

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Южно-Уральский государственный университет  
(национальный исследовательский университет)»  
Институт спорта, туризма и сервиса  
Кафедра Спортивное совершенствование

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ  
Заведующий кафедрой  
\_\_\_\_\_ А.С. Аминов  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020г.

**Эффективность комплекса физической реабилитации в повышении  
уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста**

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА  
К ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЕ  
ЮУрГУ–44.03.02.2020.121 ПЗ.ВКР

Руководитель работы,  
д.м.н., профессор  
\_\_\_\_\_ А.Э. Батуева  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020г.

Автор работы  
студент группы ИСТиС – 532  
\_\_\_\_\_ Е.С. Пономарева  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020г.

Нормоконтролер,  
к.б.н., доцент  
\_\_\_\_\_ Е.В. Задорина  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020г.



## АННОТАЦИЯ

Пономарева, Е.С. Эффективность комплекса физической реабилитации в повышении уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста. – Челябинск: ЮУрГУ, ИСТиС-532. – 53 с., 18 табл., 3 рис. библиогр. список – 32 наим.

Работа посвящена изучению методов физической культуры для повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей. Здесь описаны основные факторы риска и приведены способы снижения их воздействия. Предложен комплекс физической реабилитации, эффективность которого наглядно представлена графически.

**Объект исследования** – процесс повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста с помощью комплекса физической реабилитации в условиях детского образовательного учреждения.

**Предмет исследования** – комплекс средств физической реабилитации, разработанный для повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей.

**Цель работы** – разработать и оценить эффективность комплекса физической реабилитации в повышении уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста.

**Гипотеза.** Мы предполагаем, что разработанный нами комплекс поможет в повышении уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста.

### **Задачи работы:**

1. Изучить состояние проблемы повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей.

2. Разработать комплекс физической реабилитации для повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей в условиях детского образовательного учреждения.

3. Оценить эффективность разработанного комплекса физической реабилитации для длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста в условиях детского образовательного учреждения.

**Результаты исследования.** Проанализировав данные, полученные в ходе проведения исследования, был выявлен ряд проблем здоровья у детей дошкольного возраста возрастом 6-7 лет, для решения которых разработан комплекс физической реабилитации. Анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о том, что разработанный комплекс физической реабилитации положительно влияет на повышение уровня здоровья часто болеющих дошкольников и может быть применён в ходе практической деятельности и дальнейшем усовершенствовании.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ		7
Глава 1	ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	10
	1.1 Определение и характеристика групп длительно и часто болеющих детей	10
	1.2 Причины возникновения категории длительно и часто болеющих детей	13
	1.3 Методы физической реабилитации длительно и часто болеющих детей	14
	Выводы по разделу один	21
Глава 2	ОРГАНИЗАЦИЯ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	22
	2.1 Организация исследования и его основные этапы	22
	2.2 Методы исследования	25
	2.3 Методы комплекса физической реабилитации для повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста	31
	Выводы по разделу два	36
Глава 3	РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	38
	3.1 Результаты исследования влияния комплекса физической реабилитации	38
	3.2 Оценка эффективности комплекса физической реабилитации для категории длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста	41
	Выводы по разделу три	48

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	49	
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	51	
ПРИЛОЖЕНИЯ	54	
ПРИЛОЖЕНИЕ А	Инструкция и интерпретация теста «Несуществующее животное»	54
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	Подсчет баллов к рисуночному тесту «Несуществующее животное»	62
ПРИЛОЖЕНИЕ В	Образец анкетирования родителей	64
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	Комплекс физических упражнений «Зарядка в зоопарке»	66
ПРИЛОЖЕНИЕ Д	Комплекс самомассажа по методике Уманской «Гномик здоровья»	69
ПРИЛОЖЕНИЕ Е	Изображение расположения массируемых зон по Уманской	72
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж	Описание активных зон по методике А.А. Уманской	73
ПРИЛОЖЕНИЕ И	Перечень сенсорных дорожек и упражнений	75
ПРИЛОЖЕНИЕ К	Диаграмма сравнения категории относительно здоровых детей и категории ЧБД	79
ПРИЛОЖЕНИЕ Л	Таблица оценки ИМТ детей дошкольного возраста	80

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

БАТ – биологически активная точка

И.п. – исходное положение

ИИ – инфекционный индекс

ИМТ – индекс массы тела

ЛГ – лечебная гимнастика

ЛФК – лечебная физическая культура

ОГК – окружность грудной клетки

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

ОРЗ – острое респираторное заболевание

ОРИ – острая респираторная инфекция

ЧБД – часто болеющие дети

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы** заключается в том, что, по мнению специалистов в Российской Федерации наблюдается тенденция высокой заболеваемости детей дошкольного возраста острыми респираторными инфекциями. Эту проблему необходимо разрешать, ведь в современном обществе является приоритетным воспитание здоровых, гармонично развитых людей, обладающих высокой умственной и физической работоспособностью. К сожалению, из-за ряда причин возникают некоторые патологические состояния, снижающие уровень здоровья и качество жизни, образуя категорию длительно и часто болеющих детей.

Для успешного будущего нашего поколения важно оберегать здоровье смолоду, с первых дней жизни ребёнка и постараться снизить риски появления факторов риска, которые значительно отразятся на развитии детей.

О проблеме снижения уровня здоровья детей дошкольного возраста необходимо заботиться большинству структур нашего государства, ведь дети это подрастающее поколение нашей страны и если не предпринимать нужных действий, это грозит резким демографическим спадом.

Большое значение в поддержании здоровья принадлежит действиям со стороны медицины. В последнее время наблюдается тенденция профилактики возникновения возможных заболеваний в виде диспансеризации. С рождения для ребёнка выполняется комплекс необходимых исследований, для того чтобы предупредить или начать лечение и коррекцию возникшей патологии, так как это очень важно для всего нашего общества.

Известно, что значительная часть сохранения здоровья и предупреждения развития болезней в основном зависит от образа жизни. По мере взросления роль укрепления детского организма расширяется от микросоциальной среды семьи до воспитания в дошкольном учреждении.

Важным звеном здорового образа жизни дошкольников является формирование у детей мышления, нацеленного на сохранение и развитие



индивидуального здоровья, и достаточное пребывание в движении. Быть в движении – значит укреплять здоровье. С самого момента рождения нормально развивающийся ребёнок стремится к движениям, которые постепенно становятся осознанными и имеют целенаправленный характер. Эта важная потребность для жизнедеятельности в значительной степени зависит от особенностей жизни и воспитания. Движения оказывают всестороннее влияние на организм человека, что неизмеримо влияет на развитие и повышения уровня здоровья детского организма.

**Объект исследования** – процесс повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста с помощью комплекса физической реабилитации в условиях детского образовательного учреждения.

**Предмет исследования** – комплекс средств физической реабилитации, разработанный для повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей.

**Цель работы** – разработать и оценить эффективность комплекса физической реабилитации в повышении уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста.

**Гипотеза:** мы предполагаем, что разработанный нами комплекс поможет в повышении уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста.

**Задачи работы:**

1. Изучить состояние проблемы повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей.

2. Разработать комплекс физической реабилитации для повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей в условиях детского образовательного учреждения.

3. Оценить эффективность разработанного комплекса физической реабилитации для длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста в условиях детского образовательного учреждения.

**Результаты исследования.** Проанализировав данные, полученные в ходе проведения исследования, был выявлен ряд проблем здоровья у детей дошкольного возраста возрастом 6-7 лет, для решения которых, разработан комплекс физической реабилитации. Анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о том, что разработанный комплекс физической реабилитации положительно влияет на повышение уровня здоровья часто болеющих дошкольников и может быть применён в ходе практической деятельности и дальнейшем усовершенствовании.

# ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПОВЫШЕНИИ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛИТЕЛЬНО И ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

## 1.1 Определение и характеристика групп длительно и часто болеющих детей

Детей, подверженных частым острым респираторным заболеваниям (далее – ОРЗ), принято называть часто болеющими (далее – ЧБД). Это определение появилось в отечественной литературе ещё в начале восьмидесятых годов. Иногда, для того чтобы подчеркнуть особенности течения респираторных инфекций у этих детей, а точнее, их затяжной характер, используется термин «часто и длительно болеющие дети». В зарубежной литературе используется термин «пациенты с рекуррентными (то есть повторными) ОРЗ». В разных странах он применяется различно, так, например, в Великобритании к группе детей с рекуррентными респираторными инфекциями относят пациентов, у которых заболевания повторяются в течение года более восьми раз.

Следовательно, часто болеющие дети – группа детей раннего и дошкольного возраста диспансерного наблюдения, преимущественно II группы здоровья, с предрасположенностью к повышенной заболеваемости ОРЗ вирусной или вирусно-бактериальной природы. Отмечается, что ОРЗ в силу иммунологической незрелости частые, практически ежемесячные, наиболее подвержены дети в возрасте от одного года до 3-4 лет. При этом также относятся дети, у которых ОРЗ возникают в силу эпидемиологических причин из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма [21].

По мнению большинства отечественных педиатров, в группу часто болеющих принято относить детей, подверженных частым респираторным

заболеваниям, вследствие преходящих нарушений в защитных системах организма. Одним из основных, традиционно применяемых критериев включения детей в группу длительно и часто болеющих детей является количество эпизодов острых респираторных инфекций (далее – ОРИ) в год в зависимости от возраста – по В.Ю. Альбицкому, А.А.Баранову таблица 1.

Таблица 1 – Критерии включения детей в группу часто болеющих детей

Возраст ребёнка	Частота эпизодов ОРИ в год
1	2
До 1 года	4 и более
1-3 года	6 и более
4-5 лет	5 и более
Старше 5 лет	4 и более

Эта патология является наиболее распространенной у детей и представляют собой одну из самых главных причин заболеваемости и смертности в детском возрасте. В России ежегодно регистрируют 27-41 миллионов случаев, чем обусловлены 40% дней нетрудоспособности населения. Около 70% этих инфекций поражают верхние дыхательные пути, вызывают воспаление среднего уха, придаточных пазух. Это весомая причина для применения у длительно и часто болеющих детей эффективных, безопасных методов лечения и профилактики ОРИ [2].

При включении детей в группу ЧБД необходимо учитывать характеристики эпизодов острой респираторной инфекции: тяжесть каждого эпизода, наличие осложнений, необходимость применения антибактериальных препаратов, продолжительность интервалов между эпизодами [3].

Отмечается, что в результате острой респираторной инфекции формируются аллергические состояния. У детей с предрасположенностью к аллергии или атопии острые респираторные вирусные инфекции (далее – ОРВИ) нередко сопровождаются обструкцией дыхательных путей (крупом, обструктивным бронхитом). В 20-30% случаев течение заболевания

осложняется пневмонией либо обострением хронических заболеваний легких, сердечно-сосудистой системы и почек. Частые и особенно тяжело протекающие респираторные заболевания, следующие одно за другим, оказывают на организм ребенка негативное воздействие, способствуя снижению функциональной активности иммунитета.

Стоит также отметить, абсолютное преобладание острых респираторных заболеваний, этот показатель более 90% всех болезней респираторной системы у детей. Максимальная заболеваемость отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет от 4 до 6 заболеваний в год. Данная закономерность, обусловленная особенностями локальных и общих механизмов защиты в раннем и дошкольном возрасте, и она прослеживается у детей во всех странах мира независимо от экономического уровня их развития [19].

Выделяют 5 групп ЧБД по предрасполагающим механизмам:

1. Дети с преобладающими явлениями аллергии и аллергической патологией в анамнезе, как по материнской, так и по отцовской линии.
2. Дети преимущественно с неврологической патологией.
3. Дети с первичными вегетососудистыми дистониями, обусловленными наследственным характером.
4. Дети с преимущественным поражением лимфатической системы с рождения.
5. Дети с преимущественными обменно-конституционными нарушениями [1].

Значительное повышение частоты ОРИ наблюдают на первых 3 этапах процесса формирования иммунной системы, до достижения детьми возраста 6 лет. Это обусловлено физиологической незрелостью иммунной системы и замедлением под воздействием некоторых факторов риска: курение родителей, профессиональные вредности у беременной женщины, позднее начало кормления новорожденного грудным молоком, недостаток витамина D.

Таким образом, несмотря на то, что острая респираторная система – необходимое условие адаптации детей к инфекционным импульсам, непрерывно продуцируемым внешней средой, частое их возникновение у ЧБД (в среднем по 6-7 эпизодов в год) представляет собой серьезную проблему. У таких детей в силу физиологической незрелости иммунной системы порог ее толерантности к инфекции может быть легко превышен и функциональные характеристики системы после каждого случая заболевания полностью не восстанавливаются [30].

## 1.2 Причины возникновения категории длительно и часто болеющих детей

Причины частых заболеваний различны. Высокая частота заболеваемости детей респираторными инфекциями в большей степени обусловлена изменением иммунного реагирования организма на фоне неблагоприятных перинатальных факторов.

К ним относят вторичные иммунодефициты, возникающие у генетически нормального ребенка во время беременности и в родах: недоношенность, внутриутробную гипотрофию (недостаточное поступление питательных веществ от матери), внутриутробную гипоксию (кислородное голодание – анемию или токсикоз у матери), внутриутробное инфицирование плода, родовую травму, резус-конфликт, гемолитическую болезнь новорожденного [13].

Также, весь ряд причин обусловлен внутренними факторами риска: наследственность, недоношенность, анемия, раннее искусственное вскармливание, интоксикация во время беременности у матери, аллергия, нарушения иммунитета (врожденные и приобретенные).

А также внешними факторами риска: проживание в экологически неблагоприятных районах, загрязнение воздуха в помещении (пассивное

курение, пыль), дефекты ухода за ребёнком (пренебрежение массажем, гимнастикой, закаливанием, прогулками), неблагоприятные социально-бытовые условия жизни семьи, плохие взаимоотношения между родителями, частое и бесконтрольное употребление антибиотиков, хронические очаги инфекции у родителей, начало посещения дошкольных учреждений [31].

Болеют дети при изменении условий воспитания, в период адаптации при поступлении в ясли, детский сад.

Одной из причин частых респираторных инфекций у детей является перенесение на первом году жизни, еще до поступления в дошкольное учреждение, повторных острых заболеваний. На втором-третьем году жизни они болеют острыми респираторными заболеваниями даже до десяти раз в год.

Очень серьезной причиной является наличие в семьях хронических очагов инфекций. Родители, не желая этого, сами являются постоянным источником заражения детей, если они имеют кариозные зубы, страдают хроническим тонзиллитом, хроническим насморком и другими болезнями. Случаи острых респираторных инфекций увеличиваются у детей с хроническими заболеваниями, например, такими как: тонзиллит, гайморит, бронхит, отит, рахит II степени, гипотрофия II степени, экзема или нейродермит, ожирение II и III степени, сахарный диабет и прочие [26].

### 1.3 Методы физической реабилитации длительно и часто болеющих детей

Физическая реабилитация – это составная часть медицинской и социально-трудовой реабилитации, использующая средства и методы физической культуры, массаж и физические факторы. Этот вид реабилитации следует рассматривать как воспитательный процесс.

Основным средством физической реабилитации являются физические упражнения и элементы спорта, а их применение всегда педагогический,

образовательный процесс. В дошкольных образовательных учреждениях систематично проводится профилактическая и оздоровительная работа среди всех дошкольников [17].

Категория детей длительно и часто болеющих определяет высокую распространенность острых заболеваний в дошкольных учреждениях. К сожалению, такие дети пропускают обучающие занятия, предусмотренные разработанной программой воспитания, что приводит к некоторому их отставанию в нервно-психическом и физическом развитии. И для того, чтобы минимизировать случаи их болезней и повысить уровень здоровья целесообразно использовать некоторые методы физической реабилитации [25].

При проведении мероприятий по оздоровлению часто болеющих детей соблюдаются следующие правила:

1. Систематичность – в течение года;
2. Постепенность – с применением средств сначала профилактического характера, затем специального оздоровительного, лечебного с использованием медикаментозной терапии;
3. Привлечение к оздоровлению врачей смежных специальностей (отоларингологов, физиотерапевтов, врачей лечебной физкультуры, стоматологов), а также педагогического персонала дошкольных учреждений (они обучают детей элементам дыхательной гимнастики, выполняют назначения врачей по оздоровлению таких детей);
4. Обязательное участие родителей в оздоровлении детей в течение года, особенно в выходные дни, во время отпуска.

Для оздоровления часто болеющих детей рекомендуются мероприятия, которые следует проводить дома и в дошкольном учреждении, таким являются восстановительная терапия и оздоровительные мероприятия – организация щадящего режима.

Элементы щадящего режима: организация рационального режима дня ребенка, пролонгированный дневной сон, дополнительное или индивидуальное



питание, постепенное увеличение нагрузки на занятиях физической культурой, постепенное назначение общих закаливающих мероприятий, исключение переутомления и перевозбуждения, достаточные по длительности прогулки, но без переохлаждения, медикаментозная терапия (по назначению врача) [18].

Программа оздоровления подбирается индивидуально. Оздоровление часто болеющих детей, имеющих какое-либо хроническое заболевание, начинают с лечения основной болезни.

Важно максимально уменьшить влияние экзогенных и эндогенных факторов, способствующих возникновению частых респираторных заболеваний. Родителям нужно начинать прививать навыки здорового образа жизни своему ребенку как можно раньше. Питание должно быть разнообразным, содержать оптимальное количество белков, жиров и углеводов. Нужно включать в ежедневный рацион своих детей свежие овощи и фрукты, при их недостаточном потреблении использовать витаминно-минеральные комплексы.

Рациональная витаминотерапия – важная часть в программе оздоровления длительно и часто болеющих детей, она способствует развитию, укреплению защитных сил детского организма и существенно снижает частоту ОРИ. Недостаток витаминов нарушает деятельность ферментных систем, что негативно сказывается на иммунной системе, снижает устойчивость организма к инфекциям, утяжеляет течение респираторных инфекций у детей. Выделяют так называемые незаменимые микроэлементы, которые входят в состав ферментов, витаминов, гормонов и других биологически активных веществ. Такими микроэлементами являются: железо, йод, марганец, цинк, селен, хром и другие [11].

Реабилитация часто болеющих детей включает проведение мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья детей, а также адекватную терапию. Её целью является повышение функциональных возможностей иммунной системы ребёнка через запуск

каскада реакций общего адаптационного синдрома. Также решаются важные задачи, а конкретнее, необходимость вызвать у ребёнка реакцию активации и тренировки путём адекватного дозирования нагрузок с применением природных, физических факторов.

Избыточное лечение, перегрузка лечебными процедурами вызывают стресс-реакцию, истощение без того низких резервов ребёнка и усугубляют иммунную недостаточность, поэтому весь комплекс всегда подбирается специалистами с учётом индивидуализации организма ребёнка [14].

В настоящее время существует многообразный ряд эффективных методов физической реабилитации ЧБД, которые способны улучшить адаптационные возможности и снизить уровень заболеваемости. К ним относят лечебную физическую культуру, процедуры закаливания, разнообразную дыхательную гимнастику, плавание в бассейне, проведение лечебного массажа, занятия на детских тренажерах для развития костного скелета и мышечного корсета, гимнастику ушу, йогу для детей, в том числе, проведение физиотерапии, фитотерапию, ароматерапию и прочее [23].

Часто из-за отсутствия специфического лечения респираторно-вирусных инфекций метод лечебной физической культуры (далее – ЛФК) как средство профилактики осложнений и неспецифической терапии имеет первостепенное значение. К тому же, доступность и дешевизна данного метода физической реабилитации не вызывает никаких сомнений.

Задачи ЛФК для часто болеющих детей бывают общие: укрепление организма, улучшение крово- и лимфообращения, предотвращение деформации грудной клетки и нарушения осанки, повышение неспецифической сопротивляемости организма, улучшение приспособляемости ребенка к физическим нагрузкам соответственно возрасту и условиям жизни, предупреждение отставания в психомоторном развитии.

Также бывают специальные задачи: улучшение функции дыхания и увеличения подвижности грудной клетки, стимулирование дренажной функции бронхов, профилактика образования спаек.

ЛФК в реабилитации ЧБД и профилактике заболеваний у детей следует рассматривать с точки зрения систематичности и дозирования нагрузки физических упражнений с целью общего постепенного оздоровления организма, улучшения работы функциональных систем, работа которых нарушена из-за болезненного процесса. Также развиваются волевые качества длительно и часто болеющих детей [10].

Один из влиятельных методов физической реабилитации – закаливание, основой которого является тренировка нервной системы. Этот метод не только подразумевает обтирание или обливание, но и повседневные обычные процедуры, не требующие специальной организации, дополнительного времени. Например, нахождение в помещении и на воздухе в соответствующей одежде, умывание прохладной водой, сон при открытом окне, активные занятия физической культурой на площадке. В оздоровлении детей полезна ходьба босиком в помещении, в сочетании с воздушными ваннами и гимнастикой [16].

Закаливающие мероприятия с применением воздушных, солнечных ванн, водных процедур нужно начинать в весенне-летний период, вне эпидемического подъема заболеваемости и не ранее, чем через 10 дней после перенесенной острой респираторной инфекции. Режим закаливания длительно и часто болеющих детей должен быть щадящим [7].

Для достижения большего эффекта действенным методом является массаж. Рекомендуется систематическое проведение массажа стоп приёмами поглаживаний подошвы обнаженных стоп, затем проводится растирание и снова поглаживание. Положительно влияют процедуры сегментарно-рефлекторного массажа, рекомендуется чередовать его с занятиями психомоторной коррекции. Отмечается, что использование массажа в

сочетании с лечебной гимнастикой приводит к активации обмена веществ детского организма [6].

В повышении уровня здоровья ЧБД помимо массажа и лечебной гимнастики полезно использовать подвижные игры, включающие в себя широкий круг различных физических упражнений, а также упражнения, проводимые в водной среде [4].

В оздоровлении ЧБД полезно применять общетонизирующие и специальные физические упражнения, которые улучшают работу всех систем организма, в том числе дыхательную, что наиболее важно. Для стимуляции и укрепления мускулатуры дыхательной системы используются лечебные упражнения умеренной, малой и большой интенсивности.

Широко применяется метод специальных дыхательных упражнений, способствующий укреплению дыхательной мускулатуры у ЧБД, увеличивают у них подвижность грудной клетки и диафрагмы, что приводит к растягиванию плевральных спаек, а также дыхательную систему ЧБД, оказывает прекрасное закаливающее действие, активизирует обмен веществ [22].

Плавание, благодаря вариативности дозирования нагрузок, является стабилизатором любых состояний.

Аквааэробика – прекрасный способ повышения функциональных возможностей организма у ЧБД. Специальные физические упражнения в воде с предметами (мячи, круги, игрушки) и само плавание способствуют укреплению дыхательной мускулатуры ребенка, увеличению подвижности грудной клетки и диафрагмы. Отмечено, что при плавании вода массирует кожные покровы ребенка, в связи с этим улучшается кровообращение и укрепляется нервная система [15].

К методам повышения функциональных возможностей организма у ЧБД можно отнести занятия на детских тренажерах. Они развивают у ЧБД способность анализировать свои движения и контролировать самочувствие. Во время занятий с тренажерами, проводимыми строго под контролем

инструктора, дети учатся правильно дышать, что способствует укреплению мускулатуры грудной клетки, а также развивают такие физические качества, как сила, выносливость, координация движений, гибкость. Все это в комплексе позволяет повысить уровень здоровья длительно и часто болеющих детей. Занятия на тренажерах значительно повышают тонус всех систем организма ЧБД, активизируют скрытые резервы организма [20].

Следующий широко используемый метод физической реабилитации – физиотерапия, включает в себя несколько разновидностей лечения. К примеру, галотерапия – в основе лежит воссоздание микроклимата соляных пещер в искусственных условиях. Солевое покрытие наносится на стены в специально оборудованном помещении. Галотерапия оказывает ряд лечебных эффектов: противоотечный, муколитический, бактерицидный, противоаллергенный, успокаивающий. Этот метод физиотерапии включают как в оздоровительные программы, так и в период стихания симптомов респираторной патологии.

Важными при оздоровлении ЧБД являются бальнеопроцедуры – различные лечебные ванны, души. Водолечение оказывает на организм комплексное воздействие термического, механического и химического факторов.

В настоящее время большинство жителей крупных городов, особенно дети, испытывают хроническое кислородное голодание из-за высокой задымленности и загрязненности атмосферного воздуха. В таком случае применяется метод оксигенотерапии, который направлен на восполнение недостаточности кислорода во вдыхаемом воздухе и входит в большинство программ реабилитации длительно и часто болеющих детей.

Аромафитотерапия – неотъемлемая часть терапевтического комплекса. Применять ее можно как для профилактики острой респираторной инфекции, так и в период ранних катаральных проявлений. Летучие компоненты эфирных масел оказывают многогранное воздействие: действие активации тканевого

дыхания, противовоспалительное, противовирусное, иммуномодулирующее, антисептическое.

Метод ароматотерапии можно использовать в домашних условиях, имеется большой выбор препаратов растительного происхождения, применяемых различными способами: внутрь, ингаляционно, в виде полосканий и другие [9].

#### Выводы по разделу один

Следовательно, часто болеющие дети – это не медицинский диагноз, это такая группа детей, у которой наблюдается высокая тенденция заболеваемости острыми респираторными инфекциями.

Из данных источников литературы, следует, что уровень здоровья длительно и часто болеющих детей связан в большинстве случаев с незрелостью иммунной системы. В результате этого снижаются защитные механизмы, возникает высокая вероятность развития хронических, вялотекущих как инфекционных, так и не инфекционных заболеваний. Например, бронхиальная астма, пневмонии, хронический гайморит, гастрит и другие. Из-за возникновения этих заболеваний дошкольники не посещают детский сад, значит, отстают от воспитательных и обучающих программ, а также физического и нервно-психического развития. В связи с этим у ребёнка может возникнуть ощущение неуверенности в себе и, как следствие, он становится плаксив, замкнут, даже груб и раздражителен, может избегать сверстников. Всё это только усугубит воздействие на уровень здоровья организма.

Необходимо обязательно проводить поддержание здоровья дошкольников с помощью комплексной физической реабилитации для улучшения их качества жизни. Исходя из выше сказанного, становится понятным актуальность данной работы.

## ГЛАВА 2 ОРГАНИЗАЦИЯ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1 Организация исследования и его основные этапы

Исследовательская часть работы выполнена на базе Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 93», расположенного по адресу 456305, Россия, Челябинская область, город Миасс, пер. Юбилейный, д. 93.

В состав условно названной экспериментальной группы вошло 10 человек из них пять мальчиков и пять девочек. Возрастная группа: один мальчик 2014 г.р., четыре мальчика 2013 г.р., три девочки 2014 г.р. и две девочки 2013 г.р.

В состав условно названной контрольной группы вошло 10 человек из них пять мальчиков и пять девочек. Возрастная группа: три мальчика 2013 г.р., два мальчика 2014 г.р., три девочки 2014 г.р. и две девочки 2013 г.р.

При изучении медицинской документации на основе полученных данных была составлена таблица 2.

Таблица 2 – Состав экспериментальной и контрольной группы

Экспериментальная группа			Контрольная группа		
Имя ребёнка	Возраст (лет)	Группа здоровья	Имя ребёнка	Возраст (лет)	Группа здоровья
1	2	3	4	5	6
Евгений Т.	6	II гр.	Илья М.	6	II гр.
Никита Ж.	7	II гр.	Семён Р.	7	II гр.
Владимир Н.	7	II гр.	Андрей Ж.	7	II гр.
Михаил Я.	7	II гр.	Станислав М.	6	II гр.
Макар Ч.	7	II гр.	Алексей Н.	7	II гр.
Вероника В.	6	II гр.	Кира М.	6	II гр.
Анастасия Б.	6	II гр.	Алёна К.	7	II гр.
Варвара С.	6	II гр.	Эля Н.	6	II гр.
Евгения Б.	7	II гр.	Дарья П.	6	II гр.
Мария Л.	7	II гр.	Анна Р.	7	II гр.

Исходя из данных, представленных в таблице, можно наблюдать, что все дети имеют II группу здоровья, некоторые из них имеютотягощённый генеалогический и социальный анамнез.

Всё исследование подразделялось на несколько этапов:

Первый этап (время проведения: октябрь 2019г. – январь 2020г.), организация и подготовка к работе. Основными задачами этого этапа стали выбор базы для экспериментальной части, выбор темы исследовательской работы и анализ источников литературы. Проведён анализ и изучены российские и зарубежные литературные источники. Также были определены теоретические и методологические основы исследования, актуальность проблемы, цель, предмет, объект. Весь теоретический анализ литературы сопоставлен с практическим изучением проблемы и практической базы, благодаря этому была разработана программа эксперимента.

Второй этап (время проведения: февраль – март 2020г.). Он являлся содержательно-технологическим. Здесь проводился педагогический эксперимент с определением исходных и окончательных показателей. Также проведено внедрение в процесс физического воспитания МБДОУ "Детский сад № 93", разработанной комплексной физической реабилитации для повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей.

Третий этап (март – апрель 2020г.). Этот этап стал итогово-аналитическим, он являлся заключительным в проделанной работе. Проведен анализ и теоретическое обоснование полученных результатов экспериментальной работы, сравнения, обобщение, описание, а также оформление материалов исследования.

Если подробнее, то в ходе анализа литературы и полученных медицинских данных с целью повышения уровня здоровья дошкольников составлен комплекс физической реабилитации: лечебная гимнастика, самомассаж по Уманской и применение сенсорной дорожки.



Всё это благотворно влияет на организм ребёнка в целом. Кроме положительной физиологической реакции, возникает желание и заинтересованность в участии интересных физкультурных занятиях, что является несомненным толчком в помощи повышения уровня собственного здоровья. К тому же, за отсутствием специально подобранного профилактического лечения острой респираторной вирусной инфекции подобранные методы физической культуры будут иметь преимущественное значение.

Определение оздоровительного потенциала является существенным моментом подготовки комплекса и требует решения некоторых задач:

1. Определение возможности функционального восстановления иммунной системы ребёнка.

2. Выяснение характера нарушения органов и систем.

3. Прогноз развития компенсаторных возможностей организма и адаптационных механизмов.

4. Оценивание физического развития ребёнка в целом, его функциональных способностей отдельных органов и систем.

5. Учёт переносимости физических нагрузок в процессе реабилитации по их интенсивности, объёму и характеру воздействия.

Все результаты для объективной установки эффективности комплекса следует рассматривать в динамике для последующей коррекции при необходимости.

Организовывая работу, необходимо полагаться на основные принципы реабилитации: принцип индивидуального подхода, комплексность использования доступных методов реабилитации, проведение реабилитационных мероприятий на ранних этапах, этапность реабилитации, социальная направленность, преемственность и непрерывность этапов комплекса реабилитации, принцип использования методов эффективности и контроля адекватности нагрузок.

Для достижения положительных результатов у длительно и часто болеющих детей при занятиях физической реабилитации упражняться необходимо ежедневно, а лучше в компании родителей для хорошего примера и дополнительной мотивации в стремлении повышения уровня своего здоровья.

С целью профилактики и снижения заболеваемости у ЧБД используются: медикаментозная терапия, соблюдение рационального режима дня дошкольника, соблюдение здорового образа жизни (особенно это касательно курящих родителей), полноценное и сбалансированное питание, витаминизация, закаливание (с учётом подготовки организма и без переохлаждения), применение лечебной физической культуры, общий и точечный массаж, фитотерапия, физиотерапия, вакцинация.

Комплексное и своевременное сочетание всех этих методов, грамотное их применение будут являться эффективным комплексом для длительно и часто болеющих детей.

Работа заключалась в том, что контрольная группа занималась по стандартной программе физического воспитания дошкольного учреждения, а при занятиях экспериментальной группы применялся разработанный нами комплекс.

## 2.2 Методы исследования

В ходе работы были использованы некоторые методы исследования:

1. Изучение частоты заболеваемости по данным медицинских карт;
2. Исследование по антропометрическим данным;
3. Оценка психоэмоционального состояния с помощью рисуночного теста «Несуществующее животное»;
4. Нагрузочный комплекс: проба Руфье – Диксона;
5. Анкетирование родителей.

Изучение медицинских карт помогло определить экспериментальную группу и более подробно рассмотреть проблемы заболеваемости дошкольников.

К категории ЧБД относятся дети, чей инфекционный индекс (далее – ИИ), то есть отношение суммы общих случаев ОРЗ в течение всего года к настоящему возрасту дошкольника, имеет значение от 1,1 до 3,5; формула (1). А вот у детей, редко болеющих, он составляет от 0,2 до 0,3. В соответствии с полученными данными следует отметить особенности для подготовки комплекса физической реабилитации.

$$\text{ИИ} = \frac{\sum \text{общих случаев ОРИ всего года}}{\text{возраст, лет}}, \quad (1)$$

Далее следовало антропометрическое исследование, которое включает: длину и массу тела, окружность грудной клетки (далее – ОГК). Рассчитаны индексы физических показателей.

Индекс Пинье (показатель крепости телосложения), с помощью него можно определить пропорциональность длины, массы тела и ОГК формула (2). Значения приведены в таблице 3.

$$\text{Индекс Пинье} = \text{рост, см} - (\text{масса, кг} + \text{ОГК в фазе выдоха, см}), \quad (2)$$

Таблица 3 – Значение индекса Пинье у детей дошкольного возраста

Возраст	Крепость телосложения		
	Крепкое	Среднее	Слабое
1	2	3	4
2-3 года	<22	23	>24
6-7 лет	<29	30-35	>36

Индекс массы тела (далее – ИМТ) определяет пропорциональность соотношения массы и длины тела, то есть гармоничность физического развития формула (3) [24].

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса, кг}}{\text{рост}^2, \text{ м}}, \quad (3)$$

Нельзя обойтись без оценки психо-эмоционального состояния ЧБД. С помощью рисуночного теста «Несуществующее животное», разработанного М.З. Дукаревич можно достаточно наглядно увидеть проблемы, тревожащие ребёнка. Этот метод построен на теории психомоторной связи. Чтобы изучить состояние психики применяется исследование моторики, как по И.М. Сеченову, то, представление, которое возникает в психике, заканчивается движением. Например, образы-страхи стимулируют напряжение в группах мышц рук и ног, что окажется необходимым в случае ответа на страх ударом рукой или бегством.

При выполнении рисунка лист бумаги – модель пространства, которая кроме состояния мышц, фиксирует пространственное отношение. А пространство связано с эмоциями и временным периодом: прошлым, настоящим и будущим.

Пространство, которое расположено сзади и слева от субъекта, связано с прошлым и бездейтельностью (отсутствием связи между мыслью-представлением). Далее правая сторона, пространство спереди и вверху связаны с будущим и действенностью. На листе левая сторона и низ – отрицательные и депрессивные эмоции, пассивность и неуверенность. Правая сторона, которая соответствующая доминантной правой руке связана с положительно окрашенными эмоциями, конкретностью действия, энергией, активностью. Кроме общих закономерностей при толковании материала теста используются теоретические нормы оперирования с символическими геометрическими элементами и фигурами.

По характеру тест «Несуществующее животное» является проективным. Результат анализа может быть представлен в описательной форме. Инструкция проведения теста в приложении А [28].

Кроме того, чтобы проанализировать психологическое здоровье мы будем оценивать уровень агрессивности дошкольников. Информация по подсчёту баллов в приложении Б.

Для оценки физической работоспособности сердечно-сосудистой системы дошкольников проводилась проба Руфье – Диксона, так как это один из самых простых тестов, для проведения нужен лишь секундомер. Оценка результатов проводится по показателям, представленным в таблице 4.

Таблица 4 – Оценка результатов пробы Руфье – Диксона

Оценка результата	Показатель
1	2
Неудовлетворительно	22 и более
Слабо	17-21
Удовлетворительно	12-16
Хорошо	6,5-11
Отлично	до 6

Проба проводится следующим образом:

1. Ребёнок отдыхает 5 минут, затем измеряем пульс в положении сидя (показатель  $P_1$ ).

2. Далее выполняется 30 приседаний за 45 секунд, после ребенок садится и показания пульса фиксируются в течение первых 15-ти секунд (показатель  $P_2$ ).

3. Затем измеряем число сердечных ударов за последние 15 секунд первой минуты отдыха (показатель  $P_3$ ).

Индекс Руфье–Диксона рассчитывается по формуле (4).

$$\text{Индекс Руфье} = \frac{4 \times (P_1 + P_2 + P_3) - 200}{10}, \quad (4)$$

Для того чтобы выявить влияние факторов риска на уровень здоровья ЧБД, которые зависят от микросоциальной среды семьи ребёнка, нами было проведено анкетирование родителей всей подготовительной группы. Вопросы анкетирования приведены в приложении В.

Также нами использованы некоторые методы статистики, а именно, критерий Уилкоксона, который учитывает величину происшедших измерений и критерий знаков, определяющий их направленность.

Если говорить о критерии Уилкоксона, то данный критерий предпочтительнее использовать, если в исследуемых группах небольшая выборка (от 5 до 10). Принцип критерия следующий: для каждого исследуемого вычисляют величину изменений признака. Все изменения упорядочивают по абсолютной величине (без учета знака). Затем рангам приписывают знак изменения и суммируют эти «знаковые ранги» – в результате получается значение критерия Уилкоксона  $W$ .

Как видим, используется информация об абсолютной величине изменения и его знаке (то есть уменьшении или увеличении наблюдаемого признака). Метод основан на рангах, поэтому не нуждается в предположении о типе распределения изменений. Исходно ранги присваиваются в соответствии с абсолютной величиной изменения.

Последовательность шагов, позволяющая по наблюдениям, выполненным до и после, проверить эффективность комплекса.

1. Вычислить величины изменений наблюдаемого признака. Отбросить пары наблюдений, которым соответствует нулевое изменение.

2. Упорядочить изменения по возрастанию их абсолютной величины и присвоить им соответствующие ранги. Рангами одинаковых величин назначают средние тех мест, которые они определяют в упорядоченном ряду.

3. Присваивается каждому рангу знак в соответствии с направлением изменения: если значение увеличилось – «+», если уменьшилось – «-».

4. Вычисляется сумма знаковых рангов  $W$ .

5. Сравнивается полученная величина  $W$  с критическим значением по таблице 5. Если она больше критического значения, изменение показателя статистически значимо.

Таблица 5 – Критические значения  $W$

N	W	P
8	32	0,024
	28	0,054
9	39	0,020
	33	0,054
10	45	0,020
	39	0,048

Критерий знаков особенно необходим, если в исследованиях получают непараметрические результаты («хуже», «лучше», «также»). Поэтому характер этих изменений учитывается в альтернативной форме (увеличение-уменьшение, ухудшение-улучшение, что для краткости обозначается знаками «+» и «-», откуда и произошло название критерия). Случаи, когда парные наблюдения не имеют разницы (что можно обозначить знаком «=» или 0), из дальнейшего сравнения исключаются. Следует стремиться, чтобы количество таких нулевых разностей было минимальным (обеспечение непрерывности выборочных данных путем повышения точности измерения количественных и полуколичественных наблюдений).

Если число положительных измерений близко к числу отрицательных, то, различия между сравниваемыми выборками наблюдений не могут быть признаны статистически значимыми. Наоборот, вероятность значимого различия возрастает в случаях заметной направленности изменений в одну из сторон (в случаях преобладания одного из знаков).

Практическое применение критерия знаков заключается в следующем:

1. Определяется направленность изменений в сравниваемых парных наблюдениях и для каждой пары наблюдений обозначается знаками «+» или «-», а в случаях отсутствия их изменения – 0.

2. Подсчитывается общее число ( $n$ ) парных наблюдений, имеющих различия (отмеченных знаками «+» и «-»).

3. Подсчитывается меньшее число однозначных результатов сравнения (число знаков «+» или «-»), обозначаемые буквой  $Z$ .

4. Полученное число  $Z$  сравнивается с критическими значениями  $Z$  ( $Z_{05}$ ,  $Z_{01}$ ) для данного количества парных наблюдений ( $n$ ) по специальной таблице 6.

Таблица 6 – Значения  $Z$  критерия знаков (число знаков, менее часто встречающихся) по Ван дер Вардену

n	Уровни значимости	
	5%	1%
5	0	0
6	1	0
7	1	0
8	1	1
9	2	1
10	2	1

5. Если  $Z$  равно или больше критического табличного значения  $Z_{05}$  (соответствующего уровню значимости 5 %), то происшедшие изменения признаются случайными, статистически незначимыми (справедлива нулевая гипотеза, то есть  $Z >$  или  $= Z_{0,5}$ ).

Если  $Z$  меньше  $Z_{05}$  (или  $Z_{01}$ ), то различия признаются значимыми с вероятностью ошибки менее 5% (менее 1%).

### 2.3 Методы комплекса физической реабилитации для повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста

Для занятия детей нами был предложен комплекс физической реабилитации повышения уровня здоровья у ЧБД 6-7 лет, посещающих дошкольное образовательное учреждение. В него вошли следующие элементы:

1. Комплекс лечебной гимнастики «Зоопарк».



2. Комплекс самомассажа по Уманской.

3. Применение сенсорной дорожки.

Нужно отметить, что присутствие адаптивной физической культуры в жизни часто и длительно болеющих детей является значимым звеном достижения комфорта в повседневной жизни, который может повлиять на будущее ребёнка в целом. Использованный гимнастический комплекс состоит из несложных и знакомых дошкольникам упражнений представлен в приложении Г.

В применении методов физической реабилитации, в том числе, необходимо придерживаться некоторых принципов рациональной организации занятий: соблюдение гигиенических требований; эффективная организация детей на занятиях (удобное расположение инвентаря, оборудования и расстановка мебели); грамотная, чёткая речь, доброжелательный тон; широкое использование методов и приёмов, повышающих интерес детей к занятиям [32].

Лечебная физкультура является методом лечения, использующим наиболее адекватные биологические пути мобилизации собственных защитных, приспособительных и компенсаторных резервов организма для ликвидации патологического процесса. Вместе с двигательной функцией восстанавливается и поддерживается здоровье.

С одной стороны, ЛФК оказывает непосредственно лечебное действие, стимулируя защитные механизмы, ускоряя и совершенствуя развитие компенсаций, улучшая обмен веществ, восстанавливая нарушенные функции. С другой стороны, ЛФК нивелирует неблагоприятные последствия сниженной двигательной активности, в связи с чем, она может быть использована как метод первичной и вторичной профилактики.

Основной формой ЛФК является лечебная гимнастика (далее – ЛГ), она включает специальные и общеразвивающие упражнения [12].

Положительный эффект ЛГ достигается только за счет дозированной, регулярной и длительной физической тренировки.

Методически правильное проведение процедуры ЛГ обеспечивается соблюдением ниже следующих правил:

1. Исходные положения для выполнения упражнений, должны соответствовать общему состоянию и самочувствию больного, его возрастным особенностям и степени физической тренированности.

2. Процедуры ЛГ должны включать как общеукрепляющие, так и специальные упражнения.

3. При составлении и осуществлении занятий необходимо соблюдать принцип постепенности и последовательности повышения и снижения физической нагрузки.

4. При подборе и применении упражнений необходимо чередовать тренировку различных мышечных групп, вовлекаемых в выполнение физических упражнений.

5. При проведении занятия следует уделять внимание положительным эмоциям, так как они способствуют выделению биологически активных веществ, в частности адреналина, что способствует установлению и закреплению целесообразных условно-рефлекторных связей.

С целью снижения физической нагрузки на занятиях ЛФК обычно применяются дыхательные упражнения. Они при всех методиках ЛФК применяются наиболее широко. Применение с лечебной целью дыхательных упражнений обеспечивает: нормализацию и совершенствование механизма дыхания, взаимную координацию дыхания и движений, улучшение подвижности грудной клетки и диафрагмы, предотвращение и коррекцию деформаций грудной клетки, растягивание спаек в плевральной полости, предупреждение и ликвидацию застойных явлений в бронхах и легких [8].

Для восстановления и поддержания здоровья использовался самомассаж по Уманской. Этот метод основывается на точечном массаже (акупрессуре), а значит, является разновидностью рефлексотерапии. Метод рефлексотерапии заключается в воздействии на точку акупунктуры (биологически активную

точку, далее – БАТ). Эта точка – участок кожи и подлежащих тканей, воздействие на которые может привести к изменению функционального состояния органов и систем.

В западной медицине акупунктурные точки рассматриваются как области наиболее тесной рефлекторной взаимосвязи с внутренними органами и системами. Поэтому изменения в функциональном состоянии внутренних органов и систем приводит к повышению чувствительности, болезненности и другими нарушениями в области точек, связанных с этими органами. Каждая точка имеет свою глубину, в зависимости от места максимального скопления нервных рецепторов. В основе рефлексотерапии лежит воздействие на акупунктурные точки иглой, прижиганием, пальцевым надавливанием, лазером и прочим. Раздражение точек акупунктуры вызывает три типа реакции: местную, сегментарную и общую.

Местная реакция выражается в том, что в зоне воздействия появляются покраснение или побледнение кожи (сосудистая реакция), изменяется температура и электрокожное сопротивление, а также содержание ферментов и биологически активных веществ. Местная реакция служит пусковым механизмом для возникновения сегментарной реакции.

Тело человека имеет метамерный (сегментарный) принцип строения. Каждый метамер иннервируется определенным сегментом спинного мозга, а также выше и ниже лежащим. Нервный импульс от акупунктурной точки идет в сегментарный аппарат спинного мозга и возвращается к органам и тканям, связанным с данными сегментами. Стимуляция точки вызывает наиболее выраженную реакцию в пределах того метамера или тех внутренних органов, с которыми она наиболее тесно связана.

От сегментарных образований нервные импульсы по проводящим путям спинного мозга направляются к подкорково-стволовым структурам, а также к коре головного мозга, в результате чего развивается общая реакция, включающая основные нейрогуморальные механизмы адаптации и гомеостаза.

Установлено, что рефлексотерапия меняет возбудимость нейронов мозга, стимулирует синтез биологически активных веществ, так устраняются состояния длительного возбуждения в различных центрах мозга, управляющих иммунной системой, тонусом мышц, гормональной секрецией и прочим.

Воздействие на акупунктурные точки стимулирует образование лейкоцитов, увеличивает иммунологические свойства крови, изменяет содержание гормонов и биологически активных веществ. Восстанавливается в первую очередь функциональная деятельность органов и систем.

Информация от внутренних органов и участков тела может поступать к одним и тем же клеточным группам головного мозга. У здорового человека преобладает импульсация с покровных тканей. При патологии определенного органа начинает преобладать импульсация с внутренних органов. Важно отметить, что рефлексотерапия влияет на измененную (патологическую) функцию органа, не изменяя нормальную [29].

В оздоровлении дошкольников экспериментальной группы использовался специальный детский комплекс «Гномик здоровья» представлен в приложении Д. Здесь происходит воздействие по 9 зонам, наглядно представлено в приложении Е, описание зон в приложении Ж.

Существуют некоторые указания к проведению:

1. Необходимо растереть ладони перед началом самомассажа.
2. При произношении текста происходит воздействие указательным пальцем или несколькими, которые расположены перпендикулярно поверхности кожи, с небольшим нажатием, поглаживанием.
3. Движения пальца (или пальцев) – 9 раз по часовой стрелке и 9 раз против (кроме зоны 4 – движения будут осуществляться сверху вниз) [27].

Немаловажно использование сенсорных или массажных дорожек с применением в комплексе с физическими упражнениями. Потому что, воздействуя на организм, решаются важные задачи: закаливание организма ЧБД, развитие координации движений и чувство равновесия, повышение

настроения за счёт воздействия на активные зоны, расположенные на стопах дошкольников, происходит профилактика и коррекция плоскостопия, приучение к сохранению и укреплению здоровья.

При использовании дорожек происходит хорошее физическое развитие стоп, их правильная постановка, коррекция тонуса мышц, комплексное воздействие на сумочно-связочный аппарат из-за улучшения кровообращения, увеличение подвижности суставов и улучшение координационных способностей ребёнка, формируется правильная походка.

Сенсорные дорожки это оборудование, которое вызывает дополнительный интерес у детей. Они с удовольствием занимаются, особенно если дорожка создавалась коллективно, с применением ярких и необычных элементов. Материалы могут быть различными, это отличный экологичный бюджетный вариант для повышения уровня здоровья ЧБД [5].

В работе были применены сенсорные дорожки ручной работы в ходе занятий с целью разнообразия физической реабилитации. Упражнения и виды дорожек представлены в приложении И.

#### Выводы по разделу два

Составленный комплекс физической реабилитации для повышения уровня здоровья имеет хорошую основу для того, чтобы применять для категории ЧБД. Для того чтобы результат был положительным необходимо соблюдать перечисленные принципы в работе.

Занятия необходимо выполнять ежедневно с периодической сменой некоторых упражнений, для того чтобы поддерживать интерес детей и не снижать физическую нагрузку на организм, а наоборот, повышать с учётом индивидуальности и постепенности. Также нужно учитывать начальный уровень здоровья и физические возможности каждого дошкольника.

Нужно заметить, что положительным моментом будет обучение данными методиками не только воспитателей, но и родителей, которые очень заинтересованы в положительной динамике по оздоровлению своего ребёнка. Как упоминалось ранее, микроклимат семьи играет важную роль в состоянии здоровья ребёнка, а обучение станет отличным поводом объединения семьи.

Например, обучить самомассажу, который родитель будет выполнять вместе с ребёнком и, таким образом, укреплять и своё здоровье, а значит минимизировать контакты с больными. Или предложить создать сенсорную дорожку или коврик, который они могут применять как игровое пособие и не только, в течение дня несколько раз, повышая сопротивляемость организма посредством воздействия на активные зоны стоп.

Очень важным является заинтересованность дошкольника в участии физической реабилитации и при правильном подходе получается качественная и динамичная работа, которая удовлетворяет потребности всех участников процесса, а точнее, родителей, самого ребёнка, воспитателей и инструктора по физической культуре.

## ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### 3.1 Результаты исследования влияния комплекса физической реабилитации

На начальном этапе исследования было проведено анкетирование родителей из 10 семей категории относительно здоровых детей и 10 семей категории ЧБД (экспериментальной группы). Полученные данные были проанализированы и с их помощью выявлены некоторые проблемы, требующие особого внимания и проработки. По основным критериям из анкеты была составлена диаграмма сравнения приложение К, которая показывает влияние факторов риска на здоровье ЧБД.

Получены следующие данные:

1. Выполнение утренней зарядки – категория относительно здоровых детей 6 из 10 семей; категории ЧБД – 1 семья из 10.

2. Выполнение закаливающих мероприятий – категория относительно здоровых детей 8 из 10 семей; категории ЧБД – 3 из 10 семей.

3. Наличие вредных привычек (курение) – в категории относительно здоровых детей 2 из 10 семей; категории ЧБД – 5 из 10 семей.

4. Соблюдение здорового питания – в категории относительно здоровых детей 7 из 10 семей; категории ЧБД – 5 из 10 семей.

5. Частая заболеваемость родителей ОРИ – в категории относительно здоровых детей такие случаи отсутствуют; категории ЧБД – 4 из 10 семей.

Также нужно отметить, что в семьях относительно здоровых детей лучше соблюдается режим дня, большее количество родителей, которые занимаются физической культурой в свободное от работы время, и они тщательнее относятся к своему здоровью. По данным медицинских карт контрольной и экспериментальной группы мы проводили изучение частоты заболеваемости, результаты ИИ дошкольников представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Показатели инфекционного индекса экспериментальной и контрольной группы

Экспериментальная группа		Контрольная группа	
Имя ребёнка	Показатель ИИ	Имя ребёнка	Показатель ИИ
1	2	3	4
Евгений Т.	2,1	Илья М.	1,5
Никита Ж.	1,7	Семён Р.	1,8
Владимир Н.	2,3	Андрей Ж.	1,6
Михаил Я.	1,6	Станислав М.	1,7
Макар Ч.	1,8	Алексей Н.	1,4
Вероника В.	2,1	Кира М.	1,9
Анастасия Б.	2,5	Алёна К.	1,8
Варвара С.	2,1	Эля Н.	2,0
Евгения Б.	1,9	Дарья П.	2,1
Мария Л.	2,3	Анна Р.	1,9

Данные антропометрического исследования и индексов физических показателей экспериментальной группы, полученных до проведения комплекса физической реабилитации, расположены в таблице 8.

Таблица 8 – Показатели полученных данных экспериментальной группы до проведения комплекса физической реабилитации

Имя ребенка	Рост, м	Вес, кг	ОГК, см	Индекс Пинье	ИМТ
1	2	3	4	5	6
Евгений Т.	1,27	29,2	58,5	40,8	18,1
Никита Ж.	1,105	19	56	36,2	15,6
Владимир Н.	1,195	21,8	58	37,3	15,3
Михаил Я.	1,09	18,3	56	36,4	15,4
Макар Ч.	1,28	27,5	57,5	37	16,8
Вероника В.	1,165	21,2	56	41	15,6
Анастасия Б.	1,19	20,8	56,5	41,2	14,7
Варвара С.	1,26	23,6	56,5	42	14,9
Евгения Б.	1,15	18,2	56	40,8	13,8
Мария Л.	1,29	25,7	57,5	42	15,4

Результат полученных данных по индексу Пинье всех дошкольников свидетельствует об их слабой крепости телосложения, что свидетельствует о сниженной физической активности, и, как правило, о склонности к частым ОРЗ.



С помощью специальной таблицы по оценке ИМТ отклонение от нормы выявлено у одного мальчика, его показатели выше нормы, это можно увидеть с помощью иллюстрации в приложении Л.

Данные антропометрического исследования и индексов физических показателей контрольной группы до проведения комплекса расположены в таблице 9.

Таблица 9 – Показатели полученных данных контрольной группы до проведения комплекса физической реабилитации

Имя ребенка	Рост, м	Вес, кг	ОГК, см	Индекс Пинье	ИМТ
1	2	3	4	5	6
Илья М.	1,24	23,5	61	38	16,2
Семён Р.	1,15	19,0	56,5	41	14,4
Андрей Ж.	1,175	21,3	60	37,2	15,6
Станислав М.	1,19	22,4	57	41,6	15,8
Алексей Н	1,21	20,9	57,5	42,1	14,3
Кира М.	1,105	18,7	54,5	40,3	14,9
Алёна К.	1,18	21,7	57	40,3	15,6
Эля Н.	1,19	21,8	57	39,2	15,2
Дарья П.	1,215	20,8	58	40,2	14,1
Анна Р.	1,24	23,4	60	39,6	15,2

Анализ рисуночного теста «Несуществующее животное» показал о некоторых отклонениях психоэмоционального состояния ЧБД в экспериментальной и контрольной группе, а именно: общее впечатление у всех рисунков выражало чувства тревожности. По характеру нажима карандаша и линий экспериментальной группы у 7 изображений были «тревожными», а 3 «импульсивными», большинство рисунков выполнены с низким уровнем воображения; по 9 из 10 можно было определить чувство страхов у дошкольников. Те рисунки, на которых изображались животные с хвостом, выражали отрицательную окраску к отношениям, а 3 рисунка даже показали ощущение бытового неблагополучия.

При оценке физической работоспособности сердечно-сосудистой системы дошкольников методом вычисления индекса Руфье – Диксона, были выявлены результаты, которые представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Результаты определения индекса Руфье – Диксона экспериментальной и контрольной группы

Экспериментальная группа		Контрольная группа	
Имя ребёнка	Показатель индекса Руфье – Диксона	Имя ребёнка	Показатель индекса Руфье – Диксона
1	2	3	4
Евгений Т.	21	Илья М.	17
Никита Ж.	18	Семён Р.	18
Владимир Н.	19	Андрей Ж.	15
Михаил Я.	16	Станислав М.	18
Макар Ч.	16	Алексей Н.	19
Вероника В.	18	Кира М.	17
Анастасия Б.	20	Алёна К.	18
Варвара С.	18	Эля Н.	16
Евгения Б.	20	Дарья П.	18
Мария Л.	16	Анна Р.	16

Из таблицы следует, что организм ЧБД экспериментальной группы тренирован слабо, более подробно: у мальчиков слабый показатель – 3; и удовлетворительный – 2; у девочек слабый показатель – 4; удовлетворительный – 1. Дети контрольной группы также слабо тренированы: у мальчиков слабый показатель – 4; и удовлетворительный – 1; у девочек слабый показатель – 3; удовлетворительный – 2. Необходимо тренировать дошкольников в соответствии с соблюдением индивидуальности и тренированности.

### 3.2 Оценка эффективности комплекса физической реабилитации для категории длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста

После применения разработанного комплекса физической реабилитации для категории длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста был проведён повторный анализ антропометрических данных, рисуночного теста и

пробы Руфье – Диксона. В работе были получены результаты контрольной группы, которые оформлены в таблице 11.

Таблица 11 – Результаты антропометрических данных и индекса Руфье – Диксона контрольной группы после занятий

Имя ребенка	Возраст (лет)	Рост, м	Вес, кг	ОГК, см	Индекс Пинье	ИМТ	Индекс Руфье – Диксона
1	2	3	4	5	6	7	8
Илья М.	6	1,24	23,7	61	38	15,4	17
Семён Р.	7	1,15	19,1	57	41	14,4	18
Андрей Ж.	7	1,18	21,3	60	37,2	15,3	15
Станислав М.	6	1,19	22,4	57	41,6	15,8	18
Алексей Н	7	1,215	20,9	57,5	42,1	14,1	18
Кира М.	6	1,11	18,8	54,5	40,3	15,2	17
Алёна К.	7	1,18	21,7	57	40,3	15,6	18
Эля Н.	6	1,19	21,8	57	39,2	15,4	16
Дарья П.	6	1,22	20,8	58,5	40,2	14,0	17
Анна Р.	7	1,24	23,6	60	39,6	15,3	16

Также проанализированы данные экспериментальной группы, которые оформлены в таблице 12.

Таблица 12 – Результаты антропометрических данных и индекса Руфье – Диксона экспериментальной группы после применения комплекса

Имя ребенка	Возраст (лет)	Рост, м	Вес, кг	ОГК, см	Индекс Пинье	ИМТ	Индекс Руфье – Диксона
1	2	3	4	5	6	7	8
Евгений Т.	6	1,275	28,7	58,5	40	17,6	20
Никита Ж.	7	1,11	19	56,5	35	15,4	16
Владимир Н.	7	1,20	21,9	58	36,5	15,2	16
Михаил Я.	7	1,095	18,5	56,5	35,5	15,4	14
Макар Ч.	7	1,29	27,5	57,5	35,8	16,5	14
Вероника В.	6	1,17	21,4	56	39,7	15,6	15
Анастасия Б.	6	1,20	20,8	56,5	40,7	14,4	16
Варвара С.	6	1,265	23,9	57	41,2	14,9	15
Евгения Б.	7	1,155	18,2	56,5	39,5	13,6	16
Мария Л.	7	1,295	25,7	58	40,3	15,3	12

Из данных составленных таблиц следует, что:

1. У дошкольников экспериментальной группы с положительной динамикой изменились антропометрические данные – у большинства добавился рост (в среднем на 0,5 см) и вес у 9 дошкольников (в среднем на 0,4 кг), а показатели у мальчика с избытком веса пришли в норму. У контрольной группы изменения значительно ниже (у 2 детей увеличился рост на 0,5 см, вес увеличился у 5 детей в среднем на 0,1 кг).

2. Из вышеперечисленных данных в большей степени у экспериментальной группы прослеживается положительная динамика ИМТ.

3. У пятерых детей экспериментальной группы увеличилась ОГК, а в контрольной группе у двоих, что свидетельствует о менее прогрессивном физическом развитии и укреплении дыхательной системы.

4. Вследствие изменения показателей ОГК, значительно улучшился и индекс Пинье экспериментальной группы, в отличие от контрольной, а значит, комплекс лучше воздействует на развитие дыхательной системы.

5. При проведении повторной пробы Руфье – Диксона в экспериментальной группе наблюдается улучшение работы сердечно-сосудистой системы, а значит, всего организма в целом у всех дошкольников. В контрольной же группе положительная динамика наблюдается лишь у 2 детей.

Для оценки результата показателей экспериментальной и контрольной группы индекса Пинье и индекса Руфье – Диксона (до и после проведения разработанного комплекса) и показателей ИИ (на время марта 2019 и марта 2020 года) мы использовали метод критерия Уилкоксона W.

Изменения показателей ИИ контрольной группы по критерию Уилкоксона W и показателей индекса Пинье, индекса Руфье – Диксона представлены в таблице 13, 14.

Таблица 13 – Изменения показателей ИИ контрольной группы и обозначение рангов по критерию Уилкоксона W

Имя ребенка	Показатель ИИ		Величина изменения	Ранг изменения
	Март 2019 г.	Март 2020 г.		
1	2	3	4	5
Илья М.	1,4	1,5	-0,1	1
Семён Р.	1,9	1,8	0,1	10
Андрей Ж.	1,6	1,6	0	3
Станислав М.	1,7	1,7	0	3
Алексей Н	1,4	1,4	0	3
Кира М.	1,9	1,9	0	3
Алёна К.	1,7	1,8	-0,1	1
Эля Н.	2	2	0	3
Дарья П.	2,1	2,1	0	3
Анна Р.	1,9	1,9	0	3

Сумма знаковых рангов ИИ:  $W=33$

Таблица 14 – Изменения показателей контрольной группы индекса Пинье, индекса Руфье – Диксона и обозначение рангов по критерию Уилкоксона W

Имя ребенка	Индекс Пинье		Величина изменения	Ранг изменения	Индекса Руфье – Диксона		Величина изменения	Ранг изменения
	2	3			6	7		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Илья М.	38	37	-1	1	17	17	0	3
Семён Р.	41	41	0	3	18	18	0	3
Андрей Ж.	37,2	37,4	0,2	10	15	15	0	3
Станислав М.	41,6	41,2	-0,4	2	18	18	0	3
Алексей Н	42,1	42,1	0	3	19	18	-1	1
Кира М.	40,3	40,3	0	3	17	17	0	3
Алёна К.	40,3	40,3	0	3	18	18	0	3
Эля Н.	39,2	39,2	0	3	16	16	0	3
Дарья П.	40,2	40,2	0	3	18	17	-1	1
Анна Р.	39,6	39,6	0	3	16	17	1	10

Сумма знаковых рангов индекса Пинье:  $W= 34$ . Сумма знаковых рангов индекса Руфье – Диксона:  $W= 33$

После вычисления суммы знаковых рангов, и, сравнивая полученную величину  $W$  с критическим значением 45 (из таблицы 5 указанной выше), мы получили следующие сравнения: по ИИ  $33 < 45$ ; по индексу Пинье  $34 < 45$ ; по

индексу Руфье – Диксона  $33 < 45$ . Нужно сказать, что показатели статистически не значимы, следовательно, отсутствие комплекса не повлияло на повышение качества физического здоровья и снижение заболеваемости дошкольников контрольной группы.

Изменения показателей ИИ экспериментальной группы по критерию Уилкоксона  $W$  и показателей индекса Пинье, индекса Руфье – Диксона представлены в таблице 15,16.

Таблица 15 – Изменения показателей ИИ экспериментальной группы и обозначение рангов по критерию Уилкоксона  $W$

Имя ребенка	Показатель ИИ		Величина изменения	Ранг изменения
	Март 2019 г.	Март 2020 г.		
1	2	3	4	5
Евгений Т.	2,7	2,1	0,6	10
Никита Ж.	2,2	1,7	0,5	9
Владимир Н.	2,8	2,3	0,5	8
Михаил Я.	2,0	1,5	0,4	6
Макар Ч.	1,9	1,8	0,1	1
Вероника В.	2,3	2,0	0,2	3
Анастасия Б.	2,8	2,5	0,3	5
Варвара С.	2,5	2,0	0,4	6
Евгения Б.	2,1	1,8	0,2	4
Мария Л.	2,4	2,3	0,1	2

Сумма знаковых рангов ИИ:  $W = 54$

Таблица 16 – Изменения показателей экспериментальной группы индекса Пинье, индекса Руфье – Диксона и обозначение по критерию Уилкоксона  $W$

Имя ребенка	Индекс Пинье		Величина изменения	Ранг изменения	Индекса Руфье – Диксона		Величина изменения	Ранг изменения
	2	3			6	7		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Евгений Т.	40,8	40	0,8	2	21	20	1	1
Никита Ж.	36,2	35	1,2	6	18	16	2	2
Владимир Н.	37,3	36,5	0,8	2	19	16	3	5
Михаил Я.	36,4	35,5	0,9	5	16	14	2	2
Макар Ч.	37	35,8	1,2	6	16	14	2	2
Вероника В.	41	39,7	1,3	8	18	15	3	5
Анастасия Б.	41,2	40,7	0,5	1	20	16	4	8

Имя ребенка	Индекс Пинье		Величина изменения	Ранг изменения	Индекса Руфье – Диксона		Величина изменения	Ранг изменения
Варвара С.	42	41,2	0,8	2	18	15	3	5
Евгения Б.	40,8	39,5	1,3	8	20	16	4	8
Мария Л.	42	40,3	1,7	10	16	12	4	8

Сумма знаковых рангов индекса Пинье:  $W = 50$

Сумма знаковых рангов индекса Руфье – Диксона:  $W = 46$

После вычисления суммы знаковых рангов, и сравнивая полученную величину  $W$  с критическим значением 45 (из таблицы 5 указанной выше), мы получили следующие сравнения: по ИИ  $54 > 45$ ; по индексу Пинье  $50 > 45$ ; по индексу Руфье – Диксона  $46 > 45$ . Можно сказать, что показатели статистически значимы, следовательно, комплекс положительно повлиял на снижение заболеваемости и качество физического здоровья дошкольников экспериментальной группы.

Также мы оценили влияние комплекса реабилитации на психологическое здоровье ЧБД путём исследования результатов рисуночного теста «Неведомое животное» методом критерия знаков, данные контрольной группы представлены в таблице 17.

Таблица 17 – Направленность изменений результатов контрольной группы рисуночного теста «Неведомое животное» по критерию знаков

Имя ребенка	Уровень агрессивности		Разность изменения	Оценка изменения
	До начала проведения эксперимента	После проведения эксперимента		
1	2	3	4	5
Илья М.	8	9	-1	-
Семён Р.	7	6	1	+
Андрей Ж.	6	7	-1	-
Станислав М.	9	9	0	0
Алексей Н	7	6	1	+
Кира М.	10	9	1	+
Алёна К.	8	7	1	+
Эля Н.	5	5	0	0
Дарья П.	6	7	-1	-
Анна Р.	5	5	0	0

Из полученных данных  $Z=3$ . Сравнивая показатель с критическим значением по представленной выше таблице Ван дер Вардена (таблица 6), следует, что  $Z > Z_{0,5}$ . Таким образом, произошедшие изменения признаются случайными, статистически незначимыми. Это значит, что проведение занятий улучшило психоэмоционального состояние дошкольников, но незначительно.

Данные экспериментальной группы результатов рисуночного теста «Неведомое животное» методом критерия знаков, представлены в таблице 18.

Таблица 18 – Направленность изменений результатов экспериментальной группы рисуночного теста «Неведомое животное» по критерию знаков

Имя ребенка	Уровень агрессивности		Разность изменения	Оценка изменения
	До проведения комплекса реабилитации	После проведения комплекса реабилитации		
1	2	3	4	5
Евгений Т.	6	3	3	+
Никита Ж.	5	3	2	+
Владимир Н.	5	6	-1	-
Михаил Я.	11	6	5	+
Макар Ч.	5	3	2	+
Вероника В.	6	4	2	+
Анастасия Б.	7	4	3	+
Варвара С.	3	2	1	+
Евгения Б.	5	3	2	+
Мария Л.	4	2	2	+

Из полученных данных  $Z=1$ . Сравнивая показатель с критическим значением 2 по представленной выше таблицы Ван дер Вардена (таблица 6), следует, что  $Z < Z_{0,5}$ . Таким образом, полученные различия значимы с вероятностью ошибки менее 5%. Это значит, что разработанный нами комплекс повлиял на улучшение психоэмоционального состояния дошкольников экспериментальной группы.

При повторных обследованиях отмечается хорошее общее самочувствие. Настроение и желание детей значительно лучше, чем в начале занятий. По мнению 5 детей экспериментальной группы они выполняют



утреннюю зарядку с родителями в выходные дни, а также занимаются физкультурой на спортивных площадках вне стен детского сада.

Сравнив данные за прошлый год, мы отмечаем положительную динамику в оздоровлении длительно и часто болеющих детей с помощью разработанного комплекса физической реабилитации.

### Выводы по разделу три

Выполненное исследование по оценке эффективности комплекса физической реабилитации в повышении уровня здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста позволяет проанализировать действенность и сделать некоторые выводы.

Совсем недавно ещё считалось, что проведение реабилитационных мероприятий – задача медицинских работников, поэтому её реализация во многом зависит от здравоохранения. Сейчас общепризнанно, что это комплексная, социальная проблема, решение которой возможно только при совместном участии целого ряда специалистов.

Методы ЛФК применяются давно, нам передан накопленный опыт использования физических упражнений не только с целью лечения различных заболеваний и травм, но и выполнялись задачи по усовершенствованию навыка выносливости и тренированности.

Решение проблем дошкольников категории ЧБД является в Российской Федерации безотложными и требует внимания специалистов разных сфер жизнедеятельности. Из проделанной работы и полученных достоверно значимых данных статистики мы видим, что повышение уровня здоровья это вполне решаемая задача, которой требуется ежедневное противостояние факторам риска, постоянное внимание, взаимодействие с ребёнком и его родителями.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для будущего нашей нации и сохранения здоровья в России трудится огромное число специалистов – воспитатели и педагоги, врачи и медицинские сёстры, работники здравоохранения, социальных служб и прочих.

В современном мире категория ЧБД известна многим родителям. Численность детей, переносящих длительные и частые инфекционные заболевания, по данным Всемирной организации здравоохранения с каждым годом возрастает. Поэтому с раннего детства необходимо принять ряд мер по оздоровлению организма ребёнка.

Дети дошкольного возраста подвержены влиянию со стороны семьи и детского сада. Каждая эта социальная среда заслуживает особого внимания для предотвращения негативных реакций со стороны здоровья ребёнка. Главный фактор здоровья – отсутствие болезни, гармоничное физическое и психическое здоровье, взаимодействие и уравновешенность с внешними аспектами жизни.

Поэтому, нужно заметить, что систематические совместные занятия физической культурой, проведение закаливающих мероприятий, добрые, внимательные и благоприятные семейные взаимоотношения, снижение факторов риска развития ОРИ, систематическое посещение лечебно-профилактических учреждений, соблюдение здорового образа жизни, постоянное гигиеническое самообразование поможет заложить основу успешного будущего подрастающего поколения.

Здоровьесбережение – труд и усилия наперекор негативным жизненным факторам. Оно осуществляется на индивидуальном, семейном и государственном уровнях путём многофакторного влияния. Процесс предполагает баланс между адаптивными возможностями организма и постоянно меняющимися условиями окружающей среды, установку на физическое, духовное и социальное совершенство. Повышение уровня здоровья достигают практическими действиями, методами обучения и воспитания,

рациональным образом жизни, разнообразными профилактическими мероприятиями.

Для реализации задач оздоровления, в ходе работы проведён анализ источников литературы, определены теоретические и методологические основы исследования, это сопоставлено с практическим изучением проблемы, благодаря чему, был разработан комплекс физической реабилитации. Предположения гипотезы подтверждены оценкой данных физического и психологического развития дошкольников после проведения работы.

После определения исходных показателей проведено внедрение в процесс физического воспитания МБДОУ «Детский сад № 93», разработанного комплекса физической реабилитации для повышения уровня здоровья длительно и часто болеющих детей. Это послужило хорошим способом снижения заболеваемости.

Итак, по результатам итогово-аналитического этапа можно сделать вывод о целесообразности применения правильно подобранных комплексов физической культуры. Эффективность комплекса прослеживается, значит, его можно применять в дальнейшем для работы.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети: профилактика и лечение / В.Ю. Альбицкий, В.М. Красовский // Лечащий врач. – 2017. – № 6. – С.41
2. Баранов, А.А. Болезни детского возраста от А до Я / А.А. Баранов. – М.: Изд-во ПедиатрЪ, 2016. – 34 с.
3. Вавилова, Е.Н. Укрепляйте здоровье детей: пособие для воспитателей детского сада / Е.Н. Вавилова. – М.: Изд-во Просвещение, 2016. – 128 с.
4. Васильев, Е.Н. Лечебная физическая культура / Е.Н. Васильев. – М.: Изд-во Владос, 2015. – 311 с.
5. Васильков, Г.А. Каждый день и всю жизнь. Энциклопедия семейного спорта / Г.А. Васильков. – М.: Изд-во Школьная пресса, 2016. – 230 с.
6. Волынский, Ю.Д. Исцеляющие руки / Ю.Д. Волынский. – М.: Изд-во ПЛАСТИК-ИНФОРМ, 2017. – 428 с.
7. Заплатников, А.Л. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика / А.Л. Заплатников. – М.: Изд-во Владос, 2016. – 182 с.
8. Кокосов, А.Н. Лечебная физическая культура в реабилитации больных с заболеваниями лёгких / А.Н. Кокосов. – М.: Изд-во Медицина, 2017. – 144с.
9. Конова, О.М. Часто болеющие дети. Взгляд физиотерапевта / О.М. Конова. – М.: Изд-во Медицина, 2017. – 47 с.
10. Крамаренко, К.П. Физическое воспитание дошкольников / К.П. Крамаренко. – М.: Изд-во Школьная пресса, 2016. – 51 с.
11. Краснов, М.В. Часто болеющие дети :как защитить ребёнка? / М.В. Краснов. – М.: Изд-во Просвещение, 2018. – 83 с.
12. Кутишенко, А.В. Общие основы лечебной физкультуры: учебно-методическое пособие / А.В. Кутишенко. – Челябинск: Изд-во Уральская Академия, 2012. – 114 с.
13. Лучихин, Л.А. Острые респираторные заболевания у детей: профилактика и лечение / Л.А. Лучихин, Н.Ф. Дорохова // Лечащий врач. – 2018. – № 3. – С.17

14. Макарова, З.С. Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей в дошкольных учреждениях / З.С. Макарова. – М.: Изд-во Владос, 2017. – 96 с.
15. Машков, В.Е. Основы ЛФК / В.Е. Машков. – М.: Изд-во Владос, 2017. – 289 с.
16. Полиевский, С.А. Физкультура и закаливание в семье / С.А. Полиевский. – М.: Изд-во Медицина, 2015. – 120 с.
17. Попов, С.Н. Физическая реабилитация / С.Н. Попов. – Ростов-на-Дону: Изд-во Феникс, 2015. – 608 с.
18. Прищепа, С.С. Сотрудничество детского сада и семьи в воспитании дошкольников / С.С. Прищепа. – М.: Изд-во ТЦ Сфера, 2015. – 128 с.
19. Прудков, А.И. Детские инфекции / А.И. Прудков, Г.И. Колпашикова // Педиатрия. – 2018. № 6. – С.35
20. Рунова, М.А. Использование тренажеров в детском саду: методическое пособие / М.А. Рунова. – М.: Изд-во Образование, 2015. – 178 с.
21. Самсыгина, Г.А. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии / Г.А. Самсыгина, Г.С. Коваль // Лечащий врач. – 2018. – № 9. – С.47
22. Саченко, Б.И. Здоровье без лекарств / Б.И. Саченко. – Минск: Изд-во Беларусь, 2016. – 418 с.
23. Студеникин, М.Я. Окружающая среда и здоровье детей / М.Я. Студеникин. – М.: Изд-во Медицина, 2016. – 89 с.
24. Тарасова, Т.А. Контроль физического состояния детей дошкольного возраста: методическое пособие / Т.А. Тарасова. – Челябинск: Изд-во Челябинская государственная медицинская академия, 2015. – 158 с.
25. Тарасова, Т.А. Я и моё здоровье / Т.А. Тарасова. – М.: Изд-во Школьная пресса, 2018. – 80 с.

26. Тонкова-Ямпольская, Р.В. Ради здоровья детей: пособие для воспитателя детского сада / Р.В. Тонкова-Ямпольская. – М.: Изд-во Просвещение, 2015. – 128 с.
27. Уманская, А.А. Щит от всех болезней / А.А. Уманская. – М.: Изд-во Физкультура и спорт, 2001. – 141 с.
28. Урунтаева, Г.А. Дошкольная психология: учебное пособие / Г.А. Урунтаева. – М.: Изд-во Академия, 2016. – 336 с.
29. Устюжанина, О.В. Точечный массаж: учебное пособие / О.В. Устюжанина. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2012. – 103 с.
30. Харитоновна, Л.А. Бактериальный лизат и острые респираторные инфекции у часто болеющих детей / Л.А. Харитоновна, К.И. Григорьев // Медицинская сестра. – 2016. – №7. – С.13
31. Чебуркин, А.В. Причины и профилактика частых инфекций у детей раннего возраста / А.В. Чебуркин. – М.: Изд-во ПЛАСТИК-ИНФОРМ, 2018. – 34 с.
32. Яковлева, Т.С. Здоровьесберегающие технологии воспитания в детском саду / Т.С. Яковлева. – М.: Изд-во Школьная пресса, 2017. – 48 с.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение А

#### Инструкция и интерпретация теста «Несуществующее животное»

Для выполнения теста понадобится лист бумаги, карандаш, ластик. Попросите тестируемого нарисовать животное, которого никогда не было в природе.

Когда рисунок будет готов, задайте следующие вопросы:

1. Где живет это животное?
2. Чем питается?
3. Что больше всего любит?
4. Чего больше всего боится?

#### Интерпретация теста «Несуществующее животное»

Этапы интерпретации:

1. Общее впечатление.
2. Семантическая интерпретация (положение рисунка на листе).
3. Графологические признаки.
4. Содержательные признаки.
5. Интерпретация сущности нарисованного.
6. Интерпретация названия животного.

#### **Нажим карандаша**

Слабый нажим – астения; пассивность; иногда депрессивное состояние.

Сильный нажим – эмоциональная напряженность; ригидность; импульсивность.

Сверхсильный нажим (карандаш рвет бумагу) – конфликтность; гиперактивность; иногда агрессивность, острое возбуждение.

#### **Особенности линий**

Штриховые линии – тревожность как черта личности.

Множественные линии – тревога как состояние на момент обследования; стрессовое состояние; иногда импульсивность.

Эскизные линии – стремление контролировать свою тревогу, держать себя в руках.

Премахивающиеся линии, не попадающие в нужную точку – импульсивность; органическое поражение мозга.

Линии, не доведенные до конца – астения, иногда импульсивность.

Искажение формы линий – органическое поражение мозга; импульсивность;

иногда психическое заболевание.

### **Размер рисунка и его расположение**

Увеличенный размер – тревога, стрессовое состояние.

Уменьшенный размер – депрессия, низкая самооценка.

Рисунок смещен вверх или расположен в верхней половине листа, но не в углу – иногда завышенная самооценка; стремление к высоким достижениям.

Рисунок смещен вниз – иногда сниженная самооценка.

Рисунок смещен вбок – иногда органическое поражение мозга.

Рисунок выходит за край листа – импульсивность; острая тревога.

Рисунок помещен в углу – депрессия.

### **Тип животного**

По типологии изображений несуществующих животных можно отметить самые распространенные из них.

1. Испытуемый изображает реально существующее животное и называет реальным именем, а описание его образа жизни соответствует действительности. Например, рисуется кошка и описывается образ жизни кошки. Такое изображение можно считать нормой для ребенка 5-6 лет, но для подростков и взрослых это может свидетельствовать о низком уровне воображения.

2. Рисуется вымершее животное, когда-то существовавшее, например динозавр, мамонт и т.п.



3. Рисуются изображение существующего в культуре, но не существующего в природе животного, например дракона, русалки и т.п. Рисунки с изображением вымерших животных, так же как и рисунки с изображением существующих в культуре, являются нормой для детей 8-9 лет. Для взрослых такой рисунок животного указывает на его низкий общекультурный уровень и бедность воображения.

4. Рисунок несуществующего животного обычно строится из частей разных реальных животных: тело крокодила, конечности обезьяны, голова зайца и т.п. Такое животное при этом может иметь, например, имя Крокозай. Такое изображение животного свойственно скорее рационалистам, а не творческим натурам.

5. Иногда изображение животных имеет человекообразный облик. Это говорит о сильной потребности общения, что свойственно обычно подросткам – 13-17-летним.

6. Изображенное животное состоит из разных механических частей. Такое животное обычно изображают люди с нестандартным мышлением и подходом к жизни.

7. Замысловатое, сложное и оригинальное изображение животного, образ которого имеет целостную структуру, с трудно устанавливаемым или не устанавливаемым сходством с каким-либо реально существующим (существовавшим) животным, свойственно человеку с хорошо развитым, богатым творческим воображением.

#### **Составные части животного**

##### *Глаза*

Глаза отсутствуют – астения.

Глаза с ресницами – демонстративная манера поведения, значимость мнения о себе.

Глаза пустые, без зрачков и радужки – астения, страхи.

Глаза с зачерненной радужкой – страхи.

Глаза с прорисованными кровеносными сосудами – ипохондрия, невротическое состояние.

Форма глаз искажена – невротическое состояние.

#### *Уши*

Большие уши – заинтересованность в информации, в некоторых случаях подозрительность, тревожность.

Отсутствие ушей – замкнутость, нежелание вступать в контакт с другими людьми, слышать чужое мнение.

#### *Рот*

Рот, приоткрытый в сочетании с языком: без прорисовки губ – большая речевая активность, с прорисовкой губ – чувственность.

Рот открытый зачерненный – легкость возникновения опасений и страхов, в некоторых случаях недоверие, тревожность.

Рот с зубами или клыками – вербальная агрессия, в некоторых случаях защитная.

#### *Голова*

Голова, увеличенная в размере – оценка эрудиции своей и окружающих.

Голова отсутствует – импульсивность, в некоторых случаях психическое заболевание.

Две или более головы – противоречивые желания, внутренний конфликт.

Форма головы искажена – органическое поражение мозга, в некоторых случаях психическое заболевание.

#### *Дополнительные детали на голове*

Перья – тенденция к приукрашиванию и самооправданию.

Рога – защита, агрессия.

Грива, подобие прически – чувственность.

*Фигура*

Множество составных частей и элементов – мощная энергия.

Малое количество составных частей и элементов – экономия энергии, астения.

Фигура, состоящая из острых углов – агрессивность. Кругообразная фигура – скрытность, замкнутость, закрытость своего внутреннего мира.

*Дополнительные детали и части фигуры*

Чешуя, панцирь – потребность в защите.

Шипы, иглы – защитная агрессия.

Тело, покрытое густыми волосами – значимость сексуальной сферы.

Узор на шкуре – демонстративность.

Раны, шрамы – невротическое состояние.

Вмонтированные механические части – трудности в общении.

Оружие режущее, колющее или рубящее – агрессивность.

Крылья – романтичность, мечтательность, склонность к компенсаторному фантазированию.

Внутренние органы, кровеносные сосуды – ипохондрия, невротическое состояние, в некоторых случаях психическое заболевание.

Половые органы, женская грудь, вымя – высокая значимость сексуальной сферы.

*Хвост*

Хвост, повернутый вправо – отношение к своим действиям и поведению.

Хвост, повернутый влево – отношение к своим мыслям, решениям.

Хвост, поднятый вверх – положительная, уверенная окраска к этим отношениям.

Хвост, опущенный вниз – отрицательная окраска к отношениям.

Хвост толстый – значимость сексуальной сферы.

Красивый хвост, например, павлиний – демонстративность.

Хвост толстый, покрытый шерстью – очень высокая значимость сексуальной сферы.

*Ноги*

Отсутствие ног, их недостаточное количество – пассивность или неумелость в социальных отношениях.

Избыточное количество ног – потребность в опоре.

Толстые, большие ноги – ощущение своей недостаточной умелости в социальных отношениях, потребность в опоре.

*Характер соединения ног с фигурой (корпусом)*

Прорисовано тщательно – умение контролировать свои рассуждения, выводы, решения.

Прорисовано небрежно, слабо или совсем нет соединения ног с фигурой – отсутствие контроля.

**Описание (рассказ)**

*Описание образа жизни*

Соответствует рисунку – развито логическое мышление.

Не соответствует рисунку – в некоторых случаях нарушение логического мышления.

С идеализацией и приукрашиванием – склонность к компенсаторному фантазированию.

*Место жизни животного*

За границей, острова, субтропики (остров Бали, Кипр)– демонстративность.

Изолированное (космос, другая планета, пещера, колодец, лес и т.п.) – чувство одиночества.

Трудно достижимое место (непроходимый лес и т.п.) – потребность в защите.

Эмоционально неприятное (болото, грязь и т.п.) – невротическое состояние.

*Питание*

Ничем не питается или питается воздухом, новостями, энергией – интровертность.

Ест все подряд – импульсивность.

Питается несъедобными вещами (гвоздями, палками, камнями и т.п.) – нарушения общения.

Питается эмоционально неприятной пищей (слизью, трухой, тараканами и т.п.) – невротическое состояние.

Питается кровью и органами живых существ (желудок, мозг и т.п.) – невротическая агрессия.

Питается людьми – негативизм, агрессивность.

*Занятия, игры*

Ломает что-либо (забор, деревья и т.п.) – агрессивность, негативизм, в некоторых случаях психическое заболевание.

Любит много спать – астеническое состояние, накопившаяся усталость.

Играет, гуляет, развлекается – проекция своих желаний.

Занято поисками пищи – ощущение трудностей в жизни.

Не любит сидеть без дела – импульсивность.

Ходит вверх ногами – символ нарушения заведенного порядка, выход за рамки обыденных стандартов или желание такового.

**Некоторые особенности описания**

Упоминание о размножении – значимость сексуальной сферы; о бесполом размножении (почкование и т.п.) – напряженность в сексуальной сфере.

Указание на отсутствие друзей – ощущение своего одиночества; или, сообщение о наличии множества друзей – высокая ценность общения.

Упоминание о врагах – боязнь агрессии; о защищенности от любых врагов или акцент на их отсутствии – боязнь агрессии, в некоторых случаях настороженное отношение к окружающим.

Сообщение об обеспечении едой – ощущение бытового неблагополучия, в некоторых случаях значимость материальных ценностей.

Подсчет баллов к рисуночному тесту «Несуществующее животное».

Подсчет баллов данного теста – это количественный анализ, баллы начисляются для оценки симптомокомплекса агрессии ребёнка.

Оценка рисуночного теста «Несуществующее животное»

Симптомокомплекс	Симптом	Балл
Агрессия	Сильная, уверенная линия рисунка	0-1
	Неаккуратность рисунка	0-1
	Большое количество острых углов	0-2
	Верхнее размещение углов	0-1
	Крупное изображение	0-2
	Голова обращена вправо или анфас	0-1
	Хвост поднят вверх, пышный	0-1
	Угрожающее выражение	0-1
	Угрожающая поза	0-1
	Наличие орудий нападения (зубы, когти, рога)	0-2
	Хищник	0-1
	Вожак или одинокий	0-1
	При нападении «дерется насмерть», «всех убивает», дерётся традиционными способами (зубы, когти, рога, хобот)	0-1
	Ночное животное	0-1
	Другие признаки	0-1

Как правильно посчитать баллы.

При анализе рисунка оцениваются перечисленные в таблице симптомы. Если симптом отсутствует, начисляется ноль баллов.

Некоторые признаки оцениваются от нуля до двух баллов. В таком случае, оценка выставляется в соответствии со степенью выраженности симптома. Например, «наличие орудий нападения» (от 0 до 2-х). Если животное имеет очень острые зубы, но у него нет ни когтей, ни рогов. Тогда мы ставим 1 балл. Если подобных средств нападения много, балл будет максимальным. Так же и с крупным изображением. Если оно на весь лист – 2 балла, если менее крупное – 1 балл.

Неаккуратность рисунка – значит, если он аккуратно нарисован (линии доводятся до конца, неспешно), ставим ноль баллов.

Верхнее размещение углов – их может быть больше в верхней части рисунка, над несуществующим животным.

Если животное является хищником (может быть не видно на рисунке, но прозвучит в опросе) – 1 балл, травоядным – 0 баллов.

Другие признаки – это различные признаки выражения агрессии, не упомянутые в таблице.

Чем больше итоговая сумма баллов, тем выше уровень склонности к агрессии.

Шкала оценок результатов

Уровень агрессивности	Количество баллов
Слабый	0 – 3
Средний	4 – 6
Высокий	7 – 10
Повышенный	11 – 18



Образец анкетирования родителей

*Уважаемые родители!*

*Приглашаем Вас принять участие в опросе, позволяющем изучить культуру здоровья Вашей семьи. Активное участие и Ваша искренность позволят нам эффективнее осуществлять работу по воспитанию детей, посещающих наш детский сад, а также по оздоровлению ребенка в семье.*

*Мы хотим, чтобы наши дети росли здоровыми и счастливыми, были удачливы и успешны!!!*

*Благодарим Вас за помощь!*

В анкете представлены вопросы уже с готовыми ответами, необходимо выбрать подходящий для Вашей семьи.

1. Делаете ли Вы утреннюю зарядку? Да. Нет. Иногда.
2. Проводите ли закаливающие процедуры? Да. Нет. Иногда. Какие? Перечислите, пожалуйста.
3. Есть ли у Вас вредные привычки? Да. Нет.
4. Знает ли об этом Ваш ребенок (Ваши дети)? Да. Нет. Не знаю.
5. Соблюдаете ли Вы режим дня (сон, питание, прогулка)? Скорее да. Скорее нет. По-разному.
6. Придерживаетесь ли Вы здорового рациона питания? Да. Нет. Не знаю.
7. Как часто Вы бываете на свежем воздухе? Часто. Редко. Как получится, не задумываюсь об этом.
8. Посещаете ли Вы спортзал? Да. Нет. Иногда.
9. Стараетесь ли Вы соблюдать правила безопасного поведения в быту, на улице, транспорте? Всегда. Нет, не стараюсь. Иногда, в зависимости от ситуации.
10. Часто ли Вы болеете? Часто. Не часто. Год на год не приходится (по-разному).

11. Активны ли Вы в профилактике заболеваний (регулярно делаю прививки, флюорографию, профилактические осмотры)? Да. Нет. По настоянию родственников, друзей, в периоды эпидемий, по требованию на работе.

12. Есть ли у Вас дома приборы, помогающие сохранить и укрепить здоровье? Да. Нет. Перечислите какие-нибудь.

13. Знакома ли Вам картина Вашего здоровья, знаете ли вы свои болезни и особенности своего организма? Да. Нет. Отчасти.

14. Посещаете ли Вы в связи с этим соответствующих врачей специалистов? Да. Нет. Иногда.

15. Что Вы делаете в связи с этим? Принимаю профилактические меры. Ничего не делаю. Принимаю меры, только когда возникают симптомы болезни.

16. Знаете ли Вы картину здоровья своей семьи (наследственные заболевания, предрасположенность к каким-то заболеваниям и др.)? Да. Нет. Отчасти.

17. Считаете ли Вы свою семью здоровой и ведущей здоровый образ жизни? Скорее да. Скорее нет. Не могу ответить на вопрос.

18. Считаете ли Вы себя субъектом (активным участником, творцом) здоровой жизни? Да. Нет.

19. А есть ли у Вас в семье такие люди? Кто это?

Комплекс физических упражнений «Зарядка в зоопарке»

1. Упражнение «Жираф».

1) Жираф после сна разминает свою длинную шею. Исходное положение (далее – И.п.) – основная стойка, руки на поясе. Выполнение медленных наклонов головы вправо и влево на счёт 1-4 (4 повторения в каждую сторону).

2) Жираф посмотрел по сторонам в поисках друзей. И.п. – основная стойка, руки на поясе. Выполнение медленных поворотов головы вправо и влево на счёт 1-4 (4 повторения в каждую сторону).

3) Жираф посмотрел на солнышко и травку. И.п. – основная стойка, руки на поясе. Выполнение плавных кивательных движений головой вверх и вниз на счёт 1-4 (4 повторения).

2. Упражнение «Орёл».

4) Орёл проснулся и начал разминать свои крылья. И.п. – ноги на ширине плеч, кисти рук кладут на плечи. Выполнение круговых движений сначала вперёд, затем назад на счёт 1-4 (4 повторения).

5) Орёл подготовился к полёту, расправил свои крылья и начал ими махать. И.п. – ноги на ширине плеч. Выполнение подъёма и опускания рук по сторонам вверх и вниз на счёт 1-4 (6 повторений).

3. Упражнение «Обезьянка».

6) Обезьянка проснулась и у неё зачесались пяточки. И.п. – ноги на ширине плеч. Выполнение наклонов вправо и влево, тянуться пальцами вниз на счёт 1-4 (4 повторения в каждую сторону).

7) Затем обезьянка вспомнила про свой хвостик и захотела ими покрутить. И.п. – ноги на ширине плеч, руки на поясе. Выполнение круговых движений тазом вправо и влево на счёт 1-4 (4 повторения в каждую сторону).

8) И вдруг обезьянка на дереве увидела бананы, она начала их собирать. И.п. – ноги на ширине плеч, подняться на носочки, руки поднять вверх, затем

встать на стопу и выполнить наклон вниз, не сгибая колени, руками коснуться пола на счёт 1-4 (4 повторения).

4. Упражнение «Цапля».

9) Цапля проснулась и решила размять свои длинные ножки. И.п. – ноги на ширине плеч, руки на поясе. Стопу поставить на носок и разминать голеностопный сустав вращательными движениями вправо и влево на счёт 1-4 (6 повторений в каждую сторону).

10) Затем цапля задумалась и встала на одной ноге. И.п. – руки на поясе. Приподнять правую ногу, сгибая в коленном суставе, удерживая равновесие примерно 5-10 секунд, затем смена левой ноги (4 повторения).

5. Упражнение «Медведь».

11) Медведь проснулся и решил присесть. И.п. – ноги вместе, руки вытянуть вперёд. Выполнение приседаний, не отрывая пяток от пола (6 повторений).

12) Ему очень понравилось, он захотел ещё присесть. И.п. – ноги на ширине плеч, руки на пояс. Выполнение приседаний, не отрывая пяток от пола (6 повторений).

6. Упражнение «Заяц».

13) Заяц проснулся, обрадовался своим соседям и начал прыгать. И.п. – руки на поясе. Выполнение прыжков на двух ногах (6 повторений).

14) Заяц прыгал вместе со всеми. И.п. – руки над головой. Выполнение прыжков с хлопками над головой (6 повторений).

7. Упражнение «Тигр».

15) Последним проснулся тигр и зарычал. И.п. – ноги на ширине плеч, руки свободно опущены. Выполнение дыхательного упражнения, сделать глубокий вдох носом и на выдохе произнести звук «р-р-р» (3 повторения).

8. Игра на развитие дыхательной системы «Лети пёрышко» для завершения комплекса.

16) Играющих делят на 2-3 команды (по 5-6 человек в каждой), которые выстраиваются в колонны по одному, одна колонна параллельно другой. В каждой команде ребёнок, стоящий первым, держит пёрышко. На расстоянии восьми шагов от первых в колонне проводят финишную черту. По команде «Начали!» ребёнок, стоящий в колонне первым с пёрышком в руки, пускает его на воздух над головой и начинает дуть на пёрышко так, чтобы оно летело в сторону финишной черты. Ребёнок, достигнув финиша, ловит пёрышко, бежит к своей команде и передаёт его второму в колонне, сам же становится в конец колонны, игру продолжает следующий участник. Выигрывает команда, которая раньше закончит игру.

Комплекс самомассажа по методике А.А. Уманской «Гномик здоровья»

**Зона 1.** Поставить под яремную ямку 4 пальца (кроме большого), под мизинцем окажется верхняя граница зоны. Это место может немного выступать. При массировании зоны используются подушечки четырех пальцев одновременно.

*Гномик в пальчиках живет,  
Он здоровье нам несет  
Раз, два, три, четыре, пять,  
Будем с гномиком играть  
Пальцы мы к груди прижмем  
Кружочки рисовать начнем  
Девять раз рисуем влево  
Девять раз рисуем вправо.*

**Зона 2.** Яремная впадина, расположенная на передней части шеи под гортанью.

*Гномик наш поднялся выше  
К шейке поднялся поближе  
Снова хочет рисовать  
Пальчиками поворачивать  
Девять раз вращаем влево  
Девять раз вращаем вправо.*

**Зона 3.** Находится на передней плоскости шеи. Для обнаружения точек нужно поставить два пальца с двух сторон от кадыка, отчетливо ощущая пульс. Поднять пальцы вверх на 1 см – это и есть точки 3 зоны.

*Гном еще поднялся выше  
К нашей голове поближе  
Легко мы будем нажимать  
Кружочки будем рисовать*

*Девять раз рисуем влево*

*Девять раз рисуем вправо.*

**Зона 4.** Сосредоточена в верхней задней области шеи, за ухом немного выше мочки. Область 1-5 шейных позвонков в верхних задне-боковых отделах шеи.

Район первых четырех шейных позвонков, где расположен симпатический узел (подзатылочная ямка).

*Гном над ушами спрятался*

*Смеется он над нами*

*Видно очень хочет он*

*Поиграть с друзьями*

*Его попробуем достать*

*Сверху вниз понажимать*

*Эй, друг, не зевай!*

*Ты до девяти считай!*

**Зона 5.** Расположена между первым грудным позвонком и седьмым шейным. Найти точки можно следующим образом: наклонить вперед голову и нащупать на тыльной стороне шеи выступающий позвонок (7-й шейный). Расстояние между этим позвонком и следующим и есть 5 зона.

*Неужели гномик наш*

*Убежал домой?*

*Нет, всего лишь спрятался за твоей спиной*

*Сзади бугорок найдем-*

*И вокруг него пройдем.*

*Девять раз обходим влево, девять раз обходим вправо.*

**Зона 6.** Находится в носовой области по краям выпуклых боковых поверхностей носа, над зубами-клыками.

*Гнома мы ловить начнем, крылья носа разотрем,*

*Девять раз вращаем влево,  
Девять раз вращаем вправо.*

**Зона 7.** Расположена чуть ниже начала роста бровей.

*Гном еще поднялся, к бровкам подобрался  
Гнома я в бровях ловил  
А он по кругу все ходил  
Девять раз идем мы влево  
Девять раз идем мы вправо.*

**Зона 8.** Сосредоточена на ушной раковине, в районе хрящевого выступа.

*Тут наш гном совсем умолк  
И пустился наутек  
К ушкам подберемся выше,  
Может здесь его услышим.  
Девять раз покрутим влево,  
Девять раз покрутим вправо.*

**Зона 9.** Находится в области кистей рук. Если прижать к ладони большой палец, то на верхней части появившегося выступа будет располагаться биоактивная точка 9 зоны.

*Прятаться наш гном устал  
И домой от нас сбежал  
Ключ от дома мы возьмем  
И здоровье там найдем  
Девять раз покрутим вправо  
Девять раз покрутим влево.*



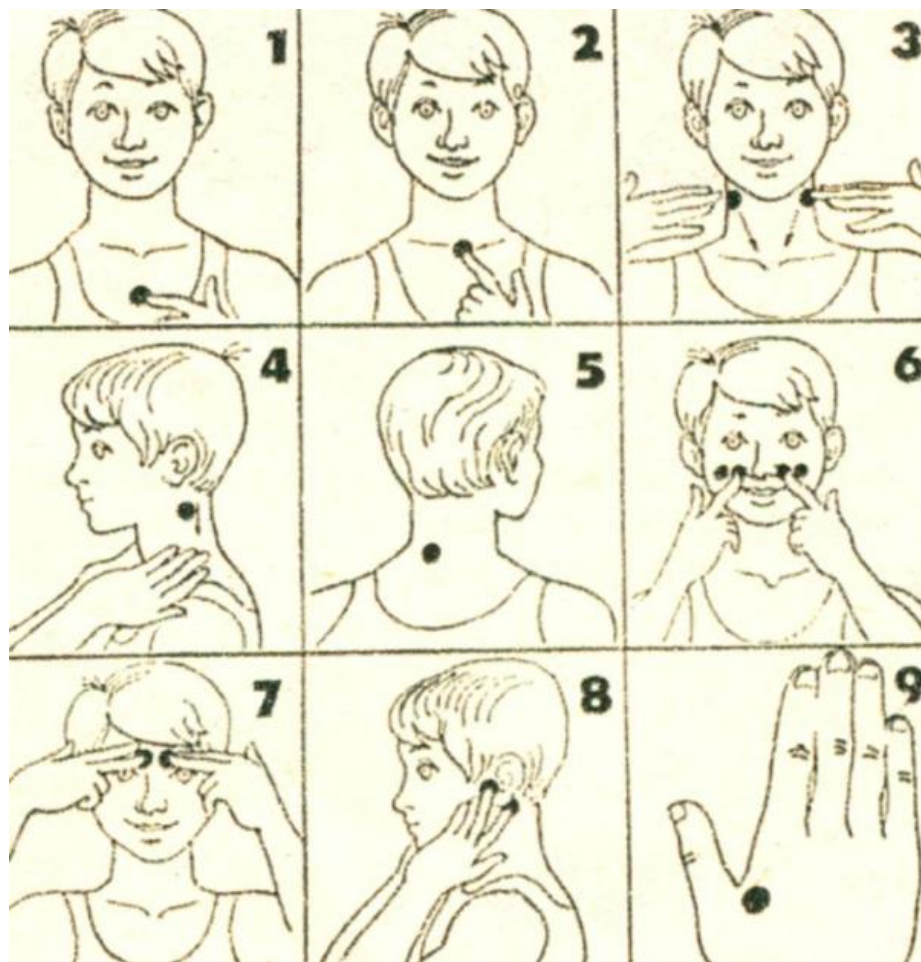


Рисунок 1 – Изображение расположения массируемых зон по Уманской

Описание активных зон по методике Уманской

*Зона 1.* Связана со слизистой трахеи, бронхов, а также с костным мозгом грудины. В результате воздействия проходит кашель, боль за грудиной, нормализуется кроветворение.

*Зона 2 (яремная ямка).* Связана со слизистой трахеи и вилочковой железой – центральным органом иммунной системы. При воздействии на нее повышается сопротивляемость инфекционным заболеваниям.

Зоны 1 и 2 – основа. Наше кроветворение. Наш иммунный статус. Крепкая защита организма.

*Зона 3.* Находится в развилках сонных артерий. Связана со слизистой гортани, глотки, и щитовидной железой. При воздействии на эти зоны регулируется химический и гормональный состав крови (улучшает выработку инсулина и других гормонов), улучшается голос, исчезает охриплость.

*Зона 4.* Верхние отделы шеи, в области 1-5-го шейных позвонков. Связана с задней стенкой глотки, с верхним шейным симпатическим ганглием, который регулирует деятельность всех сосудов головы, шеи и туловища. Нормализуется вегето-сосудистый тонус. Проходят головные боли и головокружения.

*Зона 5.* Находится в области 7-го шейного и 1-го грудного позвонков. Связана со звёздчатым вегетативным ганглием, который иннервирует сосуды трахеи, бронхов, сердца и вилочковой железы.

Воздействие на зоны 4 и 5 дает колоссальный оздоровительный эффект: нормализует вегето-сосудистый тонус, улучшает кровообращение, работу головного мозга, оздоравливает миндалины, помогает снять боли в голове, ушах, шее.

*Зона 6.* Находится в местах выхода второй ветви огромного тройничного нерва. Связана со слизистой среднего уха, вестибулярным аппаратом. При

воздействии на эти зоны перестают болеть уши, ускоряется развитие речи, предупреждается заикание. Массаж улучшает носовое дыхание, состояние зубов, слизистых носа и гайморовых пазух, стимулирует организм на выработку собственного интерферона и других противовирусных веществ.

*Зона 7.* Выход первой ветки тройничного нерва. Связана со слизистыми лобных пазух решетчатых костей носа, а также лобными отделами мозга. Уменьшается головная боль, косоглазие. Улучшается память, внимание, трудоспособность

*Зона 8 (ушные козелки).* Связана со слизистыми оболочками гайморовых пазух и полости носа, а также со стволовыми структурами мозга и гипофиза. Это «зона жизни». При воздействии на нее дыхание становится свободным. Улучшается настроение, поведение, характер, нормализуется рост и вес.

*Зона 9.* Находится на кистях рук. Руки человека связаны через верхний шейный и звёздчатый симпатические ганглии со всеми органами. Большой и указательный пальцы занимают самую большую поверхность в коре головного мозга. Воздействие на зоны рук приводят к нормализации многих функций организма и усиливают работу всех вышеперечисленных зон.

Нажимая на перечисленные зоны, мы включаем в работу главные органы и структуры (мозг, гипофиз, гипоталамус, вилочковую и щитовидную железы, шейный отдел спинного мозга, костный мозг грудины, нервные узлы), отвечающие за жизнедеятельность всего организма: кроветворение, кровообращение, сосудистый тонус, дыхание, обмен веществ, состояние иммунитета, интеллект, память, речь, зрение, слух, обоняние, эмоции и прочее.

## Перечень сенсорных дорожек и упражнений

**«Волшебные следочки»**

Следочки хорошо использовать для тренировки правильного развода стоп, при ходьбе, можно в подвижных играх и развлечениях.

**«Мягкие пенёчки»**

«Пенёчки» используются на занятиях физической культуры и утренней гимнастики для профилактики плоскостопия, а так же для перешагивания, перепрыгивания, бега и ползания «змейкой».

**«Подсолнухи»**

Подсолнухи сделаны из поролона, к центральной части пришиты бусины и деревянные жучки. Используется для профилактики плоскостопия, ходьбы, ползания (с опорой на ладони и стопы, «змейкой» между цветами), перепрыгивания (с цветка на цветок или через цветы), для эстафет и подвижных игр. Работу с подсолнухами можно начать со стихотворения:

Вот подсолнухи стоят,  
Вдоль забора целый ряд!  
К солнцу тянутся они,  
Черных семечек полны!

**«Жуки»**

Каждый жук наполнен разными крупами: горохом, пшеном, фасолью. Подразумевается не только хождение, но и топтание для того, чтобы ребёнок смог ощутить полное воздействие на стопы различных материалов. Также дети любят трогать жуков руками, пытаясь понять, что внутри, а это воздействует на мелкую моторику. Занятие с жуками можно сопровождать стихотворением:

Летом, в жаркий день на луг,  
Прилетел огромный жук.  
Сел на травке посидел,  
Зажужжал и улетел.

### **«Капельки»**

Пособие представляет собой дорожку из линолеума, на которую в хаотичном порядке наклеены цветные камушки. Эту дорожку можно использовать для разного вида ходьбы, через неё можно перепрыгивать («перепрыгнем через ручеёк»), а пальцами ног камушки можно погладить и посчитать. Занятия на этой дорожке можно сопровождать четверостишием:

Тучка по небу летала,  
Капли на поля роняла.  
Их решила сосчитать:  
Раз, два, три, четыре, пять!

### **«Бесконечная верёвочка»**

Эта дорожка хорошо тонизирует и массирует стопы. Используется для разного вида ходьбы, прыжков, ползания.

### **«Весёлая полянка»**

К этой дорожке из линолеума рядами пришиты: искусственная трава, цветы и приклеена галька. Такое чередование вызывает желание наступить на каждый ряд. Эту дорожку можно использовать для разного вида ходьбы, особенно детям нравится ходьба боком приставными шагами. Ходьбу можно сопровождать четверостишием:

Наши маленькие ножки  
Дружно ходят по дорожке  
Раз, два, три, четыре, пять  
Пойдём по полю гулять.

### **«Лесенки из карандашей»**

Эта дорожка сделана из строительных карандашей, которые расположены в чередовании горизонтально и вертикально. Такое расположение лучше массирует стопы. Используется на физкультурных занятиях для профилактики плоскостопия.

### «Дорожка из пробок»

Эта дорожка используется для ходьбы прямо, боком, сохраняя равновесие, осанку; для перепрыгивания прямо, боком; для подлезания, в подвижных играх.

### «Цветочки и камушки»

Эту дорожку хорошо использовать для развития равновесия и координации. Идти можно прямо, наступая на каждый камушек и цветочек или, наступая только на цветочки, перешагивая через камушки, или только по камушкам, перешагивая через цветочки. Также через эту дорожку хорошо прыгать боком. Можно использовать в подвижных играх.

### «Ёжик»

По сухой лесной дорожке –  
Топ-топ-топ – топчут ножки.  
Ходит, бродит вдоль дорожек  
Весь в иголках серый ёжик.

(Ребенок стоит, согнувшись, руки согнуты в локтях перед грудью, кисти рук отпущены; делает маленькие шажки)

Ищет ягодки, грибочки  
Для сына и для дочки. (Ищет)  
Если подкрадется волк –  
Превратится еж в клубок. (Сворачивается на полу в клубок.)  
Ощетинит ёж иголки –  
Не достанется он волку.  
Еж не тронет никого,

Но и ты не тронь его! (Встает и продолжает топать по дорожке)

**Ходьба «По-медвежьи»** – на руках и ногах и высоким подниманием таза.

**«Солдатык»** – шаги на мешочки и «ножки».

«**Ласточка**» – стойка на одной ноге, руки в стороны, левая нога поднята назад.

«**Незнайка**» – подъем на носках с одновременным подъемом плеч.

### **Игра «Музыкальная змейка»**

Дети делятся на 3-4 группы и выстраивают колонну на старте. Каждой команде инструктор задаёт мелодию. Команды прослушивают и запоминают свою мелодию.

Звучит музыка. Услышав мелодию, команда, выбравшая её, должна двигаться на залу «змейкой» по проложенной сенсорной дорожке. Когда мелодия сменится, также действует следующая группа, а первая останавливается, и так далее. Когда мелодия не выбрана командами, все бегут в колоннах, держась за руки, на своё место. Команда, построившаяся раньше, выигрывает.

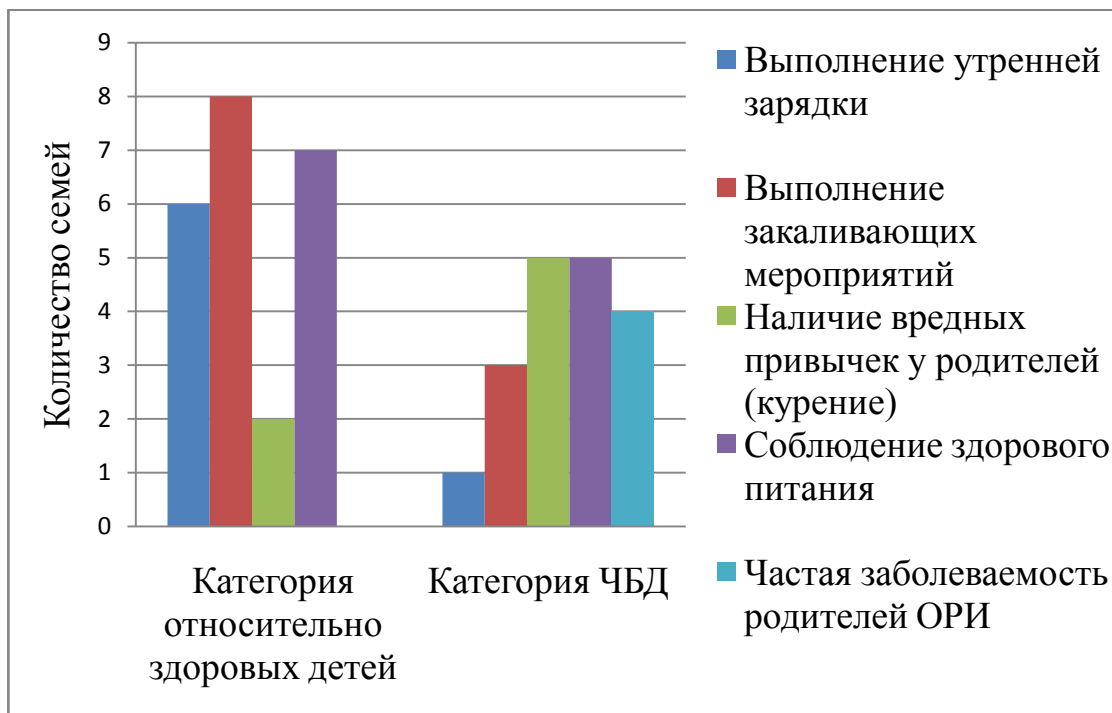


Рисунок 2 – Диаграмма сравнения категории относительно здоровых детей и категории ЧБД



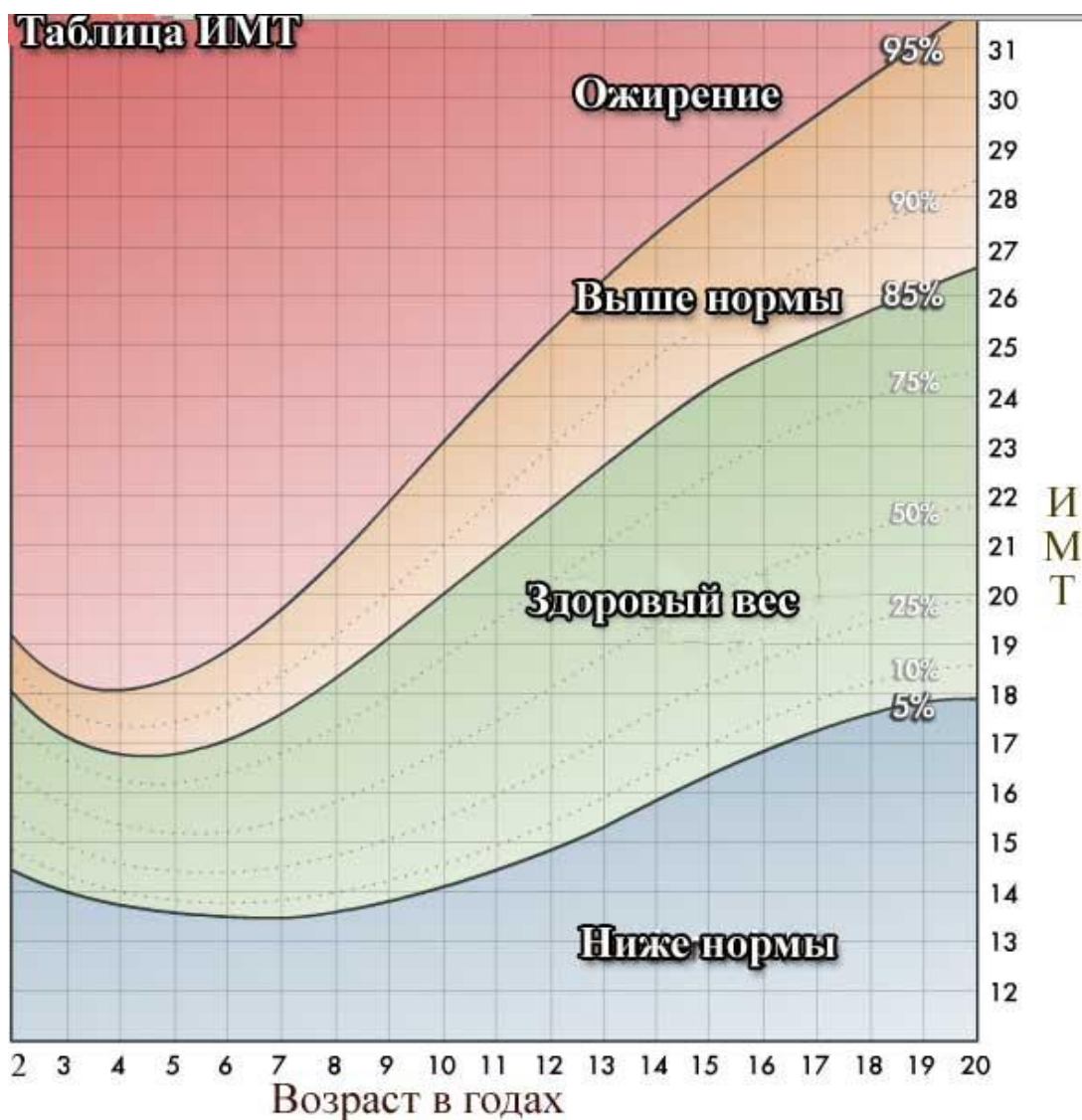


Рисунок 3 – Таблица оценки ИМТ детей дошкольного возраста