оброблені математико-статистичними методами за допомогою пакету прикладних програм «Statistica 6.0».

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 дошкільного навчального закладу (ясла-садка) № 4 «Золота рибка» м. Карлівки. У дослідженні взяли участь 13 дітей із ХРЗ дошкільного віку. Для проведення дослідження діти були поділені на 2 групи. Основну групу (ОГ) склали 7 дітей (4 хлопці і 3 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями 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 ХРЗ дошкільного віку;
* третій етап – наукове обґрунтування розробки та оцінки ефективності впровадження методики корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями 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 ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

* 1. **Обґрунтування побудови методики корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання**

На підставі даних вивчення причин поширення функціональних респіраторно-імунних розладів у дошкільних колективах і результатів констатувального експерименту була розроблена методика корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями 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 ХРЗ. Для ефективного управління процесом оздоровлення і розвитку рухових умінь і навичок зазначеного контингенту дітей у 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 ХРЗ 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 ХРЗ;
* освоєння дитиною спеціальних вправ, спрямованих на зміцнення дихальної мускулатури й оптимізацію функцій дихальної системи (статичні і динамічні дихальні вправи);
* освоєння дитиною техніки виконання спеціальних фізичних вправ (розвивальних ігор-вправ; комплексів оздоровчої гімнастики із застосуванням багатофункціональних предметів з обтяженням за рахунок власної маси або невеликих обважнювачів, з еластичною структурою середньої пружності);
* 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 дошкільного віку й урахуванням дефіциту рухової активності дітей із ХРЗ, 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 (з обтяженням за рахунок власної маси і невеликих обважнювачів або еластичної структури); середовищного впливу; гіпервентиляційного тренування; різних видів загартування; різних рухових режимів (щадно-тренувального, тренувального), 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, 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 ХРЗ відстаючих життєво важливих рухових умінь і навичок, що сприяють зміцненню здоров’я;
* створення позитивної емоційної атмосфери і умов для соціалізації дітей із ХРЗ (табл. 3.1).

*Таблиця 3.1*

**Варіативність фізичного навантаження для дітей із хронічними 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 дошкільного віку з хронічними 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 (виборчий) вплив на функції зовнішнього дихання за допомогою спеціальних дихальних (статичних, динамічних) і коригувальних вправ для зміцнення дихальної мускулатури і підвищення рухливості грудної клітки (гіпервентиляційні тренування, вправи на дихальних тренажерах);
* стимулюючий вплив на механізми неспецифічного захисту від інфекції за допомогою засобів, що мають оздоровчий, загартувальний і тренуючий ефекти (вправи на ЗРВ-тренажерах, вправи з помірним обтяженням для верхніх кінцівок);
* розвивальний вплив на розвиток опорно-рухового апарату і формування відстаючих рухових навичок і умінь, що забезпечують заповнення дефіциту рухової активності (використання багатофункціональної «Стежки здоров’я», розвивальні ігри-вправи, ігри-подорожі, дозована ходьба).

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 застудами дитини, за рахунок наступних прийомів:

* виконання циклічних вправ невисокої потужності з регульованим навантаженням (дозована ходьба);
* виконання короткочасних динамічних навантажень з невеликими інтервалами (в т.ч. дозоване тренування дихальної мускулатури загальнорозвивального характеру) для оптимізації серцево-судинної та імунної систем;
* заповнення інтервалів вправами на релаксацію або дихальними вправами;
* застосування статичних дихальних вправ помірної інтенсивності (заняття на дихальних тренажерах);
* застосування динамічних дихальних вправ (дихальна гімнастика);
* застосування швидкісно-силових вправ із використанням технічного інвентарю (тренажерні пристрої) і механічної дії (вправи з предметами та обладнанням);
* 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ХРЗ 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 ХРЗ 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання**

Після впровадження методики корекції фізичного стану дітей із хронічними 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 ХРЗ 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.

* + 1. **Динаміка антропометричних показників дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.** При проведенні порівняльного аналізу антропометричних показників дітей із ХРЗ основної та контрольної груп визначені значення вихідних і кінцевих результатів дослідження, де  – середнє значення показника, σ – розкид у показниках. 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=4 | 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=4 | 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=4 | 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=4 | 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 ХРЗ 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=3 | 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=3 | 18,9±1,1 | 21,3±1,8 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 18,5±1,2 | 20,5±1,4 | ˃0,01 |

*Продовження таблиці 3.3*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| Окружність грудної клітки, см | | | | |
| ОГ | n=3 | 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=3 | 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання.

* + 1. **Динаміка показників функціонального стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.** 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.

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=4 | 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=4 | 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=4 | 64,3±1,2 | 60,4±1,1 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 63,9±1,2 | 62,3±1,2 | ˃0,05 |

*Продовження таблиці 3.4*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| ЧД, хв | | | | |
| ОГ | n=4 | 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=4 | 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=4 | 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=3 | 81,3±1,1 | 76,1±1,0 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 81,0±1,3 | 79,1±1,2 | ˃0,05 |
| САТ, мм рт. ст. | | | | |
| ОГ | n=3 | 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=3 | 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=3 | 21,3±0,4 | 18,8±0,2 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 22,8±0,2 | 21,2±0,1 | ˃0,05 |

*Продовження таблиці 3.5*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| Екскурсія грудної клітки, см | | | | |
| ОГ | n=3 | 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=3 | 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 методики корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями 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.

* + 1. **Динаміка респіраторних показників дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.** 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=4 | 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=4 | 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=3 | 2,7±0,2 | 3,4±0,3 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 2,6±0,4 | 2,9±0,1 | ˃0,05 |
| Максимальна об’ємна швидкість видиху, мл/хв | | | | |
| ОГ | n=3 | 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 легень 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 ХРЗ 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.

* + 1. **Динаміка показників фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.** Фізичний стан дітей із ХРЗ 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 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=4 | 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=4 | 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=4 | 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=4 | 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=4 | 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=4 | 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=3 | 7,0±0,2 | 6,3±0,4 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 7,1±0,1 | 6,6±0,3 | ˃0,05 |

*Продовження таблиці 3.9*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| Човниковий біг 4х9 м, с | | | | |
| ОГ | n=3 | 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=3 | 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=3 | 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=3 | 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=3 | 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 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 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 хронічними респіраторними захворюваннями основної групи випереджають за всіма визначеними показниками досліджуваних дітей контрольної, а виявлена різниця основних значень має статистичну достовірність (р<0,01).

* + 1. **Динаміка показників формування поведінкового стереотипу дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями.** Формування поведінкового стереотипу дітей із ХРЗ досліджувалось на основі психологічних тестів. Психологічні тести проводились для вивчення характерних для дошкільнят проявів астенії, що обумовлюють зниження загальної стійкості до стресу особистості, що відбиває ступінь сформованості оздоровчого поведінкового стереотипу. Застосовувались доступні тести: психологічні – наявність ознак невротизму (голосна мова), прихованої агресії (відмова виконання простих завдань), ознак емоційної втоми за допомогою бальної оцінки емоційного тону; соціальні – на оцінку комунікабельності за допомогою рольових ігор.

Динаміка показників формування поведінкового стереотипуна кінець дослідження дітей основної та контрольної груп наведена у таблицях 3.10, 3.11.

*Таблиця 3.10*

**Динаміка показників формування поведінкового стереотипу хлопців у процесі дослідження (****±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| Прихований невротизм (голосна мова), бали | | | | |
| ОГ | n=4 | 8,0±0,5 | 7,2±0,5 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 7,0±0,5 | 3,1±0,2 | ˃0,05 |
| Прихована агресивність (необґрунтовані відмови, реакція гніву), бали | | | | |
| ОГ | n=4 | 8,2±0,5 | 7,0±0,5 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 5,3±0,4 | 1,6±0,1 | ˃0,01 |
| Комунікативність (рольові ігри), бали | | | | |
| ОГ | n=4 | 11,0±0,7 | 16,1±1,0 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 11,3±0,7 | 11,7±0,7 | ˃0,05 |
| Позитивний емоційний тон, бали | | | | |
| ОГ | n=4 | 14,1±0,8 | 14,5±0,8 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 14,0±0,8 | 18,2±1,1 | ˃0,05 |

У хлопців основної групи, порівняно з початком дослідження, показники прихованого невротизму покращились на 0,8 балів (вихідні результати: 8,0±0,5 балів, кінцеві: 7,2±0,5 балів), показники прихованої агресивності – на 1,2 балів (вихідні результати: 8,2±0,5 балів, кінцеві: 7,0± 0,5 балів). Результати комунікативності на кінець дослідження поліпшились на 5,1 балів (вихідні результати: 11,0±0,7 балів, кінцеві: 16,1±1,0 балів), позитивний емоційний тон покращився на 0,4 балів (вихідні результати: 14,1±0,8 балів, кінцеві: 14,5±0,8 балів).

У хлопців контрольної групи кінцеві результати також змінились, але різниця між вихідними та кінцевими результатами менша, ніж у хлопців основної: прихований невротизм – на 3,9 балів (вихідні результати: 7,0± 0,5 балів, кінцеві: 3,1±0,2 балів), показники прихованої агресивності – на 3,7 балів (вихідні результати: 5,3±0,4 балів, кінцеві: 1,6±0,1 балів). Значення комунікативності на кінець дослідження змінились на 0,4 балів (вихідні результати: 11,3±0,7 балів, кінцеві: 11,7±0,7 балів), позитивний емоційний тон – на 4,2 балів (вихідні результати: 14,0±0,8 балів, кінцеві: 18,2±1,1 балів).

*Таблиця 3.11*

**Динаміка показників формування поведінкового стереотипу дівчат у процесі дослідження (****±σ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Група | n | До дослідження | Після дослідження | p |
| Прихований невротизм (голосна мова), % | | | | |
| ОГ | n=3 | 8,4±0,1 | 7,1±0,3 | <0,01 |
| КГ | n=3 | 7,2±0,1 | 5,3±0,5 | ˃0,05 |
| Прихована агресивність (необґрунтовані відмови, реакція гніву), % | | | | |
| ОГ | n=3 | 8,0±0,2 | 7,0±0,5 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 6,3±0,2 | 3,9±0,5 | ˃0,05 |
| Комунікативність (рольові ігри), % | | | | |
| ОГ | n=3 | 10,1±0,4 | 12,2±1,1 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 11,0±0,7 | 11,9±0,3 | ˃0,05 |
| Позитивний емоційний тон, % | | | | |
| ОГ | n=3 | 13,8±0,6 | 13,5±0,2 | <0,05 |
| КГ | n=3 | 14,0±0,4 | 16,3±1,0 | ˃0,05 |

У дівчат основної групи, порівняно з початком дослідження, показники прихованого невротизму покращились на 1,3 балів (вихідні результати: 8,4± 0,1 балів, кінцеві: 7,1±0,3 балів), показники прихованої агресивності – на 1,0 балів (вихідні результати: 8,0±0,2 балів, кінцеві: 7,0±0,5 балів). Значення комунікативності на кінець дослідження змінились на 2,1 балів (вихідні результати: 10,1±0,4 балів, кінцеві: 12,2±1,1 балів), позитивний емоційний тон покращився на 0,3 балів (вихідні результати: 13,8±0,6 балів, кінцеві: 13,5±0,2 балів).

У дівчат контрольної групи кінцеві результати також змінились, але різниця між результатами менша, ніж у дівчат основної: прихований невротизм – на 1,9 балів (вихідні результати: 7,2±0,1 балів, кінцеві: 5,3±0,5 балів), показники прихованої агресивності – на 2,4 балів (вихідні результати: 6,3±0,2 балів, кінцеві: 3,9±0,5 балів). Значення комунікативності на кінець дослідження змінились на 0,9 балів (вихідні результати: 11,0± 0,7 балів, кінцеві: 11,9±0,3 балів), позитивний емоційний тон – на 2,3 балів (вихідні результати: 14,0±0,4 балів, кінцеві: 16,3±1,0 балів).

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<0,05), тобто у кінці педагогічного експерименту у результаті використання комплексної методики корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання виявлений достовірний приріст показників формування поведінкового стереотипудітей основної групи. Використання розробленої методики позитивно вплинуло на формування психічного стану дітей основної групи, що пояснюється використанням у ній засобів адаптивного фізичного виховання.

Таким чином, після проведення формувального експерименту можна з впевненістю констатувати, що одержані результати всіх досліджуваних значень свідчать про наявність статистично значущої різниці між досліджуваними показниками в основній групі, що пояснюється використанням методики корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання.

**Висновки до третього розділу**

На підставі даних вивчення причин поширення функціональних респіраторно-імунних розладів у дошкільних колективах і результатів констатувального експерименту була розроблена методика корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання.

Завдання розробленої методики полягали в забезпеченні позитивних кінцевих результатів – підвищення рівня здоров’я, корекції фізичного стану і рухового розвитку дітей групи із ХРЗ. 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 ХРЗ засобами адаптивного фізичного виховання, створення умов для поступової підготовки до фізичного навантаження.

Виховний напрям, поряд із загальним розвитком здібностей дитини дошкільного віку й урахуванням дефіциту рухової активності дітей із ХРЗ, 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 дошкільного віку з хронічними 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 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ХРЗ 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 ХРЗ 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями 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 корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання. 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**

Відповідно до Закону України «Про дошкільну освіту», що стосується організації фізичного виховання в закладах дошкільної освіти, прописана необхідність проведення занять з фізичного виховання у межах основної освітньої програми. Сучасний підхід до здоров’я дитини визначає його з позиції системного підходу, де здоров’я виступає системою, що має динамічну складову, здатну змінювати алгоритми свого функціонування з метою збереження або досягнення оптимального стану при зміні зовнішніх умов.

Результати цього дослідження свідчать про те, що в умовах ЗДО на тлі стандартного фізичного виховання число дітей із ХРЗ не тільки не зменшується в міру росту і розвитку, але до старшого дошкільного віку досягає майже 50 %. Цьому сприяє ряд негативних організаційно-педагогічних і 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 ХРЗ 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.

Показано, що діти з хронічними 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.

На підставі даних вивчення причин поширення функціональних респіраторно-імунних розладів у дошкільних колективах і результатів констатувального експерименту була розроблена методика корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями 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 ХРЗ. 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 ХРЗ засобами адаптивного фізичного виховання, створення умов для поступової підготовки до фізичного навантаження.

Виховний напрям, поряд із загальним розвитком здібностей дитини дошкільного віку й урахуванням дефіциту рухової активності дітей із ХРЗ, 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 дошкільного віку з хронічними 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ХРЗ 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 ХРЗ 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями 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 і узагальнення спеціальної літератури і результатів власних досліджень дозволили визначити негативні особливості фізичного виховання у ЗДО дітей дошкільного віку з хронічними 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 дошкільного віку з хронічними 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 хронічними респіраторними захворюваннями виявився достовірно нижчим, 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання спрямовані 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 медико-педагогічні умови організації занять адаптивним фізичним вихованням, що забезпечують тренувальний ефект серед дітей із ХРЗ.

5. Методика корекції фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями засобами адаптивного фізичного виховання сприяла профілактиці, відновленню соматичного стану дітей із ХРЗ 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 ХРЗ 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 дошкільного віку з хронічними респіраторними захворюваннями 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. Алпацька О. В. Морфофункціональна адаптація дітей дошкільного віку до фізичних навантажень / Морфо-біомеханічні і соматодіагностічні особливості адаптивної фізичної культури: зб. матер. наук.-практ. конф. / Під ред. В. П. Губи, Р. Н. Дорохова. Одеса, 2018. С. 43–47.
2. Алямовская В. Г. Как воспитать здорового ребенка: опыт создания авторской программы на базе дошкольного учреждения. М.: Linka-Press, 2013. 112 с.
3. Алямовская В. Г. Оценка эффективности системы физического воспитания в дошкольном учреждении / Педагогическое обозрение, 2018. № 3. С. 120–123.
4. Антипкін Ю. Г., Лапшин В. Ф. Довідник з дитячої пульмонології. К.: Доктор-Медiа, 2017. 254 с.
5. Антипкін Ю. Г., Надточій Т. Г. Сучасні погляди на етіопатогенез, клінінко-діагностичні та лікувально-профілактичні особливості перебігу запального процесу при неспецифічних захворюваннях органів дихання у дітей (огляд літератури) / Перинаталогія і педіатрія, 2016. № 1 (45). С. 19–23.
6. Апанасенко Г. Л. Максимальная аэробная способность как критерий оптимальности онтогенеза / Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации, 2019. № 3. С. 30–35.
7. Апарін В. Є. Лікувальна фізкультура і масаж як основні засоби реабілітації дітей з захворюваннями органів дихання / Лікувальна фізична культура і масаж, 2015. № 6. С. 39.
8. Аршавский И. А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития. М.: Наука, 2002. 209 с.
9. Аулик И. В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. М.: Медицина, 2010. 124 с.
10. Бальсевич В. К. Онтокінезіологія людини / Теорія і практика фізичної культури, 2016. С. 274–278.
11. Баранов А. А. Педиатрия: клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 272 с.
12. Бахрах И. И., Грец Г. Н. Организационные, методические и правовые основы физической реабилитации : учеб. пособие. Смоленск: СГИФК, 2013. 151 с.
13. Бойко В. В. Дифференцированный подход в системе физического воспитания дошкольников: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Ярославль, 2018. 23 с.
14. 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. Х., 2015. 44 с.
15. Воробьева И. И. Двигательный режим и лечебная физическая культура в пульмонологии. М.: Медицина, 2010. 64 с.
16. Воронов Ю. С. Програми для системи додаткової освіти дітей / під ред. Ю. С. Константінова. Х., 2015. С. 3–18.
17. Вялков А. Сучасні проблеми стану здоров’я населення / Лікувальна фізична культура и масаж, 2013. № 1 (4). С. 5–8.
18. Гавалов С. М. Часто и длительно болеющие дети. Новосибирск, 2013. 238 с.
19. Гигиена детей и подростков: руководство для санитарных врачей / под ред. Г. Н. Сердюковской, А. Г. Сухарева. М.: Медицина, 2016. 496 с.
20. Глазырина Л. Д., Овсянкин В. А. Методика физического воспитания детей дошкольного возраста: уч. пособие. М.: ВЛАДОС, 2010. 176 с.
21. Громбах С. М. Соціально-гігієнічні аспекти оцінки стану дітей і підлітків. К., 2014. 80 с.
22. 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. Львів, 2017. 19 с.
23. Детская отоларингология: учебник для вузов / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 576 с.
24. Ефимова Л. К. Лечебная физкультура при заболеваниях органов дыхания. К.: Здоров’я, 2018. 83 с.
25. Журавлева А. И. Методология физической реабилитации / Реабилитационная помощь населению: сб. науч. трудов. М., 2013. С. 93–94.
26. Зайцев В. П., Чуча Н. И. Лечебная физическая культура при хронических неспецифических заболеваниях легких: учеб. пособ. Х.: Основа, 2012. 180 с.
27. Исаев Г. Г. Регуляция дыхания при мышечной работе. СПб.: Наука, 2018. 120 с.
28. Константинов Ю. С. Роль физкультурной деятельности в воспитании, обучении и оздоровлении учащихся / Дополнительное образование, 2017. № 11. С. 33–35.
29. Концепция дошкольного воспитания: сб. действующих нормативно-правовых документов и научно-методических материалов. М.: ACT, 2018. С. 8–34.
30. Костюченкова Е. А., Костюченкова В. Н., Романова Т. Т.; под ред. В. Н. Костюченкова, В. Г. Семенова, Г. Н. Греца. Гигиеническая оценка учебного процесса в ДОУ / 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.
31. Кривицкая Е. И. Психология и психогигиена болезни и инвалидности в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. Смоленск: СГАФКСТ, 2019. 244 с.
32. Кузнєцова М. М. [та ін.] Оцінка фізичного розвитку та функціональної підготовленості дітей 6-річного віку в умовах дошкільних установ / Фізкультура в профілактиці, лікуванні та реабілітації, 2010. № 3–4. С. 96–100.
33. Лікувальна фізична культура в педіатрії / Л. М. Белозерова [и др.]. Х., 2019. 222 с.
34. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / За ред. В. В. Клапчука, Г. В. Дзяка. К.: Здоров’я, 2005. 312 с.
35. Логинова В. И. Расход энергии и двигательная активность детей раннего детства: сб. науч. трудов. Хмельницкий, 2011. № 8. С. 101–105.
36. Лубышева Л. И. Концепция формирования физической культуры человека. М.: Медицина, 2012. 122 с.
37. Лук’яненко В. П. Сучасний стан і концепція реформування системи загальної освіти в галузі фізичної культури: монографія. Дніпро, 2018. 168 с.
38. Мазнєв Н. І. Лікування захворювань органів дихання. К.: ТОВ «ВД РИПОЛ класик», 2018. 61 с.
39. Малявін А. Г. Респіраторна медична реабілітація: [практичний посібник для лікарів]. К.: Практична медицина, 2016. 416 с.
40. Марченко Т. К. Использование средств адаптивного физического воспитания в детских дошкольных учреждениях / Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. № 1 (5). 2014. С. 40–42.
41. Меерсон Ф. З., Пшенникова М. Г. Адаптация к стрессовым ситуациям и физическим нагрузкам. М.: Медицина, 2018. 256 с.
42. Мізерницький Ю. Л. Сучасні можливості підвищення ефективності реабілітаційно-відновного лікування при захворюваннях органів дихання у дітей / Здоров’я та здоровий спосіб життя: стан і перспективи: зб. матер. V наук.-практ. конф. Хуст, 2017. С. 339–343.
43. Мілюкова І. В., Євдокімова Т. А. Гімнастика для дітей. Х.: Эксма, 2015. 256 с.
44. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник. – 3-тє вид. К.: Олімпійська література, 2009. 488 с.
45. Никуличева И. В. Влияние физических упражнений с допустимыми отягощениями на морфофункциональное состояние детей 4–6 лет / под ред. Л. Ф. Кобзевой / Актуальные вопросы оптимизации тренировочного процесса в видах спорта: сб. науч. трудов. К., 2011. С. 271–275.
46. Оптимизация оздоровительной деятельности в дошкольном учреждении / под ред. В. Г. Алямовской. Н. Новгород, 2012. 233 с.
47. Орлов С. І. Захворювання дихальних шляхів. Вибір правильного лікування. Запоріжжя: Сова, 2017. 125 с.
48. Османов P. O., Якубов B. C. Физическое развитие ослабленных, часто болеющих детей и особенности инновационных процессов, проводимых в ясли-садах / Физическая культура и спорт на рубеже тысячелетия: матер. Всерос. науч.-практ. конф. СПб., 2015. С. 80.
49. Остапенко Т. В., Ломовцева Т. І. Особливості розвитку рухово-координаційних здібностей у хлопців 5–8 років / під ред. Р. Н. Дорохова / Діти, спорт, здоров’я: зб. науч. праць з проблем інтегративної та спортивної антропології. Запоріжжя, 2018. С. 103–106.
50. Пегов В. В., Палецький Д. Ф.  Психолого-педагогічні аспекти допомоги дітям, які потребують особливого догляду: навч. посібник. Дніпропетровськ, 2014. 279 с.
51. Праздников В. П. Закаливание детей дошкольного возраста. СПб.: Медицина, 2019. 176 с.
52. Романцев М. Г., Ершов Ф. И. Часто болеющие дети : руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 196 с.
53. Рунова М. А. Рухова активність дитини в дитячому садку: навч. посіб. Х.: Мозаїка-Синтез, 2020. 255 с.
54. Самсыгина Г. Часто болеющие дети / Педиатрия, 2015. № 1. С. 23–28.
55. Семенова Н. А. Подвижные игры как средство воспитания ловкости у детей шестого года жизни / Наука о детстве и современное образование: матер. Междунар. науч.-практ. конф. М.: Центр «Школьная книга», 2014. С. 156–158.
56. Сенцова Т. Б. Иммунологические механизмы взаимосвязи вирусной инфекции и аллергической патологии / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения / Вып. 4. М., 2009. С. 55–63.
57. Смирнова Е. О., Гундарева О. В. Игра и произвольность у современных дошкольников / Вопросы психологи, 2012. № 1. С. 91–103.
58. Солодков А. С., Сологуб Е. Б. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная: учебник. М.: Советский спорт, 2018. 620 с.
59. Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях / под ред. Р. В. Тонковой-Ямпольской. К., 2020. 231 с.
60. Филиппова С. О. Физическая культура в системе образования дошкольников : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04. СПб., 2012. 518 с.
61. Фролов В. П., Юрко Г. П. Фізкультурні заняття на повітрі з дітьми дошкільного віку : посібник для вихователів дитячого садка. К., 2013. 191 с.
62. Холодов Ж. К., Кузнецов B. C. Теория и методика физического воспитания и спорта : учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Академия, 2012. 480 с.
63. Черток Т., Нибш Г. Стан здоров’я і диспансеризація дітей раннього віку. К.: Медицина, 2017. 253 с.
64. Шевцов B. C. Оздоровлення дітей дошкільного віку (5–6 років) з використанням нетрадиційних засобів фізичної культури / Формування цінностей здорового способу життя у дітей дошкільного віку: матер, peг. наук.-практ. конф. Вінниця, 2018. С. 88–92.
65. Щетініна С. Ю. Моделювання системної взаємодії в інтегрованому виховному середовищі / Теорія і практика фізичної культури, 2019. № 7. С. 55–60.

**ДОДАТКИ**

**Додаток А**

**Діагностична карта фізичного стану дітей дошкільного віку з хронічними 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 <) |  |
| 21. Невротизм (голосна мова), (±0 балів) |  |
| 22. Прихована агресія (відмови, гнів), (±0 балів) |  |
| 23. Комунікабельність (рольові ігри), (±1 балл) |  |
| 24. Позитивний емоційний тон (>2 балів), (±1 бал) |  |

**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 %.

**Додаток Б**

**ОПИТУВАЛЬНИЙ ЛИСТ (для дітей)**

**«Рівень мотивації до занять фізичними вправами дитини 5-6 років із хронічними респіраторними захворюваннями»**

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

Теоретичною основою тесту є концепція здорового способу життя, згідно з якою однією з ознак здорового способу життя є достатня рухова активність, а також теорія оздоровчого тренування, коли фізичні вправи застосовуються з метою профілактики захворювань і зміцнення здоров’я. Слід підкреслити відповідь (а, б, в), що співпадає з думкою опитуваної дитини, потім підрахувати частку переважного відповіді у відсотках.

1. Як ти зазвичай любиш відпочивати після дитячого садку?

а) лежати на дивані і дивитися мультики, грати в комп’ютерні ігри;

б) малювати, збирати мозаїку або пазли, будувати з кубиків місто, грати в ляльки (солдатики);

в) бігати з дітьми на вулиці, кататися на велосипеді, гуляти з собакою.

2. Чи вмієш ти стрибати зі скакалкою?

а) ні;

б) пробував, але не виходить;

в) так, вмію.

3. Чи любиш ти бігати на вулиці?

а) не люблю, тому що втомлююсь, важко дихати, ноги болять;

б) люблю цілий день бігати на вулиці;

в) люблю бігати швидше за всіх.

4. Чи робиш ти вранці гімнастику?

а) так, тільки в дитячому садку;

б) іноді вдома вранці у вихідні дні;

в) кожен день вранці разом із братом (сестрою, татом, мамою).

5. На чому ти любиш кататися?

а) на ліфті, на машині, на плечах у тата (старшого брата);

б) на санках, на гойдалках, на каруселях;

в) на велосипеді, на роликових ковзанах, на лижах.

6. Чи любиш ти займатися фізичними вправами в дитячому садку?

а) ні;

б) не знаю;

в) люблю.

7. Чи хочеш ти бути спортсменом і чемпіоном?

а) я не люблю спорт і не хочу бути спортсменом;

б) я хотів би бути спортсменом і вигравати в змаганнях, але для цього треба багато працювати;

в) я хочу ходити в спортивну школу, добре тренуватися і стати чемпіоном.

8. Чи займаєшся ти спортом в секціях, спортивних гуртках, спортивній школі?

а) ні;

б) так.

9. В які ігри ти найбільше любиш грати?

а) в настільний футбол, комп’ютерні ігри;

б) в ляльки (солдатики), малювати, будувати будинок із кубиків;

в) в футбол, доганялки, хокей, козаки-розбійники.

10. Яким видом спорту ти хотів би займатись?

а) не знаю;

б) в шахи, шашки;

в) гімнастикою, футболом, хокеєм, плаванням, фігурним катанням.

11. Які змагання тобі цікаві?

а) бокс і хокей по телебаченню;

б) спостерігати за змаганнями з футболу на стадіоні;

в) брати участь дворовій команді по футболу і перемогти.

Інтерпретація відповідей: якщо позитивні (переважно або >80 %) відповіді опитуваного збігаються: з відповіддю «а» – мотивація до рухової активності низька; з відповіддю «б» – задовільна; з відповіддю «в» – висока.

**Додаток В**

**ОПИТУВАЛЬНИЙ ЛИСТ (для батьків)**

**«Рівень мотивації до занять фізичними вправами в сім’ї дитини**

**5-6 років із хронічними респіраторними захворюваннями»**

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

Дайте відповіді на питання, обираючи найбільш вподобані з відповідей (варіанти «а», «б» або «в»), привласнюючи їм відповідну кількість балів: за відповідь «а» – 2 бали, за відповідь «б» – 5 балів, за відповідь «в» – 10 балів.

1. Чи повна у вас родина?

а) немає батька (матері);

б) «недільний тато»;

в) повна.

2. Який середній дородовий вік матері?

а) до 18-ти років;

б) старше 40 років;

в) 18-40 років.

3. Яка у вас освіта?

а) середня;

б) середня і вища технічна, гуманітарна;

в) середня і вища педагогічна, медична.

4. Чи проживаєте ви поблизу спортивних споруд?

а) ні;

б) поблизу шкільного стадіону, ковзанки, лижних трас;

в) поблизу стадіону, льодового палацу, басейну.

5. Чи потребує ваша дитина зміцнення фізичного стану?

а) вона і так здорова;

б) так, якщо є у нас вільний час;

в) так, обов’язково.

6. Скільки годин на день батько витрачає на виховання дитини?

а) не витрачає;

б) до 1 години;

в) 1–2 години.

7. Скільки годин на день мати витрачає на виховання дитини?

а) до 1 години;

б) 1–3 години;

в) 3–4 години.

8. Що є основною причиною рідкісних занять фізичною культурою в сім’ї?

а) недолік волі у батьків;

б) недолік знань у батьків;

в) брак матеріальних ресурсів.

9. Чи згодні ви з необхідністю додаткових фізкультурно-оздоровчих занять у ЗДО?

а) ні;

б) так, але безкоштовно і під час перебування дитини в ЗДО;

в) так, на платній основі, в додатковий час.

10. Який вид сімейного відпочинку найчастіше застосовується у вашій сім’ї?

а) пасивний (закордонні тури, поїздки на південь);

б) активний (ближній туризм, робота на дачі, велосипедні прогулянки).

11. Яке обладнання або спортивний куточок для дитини є у вашому домі?

а) немає спортивного обладнання та спортивного куточка;

б) є м’ячі, перекладина, ключки для хокею, лижі;

в) є спортивний куточок з кільцями, поперечиною, шведською стінкою, гантелями, є спортінвентар: лижі, велосипед, ключки й ін.

12. Який спортивний захід ви відвідали з дитиною?

а) давно не відвідували;

б) в минулому році футбольний матч, дивимося матчі разом по телевізору;

в) регулярно відвідуємо змагання плавців в басейні, футбольні матчі на стадіоні, ходимо на ковзанку, катаємось на лижах.

Інтерпретації відповіді:

До 50 очок – низький рівень мотивації до занять фізичними вправами в сім’ї. Ваша сім’я і Ви мало приділяєте часу заняттям фізичними вправами, тому слід терміново зайнятися фізичною культурою в сім’ї, щоб не створювати проблему гіподинамії у дітей;

Від 51 до 84 очок – помірно виражена мотивація до занять фізичними вправами в сім’ї. Слід активніше впроваджувати в повсякденне життя сім’ї рухливі ігри та елементи тренувань;

Вище 84 очок – високий рівень мотивації до занять фізичними вправами в сім’ї. Можна порадіти за дітей, так як вони ростуть у сприятливій атмосфері для розвитку фізичної культури особистості.