

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт Психолого-педагогического образования
Выпускающая кафедра Психологии детства

Макавеева Юлия Владимировна

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
НА ОСНОВЕ ПОВЫШЕНИЯ ИХ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ**

Направление подготовки 440302 Психолого-педагогическое образование
Профиль Психология и педагогика дошкольного образования

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой психологии детства,
д.м.н., профессор Ковалевский В.А.

(дата, подпись)

Руководитель
д.п.н., профессор
кафедры педагогики детства
Усаков В.И.
18.05.2016. _____
(дата, подпись)

Дата защиты 29.06.2016г. _____

Обучающийся Макавеева Ю.В.
18.05.2016 _____
(дата, подпись)

Оценка _____
(прописью)

Красноярск 2016

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы укрепления здоровья детей раннего возраста.....	5
1.1 Понятие здоровья и его характеристики.....	5
1.2 Базовые теоретические основы укрепления здоровья детей.....	10
1.3 Повышение двигательной активности, как условие в укреплении здоровья детей раннего возраста.....	13
Глава 2. Повышение двигательной активности детей раннего возраста в условиях ДОУ.....	19
2.1 Организация исследования.....	19
2.2 Методы исследования.....	20
2.3 Программа повышения двигательной активности детей раннего возраста в условиях ДОУ.....	21
2.4 Анализ эффективности экспериментальной программы повышения двигательной активности и повышения здоровья детей раннего возраста в условиях ДОУ.....	26
Заключение	40
Выводы.....	40
Список использованных источников	44
Приложения.....	48

Введение

Актуальность. Здоровье детей – это будущее страны, здоровье основных ее институтов. Здоровье не существует само по себе, раз данное, постоянно и неизменно. Оно нуждается в тщательной заботе на протяжении всей жизни человека. Сохранять и улучшать здоровье – огромная каждодневная работа, начиная с рождения [13].

В Концепции дошкольного воспитания отмечается, что фундаментальной предпосылкой воспитания и обучения детей является забота общества об их здоровье. Не смотря на это, отмечается тревожная тенденция прогрессивного ухудшения состояния здоровья детей дошкольного возраста. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей РАМН, за последнее время число здоровых дошкольников уменьшилось в пять раз и составляет лишь около 10% среди контингента детей, поступающих в школу [17].

В проведенных ранее исследованиях установлена тесная зависимость между уровнем заболеваемости и уровнем двигательной активности человека на различных этапах онтогенеза [8]. Недостаточный объем двигательной активности в раннем возрасте может привести к ранним отклонениям осанки, косоглазию, плохо сформированной стопе и другим заболеваниям в дошкольном возрасте [12].

Анализ практики работы дошкольных учреждений показывает, что последние годы отмечается уменьшение удельного веса движений в общем режиме дня. Это отрицательно сказывается на формировании всех систем и понижает защитные силы детского организма, поэтому так важен оптимальный двигательный режим, в котором бы удовлетворялась естественная и достаточная потребность ребенка в движении [18].

Таким образом, проблема поиска путей повышения уровня здоровья детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности является актуальной.

Цель исследования – разработать программу укрепления здоровья детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности в условиях ДООУ.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические основы укрепления здоровья детей раннего возраста.
2. Разработать программу укрепления здоровья детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности и создать условия для её реализации.
3. Определить эффективность программы укрепления здоровья детей раннего возраста.

Объект исследования – процесс укрепления здоровья детей раннего возраста.

Предмет исследования – укрепление здоровья детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности.

Гипотеза: если будет разработана программа повышения двигательной активности детей раннего возраста в условиях ДООУ и созданы необходимые условия для её реализации, то это будет эффективно способствовать повышению уровня здоровья детей раннего возраста.

Методы исследования: теоретический анализ литературы по теме исследования, педагогический эксперимент, педагогическое тестирование, статистика заболеваний, методы математической и вариационной статистики.

База исследования: в проведении экспериментальной работы принимали участие воспитанники двух групп раннего возраста МКДООУ ЗАТО пос. Солнечный Красноярского края. Общее количество воспитанников, задействованных в исследовании, составило 24 (12 мальчиков и 12 девочек).

Методологическая основа исследования: теории функциональных систем и системогенеза П.К.Анохина, теория адаптации (Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакина), адаптационно-регуляторная теория старения В.В.Фролькиса.

Глава 1. Теоретические основы укрепления здоровья детей раннего возраста

1.1 Понятие здоровья и его характеристики

Здоровье выступает как одно из необходимых условий активной, творческой, полноценной жизни человека. Только здоровый человек, обладая хорошим самочувствием, оптимизмом, психологической устойчивостью, высокой умственной и физической работоспособностью, способен активно жить, преодолевать профессиональные и бытовые трудности, добиваться успеха в современном динамичном мире [16].

Понятие здоровья в различных литературных источниках и у различных авторов трактуется по-разному. Единого, более полного, обширного определения понятию здоровья нет, но оно имеет множество определений, которые по своей сути верны.

Здоровье – это такое состояние организма человека, которое обеспечивает полноценное выполнение им всех жизненных функций и форм деятельности в тех или иных конкретных условиях [33].

Здоровье, по определению Всемирной организации здравоохранения, есть не что иное, как состояние полного физического, психического и социального благополучия [30].

Здоровье - это нормальная функция организма на всех уровнях его организации. При таком подходе нормальное функционирование организма в целом является одним из основных элементов понятия "здоровье". Для всех характеристик человеческого организма (анатомических, физиологических, биохимических) вычисляются среднестатистические показатели нормы. Организм здоров, если показатели его функций не отклоняются от их известного среднего состояния [1].

Российский учёный-фармаколог Израиль Ицкович Брехман определяет здоровье, как способность человека сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных

параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации [4].

Специалист по философским и методологическим проблемам медицины, академик Виктор Порфирьевич Петленко предлагает понятие здоровья как состояние равновесия, баланса между адаптационными возможностями человека и постоянно меняющимися условиями среды [15].

Здоровье – это не отсутствие болезней, а физическая, социальная, психологическая гармония человека, доброжелательные, спокойные отношения с людьми, с природой и с самим собой [7].

Здоровье, - у академика Александра Ивановича Струкова, - это нормальное психосоматическое состояние и способность человека оптимально удовлетворять систему материальных (пища, работа, отдых, предметно-трудовая деятельность) и духовных (знания, общение, художественное освоение мира, социальная активность личности) потребностей [26].

Состояние здоровья зависит от многих факторов:

- биологические, психологические (наследственность, конституция, тип высшей нервной деятельности и др.) свойства человека;
- природные (климат, погода, ландшафт местности, флора, фауна и др.) воздействия;
- состояние окружающей среды (загрязнение химическими, физическими, биологическими агентами и др.);
- социально-экономические, политические и прочие факторы, обычно действующие через условия труда и быта;
- состояние службы здравоохранения, кадров, уровня медицинской науки;
- многие другие воздействия окружающей человека среды, отношения между людьми и др. [23].

В настоящее время выделяют следующие компоненты здоровья:

1. Психическое здоровье – это благополучие мотивационно-эмоциональной, интеллектуальной и духовно-нравственной сфер индивидуума [5].

Основу психического компонента здоровья составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения. Это состояние обуславливается потребностями как биологического, так и социального характера и возможностями их удовлетворения. Правильное формирование и удовлетворение базовых потребностей составляет основу нормального психического здоровья человека.

2. Соматическое здоровье – это текущее состояние органов и систем органов человеческого организма.

3. Нравственное здоровье — это комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информационной основы жизнедеятельности человека.

Нравственный компонент здоровья человека определяется системой ценностей, установок и мотивов поведения индивида в социальной среде. Этот компонент связан с общечеловеческими понятиями истины, добра, любви и красоты и определяется духовностью человека, его знаниями и воспитанием. Нравственное здоровье определяется соответствием характера жизни человека и его поступков общечеловеческим законам (например, основные библейские заповеди: не убий, не укради, не клеветничай и т. д.) [16].

4. Физическое здоровье – это состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью организма к выполнению физических нагрузок.

Основными факторами физического здоровья человека являются:

- уровень физического развития;
- уровень физической подготовленности;

- уровень функциональной подготовленности организма к выполнению физических нагрузок;

- уровень и способность к мобилизации адаптационных резервов организма, обеспечивающие его приспособление к воздействию различных факторов среды обитания.

5. Социальное здоровье. Под социальным здоровьем подразумевают:

- социальную значимость тех или иных заболеваний в силу их распространенности, вызываемых ими экономических потерь, тяжести (т.е. угрозы для существования популяции или страха перед такой угрозой);

- влияние общественного устройства на причины возникновения болезней, характер их течения и исходы (т.е. возможности выздоровления и смерти);

- оценку биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции и на основе интегрированных статистических показателей, составляющих так называемую социальную статистику [25].

Говоря о понятии здоровья в целом, здоровья человека не стоит забывать, что ведь в жизни мы сталкиваемся с конкретными людьми и их здоровьем. Когда речь идёт об отдельных людях, то имеем дело с индивидуальным здоровьем, которое оценивается по персональному самочувствию, наличию заболеваний, физическому состоянию, трудоспособности, радости жизни и др. Если же речь идёт о нескольких человек, их сообществах, вводится понятие групповое здоровье, а если имеем в виду население, проживающее в городах, на селе, определённой территории, всё население, то говорим о здоровье популяции, здоровье населения. Значит, как только происходит переход от индивидуума, конкретного человека к сообществу (начиная с самой малой ячейки общества - семьи), сразу происходит переход на язык медицинской и демографической статистики, на язык оценок группового и популяционного здоровья, т.е. - здоровья населения.

Общественное здоровье не сводят к совокупности показателей здоровья отдельных людей, это иной уровень определения здоровья, это характеристика одного из важных свойств, качеств, аспектов общества как социального организма. С таких позиций говорят об общественном здоровье как о богатстве общества, общественном богатстве, т.е. факторе, без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей [23].

По существу, здоровье представляет собой биосоциальный потенциал жизнедеятельности человека. Согласно В.А. Ананьеву, выделяют следующие разновидности потенциалов человека:

1. Потенциал разума человека (интеллектуальный аспект здоровья) — способность человека развивать интеллект и уметь им пользоваться.

2. Потенциал воли человека (личностный аспект здоровья) — способность человека к самореализации; умение ставить цели и достигать их, выбирая адекватные средства.

3. Потенциал чувств человека (эмоциональный аспект здоровья) — способность человека конгруэнтно выражать свои чувства, понимать и безоценочно принимать чувства других.

4. Потенциал тела человека (физический аспект здоровья) — способность развивать физическую составляющую здоровья, «осознавать» собственную телесность как свойство своей личности.

5. Общественный потенциал человека (социальный аспект здоровья) — способность человека оптимально адаптироваться к социальным условиям; стремление постоянно повышать уровень коммуникативной компетентности; чувство принадлежности ко всему человечеству.

6. Креативный потенциал человека (творческий аспект здоровья) — способность человека к созидательной активности, умение творчески самовыражаться в жизнедеятельности, выходя за рамки ограничивающих знаний.

7. Духовный потенциал человека (духовный аспект здоровья) — способность развивать духовную природу человека [16].

Таким образом, понятие «здоровье» имеет комплексный характер, является многокомпонентным и многоаспектным явлением.

1.2 Базовые теоретические основы укрепления здоровья детей

Считается, что одним из главных признаков здоровья является способность организма надежно приспособливаться к условиям внешней среды и возможность осуществления полноценной деятельности в различной обстановке [6]. Процесс адаптации к постоянно меняющимся условиям среды не прекращается на протяжении всей жизни человека.

Адаптация организма к постоянно изменяющимся условиям среды (внешним и внутренним) - безостановочно происходящий процесс приспособления организма к данным изменениям, призванный сохранять в нем гомеостатическое равновесие. «...Каждый организм представляет собой динамическое сочетание устойчивости и изменчивости, в котором изменчивость служит его приспособительным реакциям и, следовательно, защите его наследственно закрепленных констант» [2]. Физиологический смысл адаптации организма к внешним и внутренним воздействиям заключается в поддержании гомеостаза и, соответственно, жизнеспособности организма практически в любых условиях, на которые он в состоянии адекватно реагировать.

Абсолютная адаптированность организма к чему-либо – относительно нестабильное функциональное состояние, которое может быть достигнуто только при длительном – в течение адаптационного периода – действии на него достаточно неизменного по силе и продолжительности стандартного раздражителя или суммы раздражителей [9, 10].

Адаптационные изменения происходят в организме в ответ практически на любые изменения его внешней и внутренней среды.

Процессы адаптации организма обеспечиваются определенным образом организованными и соподчиненными между собой системами [3], которые согласно принципу гетерохронного развития, сформулированный А.Н. Северцевым, созревают избирательно и в разное время, что является наследственно закрепленной особенностью развития. До достижения полной зрелости каждый возрастной этап имеет свою неповторимую психофизиологическую структуру, в значительной степени определяющую психологические возможности данного возраста [36].

Сформулированный А.Н. Северцевым принцип гетерохронии развития органов и систем был использован П.К. Анохиным и получил свое детальное развитие в теории системогенеза: «Одной из основных закономерностей жизни организма является непрерывное развитие, поэтапное включение и смена его функциональных систем, обеспечивающее ему адекватное приспособление на различных этапах постнатальной жизни».

Гетерохрония выступает как специальная закономерность, состоящая в неравномерном развертывании генетической информации. Благодаря этому обеспечивается основное требование выживания новорожденного — гармоническое соотношение структуры и функции данного новорожденного организма с условиями среды.

Она же служит решению важнейшей задачи эволюции — постепенному наделению новорожденного организма полноценными и жизненно важными (в соответствии с возрастом) функциональными системами. А это означает, что избирательный гетерохронный рост различных структур организма, в том числе и мозга как неоднородного целого, будет выражаться в виде неравномерного их созревания. Это может быть развитие отдельных клеточных элементов, их объединений и проводящих путей, которые принимают участие в объединениях с другими структурами, находящимися за её пределами, и позволяют решать поведенческие задачи, соответствующие возрасту ребенка [22].

Формирование человеческого организма происходит как на основе наследственно заложенной программы, так и в результате влияния внешней среды, что обеспечивается длительным периодом детства. Длительный период роста и развития человека, составляющий в среднем 20 лет, открытость влияниям внешней среды и высокая восприимчивость к этим влияниям позволяет максимально приспособить функции организма и его структуры к условиям жизни. Детский организм с первых дней жизни ориентируется не на прежние условия жизни, которые имели место быть десятки и сотни тысяч лет назад, а на реальные сегодняшние, чтобы в соответствии с этими условиями формировать свои механизмы жизнедеятельности [35].

Способность организма человека преобразовываться под воздействием внешней среды составляет одну из важнейших особенностей вида *Homo sapiens*. Как показали работы советского генетика Николая Петровича Дубинина и его единомышленников, эта способность реализуется посредством социального наследования. Высокая восприимчивость детского организма обеспечивает высокую степень усвоения социального опыта, который, аккумулируясь в растущей духовной и материальной культуре каждого нового поколения, обеспечивает быстрый темп общественного прогресса [14].

Благодаря достижениям возрастной физиологии, мы знаем сегодня, что возможности усвоения информации в детстве намного превышают таковые во взрослом состоянии. Работы, проведенные академиком Владимиром Вениаминовичем Фролькисом, показали, что одним из важнейших критериев возрастных изменений является снижение восприимчивости организма к нервным раздражителям и повышение чувствительности к гуморальным стимулам, таким образом, формируется своеобразная возрастная изоляция от влияния внешней среды. Свойственный стареющим людям определенный «консерватизм» реакций делает невозможным восприятие того, что в детском возрасте так легко и естественно формирует организм [34].

С учетом адаптивного характера развития детского организма в возрастной периодизации выделяют так называемые сенситивные периоды, т.е. периоды наибольшей специфической чувствительности физиологических систем организма к воздействию внешних факторов. Высокая подверженность определенных функций влиянию факторов среды обитания должна использоваться для эффективного целенаправленного воздействия на них, создания благоприятных адекватных условий воспитания и обучения ребенка, сохранения его здоровья. С другой стороны, необходим жесткий контроль по ограничению негативных чрезмерных нагрузок, которые могут привести к нарушениям функционирования организма [11].

В сенситивные периоды развития физических качеств и психомоторных функций для укрепления здоровья детей необходимо отдавать предпочтение целенаправленным физическим упражнениям, которые будут соответствовать данному возрастному периоду. Если сенситивный период по какой-либо причине «пропущен», последствия обычно бывают необратимыми. Утраченное время и возможности в дальнейшем не удастся компенсировать: ребенок, не умеющий плавать и не обладающий ловкостью, став взрослым, не может успешно овладеть указанными двигательными навыками [20].

Таким образом, теории созревания и адаптации, высокая восприимчивость детского организма влияниям внешней среды и длительный период детства являются базовыми теоретическими основами укрепления здоровья детей.

1.3 Повышение двигательной активности, как условие в укреплении здоровья детей раннего возраста

Для всех детских возрастных периодов характерна повышенная потребность детей в двигательной активности. Активная мышечная

деятельность является обязательным условием для нормального развития ребенка и формирования растущего детского организма [24].

Суммарная величина разнообразных движений за определенный промежуток времени (час, сутки) называется двигательной активностью [20]. Именно двигательная активность как основа жизнеобеспечения детского организма оказывает воздействие на рост и развитие нервно-психического состояния, функциональные возможности и работоспособность ребенка [27].

Двигательная активность зависит от ряда факторов:

- социальных (режим дошкольного учреждения, профессиональная подготовленность воспитателя, постановка физического воспитания);
- природных (климат, сезоны года);
- биологических (состояние здоровья, возраст, половые различия, функциональные особенности центральной нервной системы и высшей нервной деятельности) [32].

Двигательную активность как биологическую потребность рассматривают многие авторы, которые отмечают, что от степени удовлетворения этой потребности зависит здоровье детей, их физическое и общее развитие. Движения считаются специфическим средством физического воспитания, и они в единстве с физическими упражнениями обеспечат эффективное решение задач физического воспитания, если они будут выступать в форме целостного двигательного режима, отвечающего возрастным и индивидуальным особенностям двигательной активности каждого из детей [38].

Оптимальный двигательный режим должен удовлетворять естественную биологическую потребность ребенка в движении (кинезофилия) [20]. Несмотря на то, что у каждого ребенка от природы заложена кинезофилия, необходимо обогащать его двигательный опыт за счет овладения двигательным умением в изучаемом движении или упражнении. Новое умение позволит ребенку упрочить связь с внешним миром и продолжить накопление новых, более сложных движений.

Изученное ребенком двигательное действие постепенно совершенствуют и переводят от умения в навык, автоматизм выполнения которого и обеспечивает прочный двигательный опыт. В.И. Усаков в книге «Первые шаги к физическому совершенству» предлагает для расширения двигательного опыта организовывать с дошкольниками игры и упражнения на суше и в воде, обучать плаванию, ходьбе на лыжах, катанию на коньках [31].

В состоянии пониженной двигательной активности снижается обмен веществ и объем информации, поступающей в мозг из мышечных рецепторов. Это ухудшает обменные процессы в тканях мозга, что приводит к нарушениям его регулирующей функции. Снижение потоков импульсов от работающих мышц приводит к нарушению работы всех внутренних органов, в первую очередь сердца, отражается на проявлениях психических функций, обменных процессах на уровне клеток [19].

Двигательный дефицит может приводить к выраженным функциональным нарушениям. Отмечена прямая связь между гипокинезией, т.е. понижением двигательной активности и снижением активности многих ферментов, влияющих на характер окислительных процессов и биохимических превращений в организме. Наблюдается отставание моторики (снижение силы, быстроты, выносливости), задержка развития вегетативных функций, происходит сужение диапазона функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы и органов дыхания [28].

Установлено, что в раннем возрасте существенных различий в двигательной активности среди мальчиков и девочек нет, что весной и летом дети двигаются больше, чем осенью и зимой. И все-таки большая или меньшая двигательная активность детей определяется, главным образом, предложенным двигательным режимом. На повышение двигательной активности оказывают влияние достаточная площадь для игр, правильное размещение оборудования и игрушек, новизна игровых и физкультурных пособий [39].

Понятие «двигательный режим» включает в себя все виды организованной и самостоятельной деятельности, в которых чётко выступают локомоторные (связанные с перемещением в пространстве) движения детей. Двигательный режим ориентирован на обеспечение оптимальной двигательной активности детей. Однако это одностороннее освещение сущности двигательного режима. Назначение его не только в удовлетворении потребности детей в движении. Не менее важна и содержательная сторона – разнообразие движений, видов и форм деятельности [21].

Учитывая индивидуальные особенности двигательной активности дошкольников необходимо придерживаться следующих правил при разработке оптимального двигательного режима:

- общая продолжительность двигательной активности занимает не менее 60% периода бодрствования;
- содержанием двигательного режима является двигательная деятельность, разнообразная по составу движений, физическим упражнениям;
- определенная часть двигательного режима, в которую входят как физические упражнения, специально подобранные для формирования систем и функций организма, так и коррекционная работа, которые проходят через индивидуальные и организационные формы работы;
- периоды активности чередуются со «спокойными» видами деятельности;
- каждому ребенку необходимо дать возможность двигаться самостоятельно [37];
- все формы организации физического воспитания в единстве представляют суммарную физическую нагрузку за день, которая должна отвечать индивидуальным возможностям детей;

- нагрузка распределяется в течение дня с учетом времени, наиболее естественного для той или иной деятельности, носит волнообразный характер;

- самые высокие двигательно-физические нагрузки приходятся на время первой прогулки (с 10 до 12 часов). Однако в те дни, когда проводятся физкультурные занятия, для прогулки подбираются более спокойные виды деятельности;

- следует осторожно подходить к физическим нагрузкам после дневного сна, когда нецелесообразны организованные физические упражнения, лучше всего создать условия для самостоятельной двигательной деятельности;

- обязательна умеренная и целесообразная двигательная деятельность до завтрака и перед занятием, особенно если оно умственного характера [38].

Для формирования двигательной активности детей дошкольного возраста первостепенное значение имеет эмоциональная насыщенность занятий, систематичность правильно организованной тренировки в процессе занятий физическими упражнениями и подвижными играми.

Как известно, активная двигательная деятельность ребенка в дошкольной организации складывается из организованной, самостоятельной двигательной деятельности, подвижных игр и др. В процессе реализации организованных видов двигательной деятельности детей решаются многие воспитательные и образовательные задачи, формируются потребность ребенка в ежедневных движениях, интерес к занятиям физической культурой. Как организованная, так и самостоятельная двигательная деятельность, соответствующая возрастным физиологическим возможностям детского организма, является фундаментом, движущей силой разностороннего развития ребенка.

Установлено, что основу любого вида деятельности детей и более всего – игровой составляет двигательный акт. Искусственное или вынужденное ограничение двигательной активности нарушает закономерное развитие

организма и негативно влияет на состояние здоровья ребенка (гиподинамия). Как недостаточная, так и чрезмерная двигательная активность одинаково отрицательно сказывается на функциональном состоянии организма дошкольников. Поэтому важно, чтобы самостоятельная двигательная деятельность детей проходила под наблюдением воспитателя. Во время прогулки или в помещении не следует допускать однообразной длительной деятельности детей, которая сама по себе создает предпосылки к утомлению. Во время игры деятельность чрезмерно активных детей следует направлять, своевременно корректировать чередованием интенсивных и спокойных игр; детей малоподвижных, напротив, целесообразно побуждать к активным действиям [6].

Таким образом, повышение двигательной активности, как условие в укреплении здоровья детей раннего возраста зависит от оптимального двигательного режима детей, который включает в себя общеразвивающие упражнения и подвижные игры, достаточную площадь для игр, правильное размещение оборудования и игрушек, новизну игровых и физкультурных пособий.

Глава 2. Повышение двигательной активности детей раннего возраста в условиях ДОУ

2.1 Организация исследования

Исследование проводилось на базе МКДОУ ЗАТО пос. Солнечный Красноярского края в двух группах раннего возраста. В исследовании участвовали 24 воспитанника, из них 12 мальчиков и 12 девочек в возрасте от 2 до 3 лет. В экспериментальной группе участвовали дети I группы раннего возраста в составе 12 человек, из них 6 мальчиков и 6 девочек, в контрольной группе – дети II группы раннего возраста в составе 12 человек, из них 6 мальчиков и 6 девочек.

Проанализировав «Журнал учёта заболеваемости» двух групп раннего возраста, отбор детей в контрольную и экспериментальную группу осуществлялся по показателям заболеваемости за 3 месяца (ноябрь, декабрь, январь) до начала проведения эксперимента с их минимальным расхождением.

Таким образом, обе группы однородны по своему составу.

Исследование проходило в 3 этапа:

1 этап – констатирующий эксперимент – проведение теоретического анализа психолого-педагогической, методической и медицинской литературы по укреплению здоровья и повышению двигательной активности детей раннего возраста; распределение детей на контрольную и экспериментальную группы; отбирались и систематизировались методы исследования; разработка таблиц статистики заболеваний детей и их оформление за три месяца до начала эксперимента; организация, проведение и оформление протоколов комплексного тестирования физической подготовленности детей по методике Валерия Иосифовича Усакова до начала эксперимента; анализ полученных результатов.

2 этап – формирующий эксперимент – разработка и реализация программы повышения двигательной активности детей раннего возраста в условиях ДООУ «Топотушки».

3 этап – контрольный эксперимент – оформление таблиц статистики заболеваний детей за три месяца эксперимента; организация, проведение и оформление протоколов комплексного тестирования физической подготовленности детей по методике Валерия Иосифовича Усакова после эксперимента; анализ полученных результатов экспериментальной работы, их систематизация и обобщение; анализ эффективности экспериментальной программы повышения двигательной активности и повышения здоровья детей раннего возраста в условиях ДООУ «Топотушки».

2.2 Методы исследования

В данном исследовании были использованы следующие методы:

1. Теоретический анализ психолого-педагогической, методической и медицинской литературы по укреплению здоровья и повышению двигательной активности детей раннего возраста.

2. Педагогическое тестирование. Для оценки физической подготовленности детей было организовано и проведено комплексное тестирование до начала и после проведения эксперимента в контрольной и экспериментальной группах по методике Валерия Иосифовича Усакова. Тестирование состоит из ряда тестов:

Тест 1. Определение уровня координационных способностей «Перешагивание через препятствия высотой 15 см».

Тест 2. Определение уровня развития координационных способностей «Вставание на ящик и сход с него».

Тест 3. Определение уровня силовых и координационных способностей «Лазание по стремянке вверх-вниз на высоту не менее 1,5 м».

Тест 4. Определение уровня развития координации движений рук, их силы «Метание мяча на дальность».

3. Статистика заболеваний. Данные о заболеваемости детей контрольной и экспериментальной групп до начала и после проведения эксперимента были взяты у медицинской сестры дошкольного учреждения из «Журнала учёта заболеваемости».

4. Математическая обработка результатов исследования. Для оценки результатов исследования были обработаны методы математической статистики: высчитывались показатели \bar{x} – среднего и процентное соотношение этих показателей.

5. Методы вариационной статистики. Для выявления и оценки тесноты связи между здоровьем и двигательной активностью детей раннего возраста экспериментальной группы был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для оценки статистической значимости коэффициента Спирмена использовался t-критерий Стьюдента.

2.3 Программа повышения двигательной активности детей раннего возраста в условиях ДОУ

На 2 этапе исследования была разработана и реализована программа укрепления здоровья детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности «Топотушки».

Дети контрольной группы занимались по Основной образовательной программе МКДОУ ЗАТО п. Солнечный Красноярского края. Дети, которые составили экспериментальную группу, занимались по Основной образовательной программе МКДОУ ЗАТО п. Солнечный Красноярского края и по разработанной нами программе «Топотушки».

Реализация программы повышения двигательной активности детей раннего возраста в условиях ДОУ «Топотушки» проходила в течение трех месяцев (февраль, март, апрель).

Программа «Гопотушки» разработана на основании:

- Основной образовательной программы МКДОУ ЗАТО п. Солнечный Красноярского края;
- Примерной основной образовательной программы дошкольного образования «От рождения до школы»;
- «Программы формирования основных движений и развития физических (двигательных) качеств дошкольников»;
- Учебной программы по физическому воспитанию детей раннего возраста «Здоровый малыш».

Цель программы – сохранить и укрепить здоровье детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности в условиях ДОУ.

Задачи программы:

1. Формировать начальные представления детей о здоровом образе жизни.
2. Развивать силовые и координационные способности детей.
3. Развивать крупную и мелкую моторику детей.

Программа основана на следующих **принципах**, которые позволяют реализовать поставленные цели и задачи:

- принцип доступности;
- принцип систематичности и последовательности;
- принцип постепенного усложнения и повторяемости материала;
- принцип наглядности;
- принцип сознательности и активности;
- уважение личности ребенка;
- учёт индивидуальных и возрастных особенностей;
- осуществление личностно-ориентированного обучения и воспитания;
- реализация Программы в формах, специфических для детей данной возрастной группы, прежде всего в форме игры;
- возрастная адекватность дошкольного образования (соответствие условий, требований, методов возрасту и особенностям развития).

Для реализации Программы в детском саду созданы следующие условия:

- музыкальный и физкультурный зал, оборудованные современным оборудованием;
- физкультурный уголок в групповой комнате, оборудованный физкультурными и игровыми пособиями, игрушками-двигателями, спортивными игрушками, массажными дорожками;
- достаточная площадь для игр, правильное размещение оборудования и игрушек в групповой комнате;
- спортивная площадка (на территории детского сада);
- методический кабинет;
- медицинский кабинет.

Основное содержание Программы повышения двигательной активности детей раннего возраста в условиях ДООУ «Топотушки» указано в таблице 1.

Таблица 1

Содержание Программы

№	Наименование мероприятия	Периодичность	Ответственные
1	2	3	4
Развитие движений			
1.	Утренняя гимнастика с предметами	Ежедневно	Воспитатель
2.	Подвижные игры	Ежедневно	Воспитатель
3.	Прогулки с включением подвижных игровых упражнений	1 раз в неделю	Воспитатель, инструктор по физической культуре
4.	Физкультурные занятия с родителями	1 раз в месяц	Воспитатель
5.	Физкультурные досуги, развлечения	1 раз в неделю	Воспитатель
6.	Гимнастика после дневного сна	Ежедневно	Воспитатель
7.	Логоритмические занятия	1 раз в неделю	Воспитатель, музыкальный руководитель
8.	Прогулки с включением подвижных игр	Ежедневно	Воспитатель

1	2	3	4
Закаливание			
9.	Ходьба в носках по ковру	Ежедневно	Воспитатель
10.	Обширное умывание после дневного сна (мытьё рук до локтя)	Ежедневно	Воспитатель, младший воспитатель
11.	Ходьба босиком перед сном, ходьба босиком по массажным дорожкам после сна	Ежедневно	Воспитатель, младший воспитатель
Работа с семьёй			
12.	Печатные консультации на тему закаливания, одежды детей в определенное время года, профилактика простудных заболеваний и т.д.		Воспитатель, медицинская сестра

Предполагаемые **результаты** по завершению реализации Программы:

- повышение у детей работоспособности и двигательной активности;
- развитие силовых и координационных способностей детей;
- развитие крупной и мелкой моторики детей;
- формирование ценностного отношения детей к своему здоровью;
- понижение заболеваемости детей.

Примерный сценарий физкультурного досуга для детей раннего возраста «Мой весёлый звонкий мяч»

Задачи:

1. Развивать ловкость и глазомер в ловле и бросании мяча.
2. Повторить игровые упражнения с бегом, прыжками и в равновесии.
3. Развивать ориентировки в пространстве, координации движений.
4. Создать положительную эмоциональную атмосферу.

Пособия: мячи на каждого ребёнка, корзина.

Ход занятия.

В зал вбегает клоун и говорит:

«Здравствуйте, детишки! Девчонки и мальчишки!

Я, клоун Бом, а может Бим (пожимает плечами),

Люблю веселье, смех и много игр я знаю.

И сейчас я с вами поиграю.

Ребята, я знаю очень интересную игру (тащит корзину с мячами, корзина падает, мячи рассыпаются).

Ой, не смог корзину удержать,

С игрой придется подождать.

Ребята, ловкость проявите,

Мячи собрать мне помогите!»

Игра «Забрось мяч в корзину» (дети собирают мячи и забрасывают в корзину).

Клоун: «А сейчас наши ребята будут мячами. Они как мячики легко попрыгают на двух ногах и легко покатаются».

Упражнение «Весёлые мячи»

Мой весёлый звонкий мяч,

Ты куда пустился вскачь?

Синий, красный, голубой

Не угнаться за тобой!

Клоун: «Ой, какие мячики! И большие, и маленькие и все разные. Какой мне выбрать? Выберу тот, который лучше скачет.

(Дети подпрыгивают, а клоун касается руками их голов)

Синий мячик, жёлтый мячик,

Ну какой же лучше скачет?

Синий – скок! Жёлтый – скок!

И пустился на утёк!

(Клоун хлопает в ладоши, дети разбегаются)

Клоун: «А теперь хочу я знать, в мяч умеете играть?»

Игра «Летит мяч»

(Дети становятся в круг, клоун из центра бросает мяч по кругу).

Клоун: (даёт детям два мяча справа и слева)

«Ты катись, весёлый мячик,

Быстро, быстро по рукам.

У кого весёлый мячик,

Тот подпрыгивает сам.

(Дети под музыку передают мячи, когда музыка останавливается, выходят дети, у которых мяч).

Клоун: «Мячик наш весёлый не может так лежать! Он просит ребятшек ещё с ним поиграть!

Игра «Перенеси мяч» (ходьба через рейки лестницы с мячом в руках).

Клоун: «Мячик с нами поиграл и стихи нам рассказал, но мы с ним не прощаемся, еще с ним повстречаемся. Наш мячик отдыхает и счастья нам желает.

2.4 Анализ эффективности экспериментальной программы повышения двигательной активности и повышения здоровья детей раннего возраста в условиях ДОУ

На первом этапе исследования проводился анализ «Журнала учёта заболеваемости» детей двух групп раннего возраста за ноябрь, декабрь и январь. По данным журнала осуществлялся отбор детей в контрольную и экспериментальную группу с незначительным расхождением в показателях заболеваемости за три месяца до начала эксперимента (табл. 2, 3).

Таблица 2

Статистика заболеваний

детей контрольной группы до начала эксперимента

№ п/п	Имя, фамилия ребенка	Пол	Расчетный период, 58 дней			Заболеваемость, %
			Ноябрь, 20 дней	Декабрь, 23 дня	Январь, 15 дней	
1	2	3	4	5	6	7
1	А. Т.	м	10	7	7	41,4
2	Д. Л.	м	7	10	8	43,1
3	И. Г.	м	15	9	9	56,9
4	М. С.	м	8	11	7	44,8
5	Р. К.	м	7	9	11	46,5
6	Т. Х.	м	11	5	8	41,4
Средний % заболеваемости по группе мальчиков						45,7

1	2	3	4	5	6	7
1	А. А.	д	5	11	9	43,1
2	В. П.	д	13	10	9	55,2
3	П. А.	д	15	11	13	67,2
4	П. П.	д	13	9	9	53,4
5	С. Х.	д	9	8	6	39,6
6	С. Ф.	д	11	10	10	53,4
Средний % заболеваемости по группе девочек						52
Средний % заболеваемости по группе м, д						48,8

Таблица 3

Статистика заболеваний

детей экспериментальной группы до начала эксперимента

№ п/п	Имя, фамилия ребенка	Пол	Расчетный период, 58 дней			Заболеваемость, %
			Ноябрь, 20 дней	Декабрь, 23 дня	Январь, 15 дней	
1	В. К.	м	13	11	12	62,1
2	Г. Д.	м	10	6	8	41,4
3	Д. Ш.	м	5	8	9	37,9
4	Д. А.	м	10	11	9	51,7
5	И. В.	м	7	10	7	41,4
6	Э. К.	м	10	8	7	43,1
Средний % заболеваемости по группе мальчиков						46,3
1	В. Д.	д	9	13	9	53,4
2	В. И.	д	8	9	5	37,9
3	М. К.	д	9	16	9	58,6
4	Н. Г.	д	7	10	8	43,1
5	П. П.	д	10	12	9	53,4
6	С. Ш.	д	12	12	10	58,6
Средний % заболеваемости по группе девочек						50,8
Средний % заболеваемости по группе м, д						48,5

Данные статистики заболеваний детей двух групп раннего возраста за три месяца до начала эксперимента показали:

- средний процент заболеваемости детей контрольной группы составил: по группе мальчиков – 45,7%, по группе девочек – 52%, по группе мальчиков и девочек – 48,8%;

- средний процент заболеваемости детей экспериментальной группы составил: по группе мальчиков – 46,3%, по группе девочек – 50,8%, по группе мальчиков и девочек – 48,5%.

- средний процент заболеваемости детей контрольной группы по сравнению с экспериментальной группой составил: по группе мальчиков – ниже на 0,6%, по группе девочек – выше на 1,2%, по группе мальчиков и девочек – выше на 0,3%.

Для оценки физической подготовленности детей контрольной и экспериментальной групп было организовано и проведено комплексное тестирование по методике В.И. Усакова., которое состоит из ряда тестов:

Тест 1. Определение уровня координационных способностей «Перешагивание через препятствия высотой 15 см». Препятствия – гимнастические палки, положенные на расстоянии 50 см. Тест считается выполненным, если ребенок не сбил ни одной палки.

Тест 2. Определение уровня развития координационных способностей «Вставание на ящик и сход с него». Данное упражнение ребенок выполняет без посторонней помощи. Тест считается выполненным, если ребёнок самостоятельно поднимается на ступеньку высотой не менее 15 см и спускается с неё не менее 3 раз.

Тест 3. Определение уровня силовых и координационных способностей «Лазание по стремянке вверх-вниз на высоту не менее 1,5 м». Тест считается выполненным, когда ребёнок достигает головой отметки в 1,5 м и самостоятельно возвращается в исходное положение.

Тест 4. Определение уровня развития координации движений рук, их силы «Метание мяча на дальность». Для метания выбирается малый резиновый мяч диаметром не более 4-5 см. Выполняются три попытки. В протокол заносится лучший результат.

Тестирование проводилось в утренние часы, отведённые для занятий по физическому развитию, как цельное занятие с подготовительной, основной и заключительной частью. В подготовительную часть были

включены упражнения, которые способны подготовить детей к выполнению предлагаемых тестов: ходьба по наклонной доске, переход через «реку» по мостику с перилами, перешагивание через «ручеек», имитация ходьбы цапли, бросание мешочков, удары по надувным мячам, игра в лошадки и т.д.

Оценка тестов осуществляется следующим образом:

«отлично» – все элементы теста выполнены в полном соответствии с его моделью – 5 баллов;

«хорошо» – при выполнении теста допущена одна ошибка, существенно не влияющая на конечный результат, – 4 балла;

«удовлетворительно» – тест выполнен с большим трудом, имеются значительные ошибки, отступление от указанной модели – 3 балла;

«неудовлетворительно» – тест практически не выполнен, однако ребёнок делает попытки, где 1-2 элемента, не имеющих существенного значения, всё же выполняются, – 2 балла;

«плохо» – ребёнок не делает попыток выполнить тест, физически не в состоянии выполнить ни одного элемента теста – 0 баллов.

Результаты тестирования внесены в протоколы тестирования (приложение А, Б).

Результаты первичного тестирования детей двух групп раннего возраста показали:

- физическая подготовленность детей контрольной группы в среднем составляет: по группе мальчиков – 3,1 балла, по группе девочек – 3,3 балла, по группе мальчиков и девочек – 3,2 балла;

- физическая подготовленность детей экспериментальной группы в среднем составляет: по группе мальчиков – 3,1 балла, по группе девочек – 3,3 балла, по группе мальчиков и девочек – 3,2 балла.

Таким образом, на первом этапе исследования было выявлено, что значительных расхождений по заболеваемости детей в двух группах раннего возраста за три месяца до начала эксперимента и расхождений по физической подготовленности детей этих двух групп не наблюдается.

На заключительном этапе исследования проводился анализ «Журнала учёта заболеваемости» детей двух групп раннего возраста за февраль, март, апрель, т.е. за время проведения формирующего эксперимента. Данные о заболеваемости детей этого периода представлены в таблице 4, 5.

Таблица 4

Статистика заболеваний
детей контрольной группы после эксперимента

№ п/п	Имя, фамилия ребенка	Пол	Расчетный период, 63 дня			Заболеваемость, %
			Февраль, 20 дней	Март, 22 дня	Апрель, 21 день	
1	А. Т.	м	8	9	9	41,3
2	Д. Л.	м	6	7	6	30,1
3	И. Г.	м	10	9	7	41,3
4	М. С.	м	7	8	7	34,9
5	Р. К.	м	9	8	8	39,7
6	Т. Х.	м	9	5	6	31,7
Средний % заболеваемости по группе мальчиков						36,5
1	А. А.	д	4	9	7	31,7
2	В. П.	д	10	8	5	36,5
3	П. А.	д	12	9	10	49,2
4	П. П.	д	8	8	6	34,9
5	С. Х.	д	9	6	8	36,5
6	С. Ф.	д	10	8	9	42,8
Средний % заболеваемости по группе девочек						38,6
Средний % заболеваемости по группе м, д						37,5

Таблица 5

Статистика заболеваний
детей экспериментальной группы после эксперимента

№ п/п	Имя, фамилия ребенка	Пол	Расчетный период, 63 дня			Заболеваемость, %
			Февраль, 20 дней	Март, 22 дня	Апрель, 21 день	
1	2	3	4	5	6	7
1	В. К.	м	4	5	3	19
2	Г. Д.	м	3	5	0	12,7
3	Д. Ш.	м	6	4	0	15,9
4	Д. А.	м	7	4	3	22,2
5	И. В.	м	5	4	0	14,3

1	2	3	4	5	6	7
6	Э. К.	м	6	6	0	19
Средний % заболеваемости по группе мальчиков						17,2
1	В. Д.	д	5	5	0	15,9
2	В. И.	д	3	0	3	9,5
3	М. К.	д	5	5	0	15,9
4	Н. Г.	д	5	6	0	17,5
5	П. П.	д	4	0	3	11,1
6	С. Ш.	д	4	0	4	12,7
Средний % заболеваемости по группе девочек						13,8
Средний % заболеваемости по группе м, д						15,5

Данные статистики заболеваний детей двух групп раннего возраста после проведения эксперимента показали:

- средний процент заболеваемости детей контрольной группы составил: по группе мальчиков – 36,5%, по группе девочек – 38,6%, по группе мальчиков и девочек – 37,5%;

- средний процент заболеваемости детей экспериментальной группы составил: по группе мальчиков – 17,2%, по группе девочек – 13,8%, по группе мальчиков и девочек – 15,5%.

- средний процент заболеваемости детей контрольной группы по сравнению с экспериментальной группой составил: по группе мальчиков – выше на 19,3%, по группе девочек – выше на 24,8%, по группе мальчиков и девочек – выше на 22%.

После проведения анализа данных о заболеваемости детей контрольной и экспериментальной группы за февраль, март, апрель, был произведен анализ результатов статистики заболеваний детей этих двух групп до начала и после проведения эксперимента.

Результаты статистики заболеваний детей двух групп раннего возраста до начала и после проведения эксперимента представлены в сводной таблице статистики заболеваний детей контрольной и экспериментальной группы за период эксперимента (таб. 6).

Сводная таблица статистики заболеваний детей
контрольной и экспериментальной группы за период эксперимента

№ п/п	Пол	До начала эксперимента		После эксперимента		Динамика, в %	
		Контрольная группа	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Экспериментальная группа
1	Мальчики	45,7	46,3	36,5	17,2	9,2	29,1
2	Девочки	52	50,8	38,6	13,8	13,4	37
Средний % заболеваемости по группе м. д.		48,8	48,5	37,5	15,5	11,3	33

Проведенный анализ результатов статистики заболеваний детей этих двух групп до начала и после проведения эксперимента показал (рис. 1):

- средний процент заболеваемости детей контрольной группы уменьшился на 11,3% и составил 37,5%;
- средний процент заболеваемости детей экспериментальной группы уменьшился на 33% и составил 15,5%;
- средний процент заболеваемости детей контрольной группы по сравнению с экспериментальной группой выше на 22%.

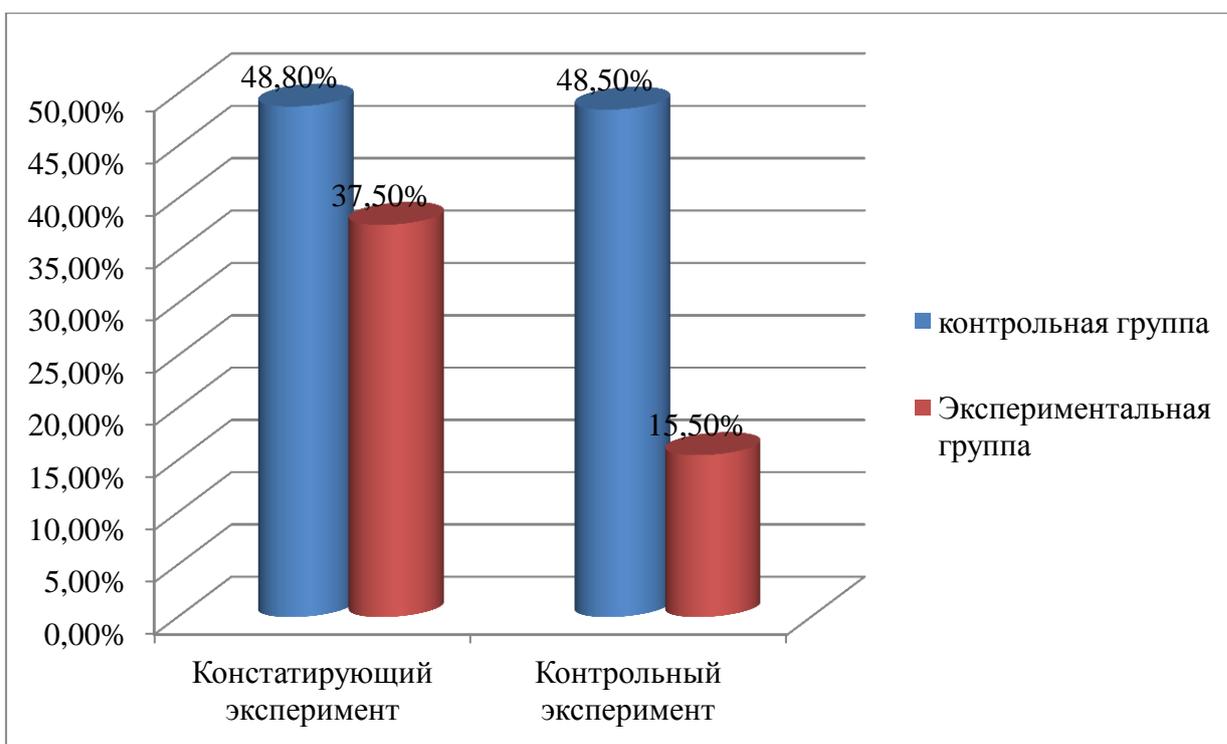


Рис. 1. Динамика заболеваемости детей контрольной и экспериментальной группы за период эксперимента

На данном этапе исследования для оценки физической подготовленности детей было организовано и проведено комплексное тестирование по методике В.И. Усакова, что и на начальном этапе.

Результаты повторного тестирования внесены в протоколы тестирования (приложение В, Г).

Результаты тестирования детей двух групп раннего возраста после проведения эксперимента показали:

- физическая подготовленность детей контрольной группы в среднем составляет: по группе мальчиков – 3,4 балла, по группе девочек – 3,6 балла, по группе мальчиков и девочек – 3,5 балла;

- физическая подготовленность детей экспериментальной группы в среднем составляет: по группе мальчиков – 4,2 балла, по группе девочек – 4,4 балла, по группе мальчиков и девочек – 4,3 балла;

- физическая подготовленность детей контрольной группы по сравнению с экспериментальной группой в среднем составляет: по группе

мальчиков – ниже на 0,8 балла, по группе девочек – ниже на 0,8 балла, по группе мальчиков и девочек – ниже на 0,8 балла.

После проведения повторного тестирования был произведён анализ результатов первичного и повторного тестирования детей контрольной и экспериментальной группы.

Результаты первичного и повторного тестирования детей этих двух групп представлены в таблице оценки результатов физической подготовленности детей контрольной и экспериментальной группы за период эксперимента (таб. 7).

Таблица 7

Оценка результатов физической подготовленности детей контрольной и экспериментальной группы за период эксперимента

№ п/п	Тесты	До начала эксперимента		После эксперимента		Темпы прироста, %	
		Контрольная группа	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Экспериментальная группа	Контрольная группа	Экспериментальная группа
1	№1	3,3	3,3	3,5	4,5	8	24
2	№2	3,6	3,7	4	4,9	10	24
3	№3	2,6	2,7	3	3,9	10	24
4	№4	3,2	3,1	3,5	4,1	8	20
Средний балл (темпы прироста) по группе		3,2	3,2	3,5	4,3	9	22

Проведённый анализ результатов первичного и повторного тестирования детей контрольной и экспериментальной группы по завершению реализации программы повышения двигательной активности

детей раннего возраста в условиях ДООУ «Топотушки» в экспериментальной группе показал (рис. 2):

- физическая подготовленность детей контрольной группы в среднем увеличилась на 0,4 балла, т.е. темп прироста составляет 9%;

- физическая подготовленность детей экспериментальной группы увеличилась на 1,1 балла, т.е. темп прироста составляет 22%;

- физическая подготовленность детей контрольной группы по сравнению с экспериментальной группой в среднем ниже на 0,7балла, т.е. темп прироста ниже на 13%.

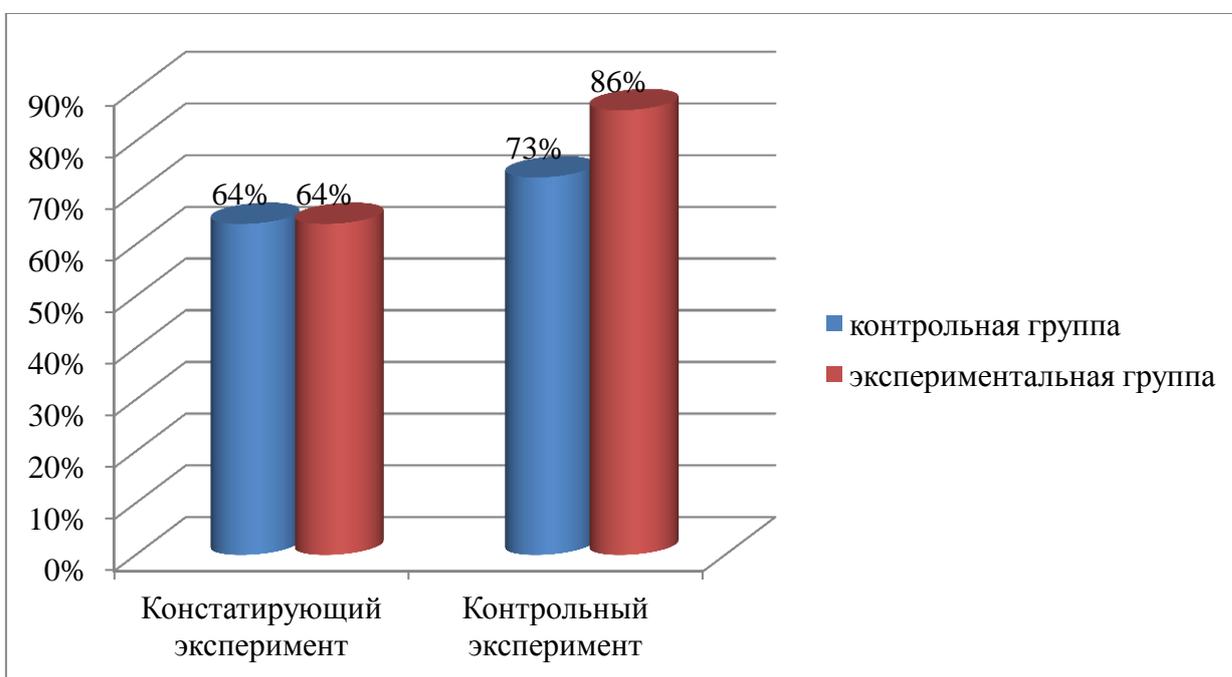


Рис. 2. На данном этапе исследования для оценки физической подготовленности детей было организовано и проведено комплексное тестирование по методике В.И. Усакова, что и на начальном этапе.

Определение темпов прироста физических качеств детей дошкольного возраста, рассчитывается по формуле:

$$W = \frac{100(V2 - V1)}{1/2(V1 + V2)}$$

где W – прирост показателя теста в процентах;

V1 – исходный показатель тестирования;

V2 – конечный показатель тестирования.

Опираясь на данные шкалы оценок, можно сделать вывод, что физическая подготовленность детей контрольной группы увеличилась за счёт естественного роста и естественной двигательной активности детей, а физическая подготовленность детей экспериментальной группы увеличилась за счёт эффективного использования естественных сил природы и физических упражнений (таб. 8).

Таблица 8

Шкала оценок темпов прироста физических качеств
детей раннего возраста

Темпы прироста, в %	Оценка	За счёт чего достигнут прирост физических качеств
До 8	Неудовлетворительно	За счёт естественного роста
От 8 до 10	Удовлетворительно	За счёт естественного роста и естественной двигательной активности
От 10 до 15	Хорошо	За счёт естественного роста и целенаправленной системы физического воспитания
Свыше 15	Отлично	За счёт эффективного использования естественных сил природы и физических упражнений

Для выявления и оценки тесноты связи между здоровьем и двигательной активностью детей раннего возраста экспериментальной группы используется непараметрический метод – коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Вычисление коэффициента Спирмена производится с помощью таблицы 9,

где N – порядковый номер детей раннего возраста;

X – количество дней посещающих детьми раннего возраста ДОУ в процентах;

Y – средний балл комплексного тестирования физической подготовленности детей раннего возраста;

d – разность рангов (ранг X – ранг Y);

d² – квадрат разности рангов.

Таблица 9

Корреляционная связь между здоровьем и двигательной активностью
детей экспериментальной группы

N	X	Y	Ранг X	Ранг Y	d	d ²
1	80,9	4,5	(2) 2,5	(7) 8,5	- 6	36
2	87,3	4,7	(9) 9,5	11	- 1,5	2,25
3	84,1	4	(5) 6	(2) 3	3	9
4	77,8	3,7	1	1	0	0
5	85,7	4,2	8	(5) 5,5	2,5	6,25
6	80,9	4	(3) 2,5	(3) 3	- 0,5	0,25
7	84,1	4,5	(6) 6	(8) 8,5	- 2,5	6,25
8	90,5	5	12	12	0	0
9	84,1	4	(7) 6	(4) 3	3	9
10	82,5	4,5	4	(9) 8,5	- 4,5	20,25
11	88,9	4,5	11	(10) 8,5	2,5	6,25
12	87,3	4,2	(10) 9,5	(6) 5,5	4	16
Σ	-	-	78	78	0	111,5

Для расчёта коэффициента ранговой корреляции Спирмена производятся следующие действия:

1. Производится ранжирование детей раннего возраста по той и другой переменной, т.е. присваивается порядковый номер (ранг) двум переменным по степени возрастания.

2. После ранжирования проверяется его правильность по формуле:

$$\sum \text{рангов} = N \times (N+1) / 2.$$

3. Для каждого испытуемого вычисляется разность рангов ($\sum d = 0$).

4. Каждая разность возводится в квадрат, и полученные результаты суммируются: $\sum d^2 = 111,5$.

5. Так как имеются повторяющиеся ранги, рассчитываются поправки на одинаковые ранги по формуле:

$$T_x = \frac{\sum(x^3 - x)}{12}$$
$$T_y = \frac{\sum(y^3 - y)}{12}$$

где x – объём каждой группы одинаковых рангов в ранговом ряду X ;
 y – объём каждой группы одинаковых рангов в ранговом ряду Y .

$$T_x = \frac{((2^3 - 2) + (2^3 - 2) + (3^3 - 3))}{12} = 3$$

$$T_y = \frac{((4^3 - 4) + (3^3 - 3) + (2^3 - 2))}{12} = 7,5$$

6. Рассчитывается коэффициент ранговой корреляции r_s при наличии одинаковых рангов по формуле:

$$r_s = 1 - \frac{6 \times \sum d^2 + T_x + T_y}{N \times (N^2 - 1)}$$

$$r_s = 1 - \frac{6 \times 111,5 + 3 + 7,5}{12 \times (12^2 - 1)} = 0,60$$

7. По таблице «Критические значения коэффициента корреляции рангов Спирмена» (приложение Д) определяются критические значения коэффициента корреляции для $N=12$,

где N – количество испытуемых;

p – уровень статистической значимости, т.е. вероятность ошибки при принятии решения;

$p=0,05$ (вероятность правильного ответа 95%) и $p=0,01$ (вероятность – 99%)

– достаточный уровень статистической значимости, т.е. достаточный доверительный уровень.

Критические значения для N=12: 0,58 при p=0,05 и 0,73 при p=0,01. Так как коэффициент корреляции Спирмена равный 0,60 больше 0,58, следовательно, корреляция между X и Y статистически значима.

8. Производится оценка статистической значимости коэффициента Спирмена при помощи t-критерия Стьюдента, рассчитанного по формуле:

$$t = \frac{rs \times \sqrt{N - 2}}{\sqrt{1 - rs^2}}$$

где N – количество испытуемых;

rs – значение коэффициента корреляции рангов Спирмена.

$$t = \frac{0,6 \times \sqrt{12 - 2}}{\sqrt{1 - 0,6^2}} = 2,4$$

Расчётное значение 2,4 сравнивается с табличным значением (приложение Е). Так как расчётное значение t-критерия 2,4 при уровне значимости p=0,05 и числе степеней свободы 12 больше табличного 2,18, следовательно, корреляционная связь между X и Y статистически значима (уровень значимости p<0,05), это значит, что улучшение показателей заболеваемости детей раннего возраста основано на приросте показателей физической подготовленности.

Таким образом, разработанная программа повышения двигательной активности детей раннего возраста в условиях ДОУ «Топотушки» способствовала повышению уровня здоровья детей раннего возраста.

Заключение

Таким образом, в главе 1 были рассмотрены теоретические основы укрепления здоровья детей раннего возраста. Изучение и проведение теоретического анализа психолого-педагогической, методической и медицинской литературы по укреплению здоровья и повышению двигательной активности детей раннего возраста позволило определить основные характеристики здоровья, базовые теоретические основы укрепления здоровья детей, повышение уровня двигательной активности детей раннего возраста в укреплении их здоровья.

В рассматриваемой главе 2 была организована и проведена опытно-экспериментальная работа, которая проходила в 3 этапа: 1 этап – констатирующий эксперимент, 2 этап – формирующий эксперимент, 3 этап – контрольный эксперимент; были отобраны методы и методики исследования, была разработана и реализована программа укрепления здоровья детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности в условиях ДООУ «Топотушки». Итоги педагогического эксперимента доказали эффективность Программы.

Выводы

На основе анализа результатов проведенного исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Изучение теоретических основ укрепления здоровья детей раннего возраста показало, что понятие «здоровье» имеет комплексный характер, является многокомпонентным и многоаспектным явлением; теории созревания и адаптации, высокая восприимчивость детского организма влияниям внешней среды и длительный период детства являются базовыми теоретическими основами укрепления здоровья детей; повышение двигательной активности, как условие в укреплении здоровья детей раннего возраста зависит от оптимального двигательного режима детей, который

включает в себя общеразвивающие упражнения и подвижные игры, достаточную площадь для игр, правильное размещение оборудования и игрушек, новизну игровых и физкультурных пособий.

2. Разработана и реализована программа укрепления здоровья детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности «Топотушки».

Дети, которые составили экспериментальную группу, занимались по Основной образовательной программе МКДОУ и по разработанной программе «Топотушки», цель которой – сохранить и укрепить здоровье детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности в условиях ДОУ.

Цель осуществляется через определение задач, раскрывающих пути достижения цели:

1. Формировать начальные представления детей о здоровом образе жизни.
2. Развивать силовые и координационные способности детей.
3. Развивать крупную и мелкую моторику детей.

Программа содержит ряд мероприятий, которые проводятся дополнительно к Основной образовательной программе МКДОУ для сохранения и укрепления здоровья детей раннего возраста:

- утренняя гимнастика с предметами;
- физкультурные занятия с родителями;
- физкультурные досуги, развлечения;
- подвижные игры;
- прогулки с включением подвижных игровых, физических упражнений;
- гимнастика после дневного сна;
- логоритмические занятия;
- прогулки с включением подвижных игр;
- ходьба в носках по ковру;
- обширное умывание после дневного сна (мытьё рук до локтя);

- ходьба босиком перед сном, ходьба босиком по массажным дорожкам после сна.

3. Определена эффективность программы укрепления здоровья детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности «Топотушки», о чём свидетельствуют данные повторной диагностики и статистики заболеваний.

По физической подготовленности дети контрольной группы улучшили свои показатели в среднем на 9%; дети экспериментальной группы – на 22%, т.е. по физической подготовленности дети экспериментальной группы по сравнению с детьми контрольной группой улучшили свои показатели в среднем на 13%.

Проведённый анализ результатов повторного тестирования и данных шкалы оценок темпов прироста показал, что показатели физической подготовленности детей контрольной группы увеличились за счёт естественного роста и естественной двигательной активности детей, детей экспериментальной группы – за счёт эффективного использования естественных сил природы и физических упражнений.

По заболеваемости дети контрольной группы улучшили свои показатели в среднем на 11,3%; дети экспериментальной группы – на 33%, т.е. по заболеваемости дети экспериментальной группы по сравнению с детьми контрольной группой улучшили свои показатели в среднем на 22%.

Высчитывание коэффициента ранговой корреляции Спирмена показало, что полученное значение коэффициента 0,6 при сравнении с критическим значением при уровне статистической значимости $p=0,05$ и числе степеней свободы 12 ($N=12$) больше 0,58 ($p<0,05$), следовательно, корреляция между здоровьем и двигательной активностью статистически значима.

Высчитывание t-критерия Стьюдента показало, что расчётное значение t-критерия 2,4 при уровне значимости $p=0,05$ и числе степеней свободы 12

больше табличного 2,18 ($p < 0,05$), следовательно, корреляционная связь между здоровьем и двигательной активностью статистически значима.

Использование коэффициента ранговой корреляции Спирмена ($p < 0,05$) для выявления и оценки тесноты связи между здоровьем и двигательной активностью детей раннего возраста экспериментальной группы и t-критерия Стьюдента ($p < 0,05$) для оценки статистической значимости коэффициента Спирмена позволили сделать вывод, что улучшение показателей заболеваемости детей раннего возраста основано на приросте показателей физической подготовленности.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтвердили гипотезу исследования, что повышение уровня здоровья детей раннего возраста будет эффективным, если будет разработана программа укрепления здоровья детей на основе повышения их двигательной активности в условиях ДОО и созданы необходимые условия для её реализации.

Список использованных источников

1. *Амосов Н.М.* Раздумья о здоровье. 2-е изд. М.: Молодая гвардия, 1979.
2. *Анохин П.К.* Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975. 477 с.
3. *Анохин П.К.* Узловые вопросы теории функциональной системы. М.: Наука, 1980. 197 с.
4. *Бабунова Т.М.* Дошкольная педагогика: учеб. пособие / Т.М.Бабунова. М.: ТЦ Сфера, 2007.
5. *Бароненко В.А., Рапопорт Л.А.* Здоровье и физическая культура студента. М.: Альфа-М, 2003. 418 с.
6. *Богина Т.Л.* Охрана здоровья детей в дошкольных учреждениях: метод. пособие. М.: Мозаика-Синтез, 2005. 112 с.
7. *Брехман И.И.* Валеология — наука о здоровье. 2-е изд., доп., перераб. М.: Физкультура и спорт, 1990. 208 с.
8. *Воротилкина И.М.* Организация двигательной активности дошкольников // Дошкольное воспитание. 1998. N 6.
9. *Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А.* Адаптационные реакции и резистентность организма. Ростов-на-Дону: Ростовский ун-т, 1977. 109 с.
10. *Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А.* Адаптационные реакции и резистентность организма. 2-е изд., доп. Ростов-на-Дону: Ростовский ун-т, 1979. 128 с.
11. *Гигиена с основами экологии человека: учебник – Архангельский В.И. и др. / под ред. П.И.Мельниченко, 2010. 752 с.: ил.*
12. *Голубева Л.Г.* Проблемы физического воспитания детей раннего возраста в дошкольных образовательных учреждениях на современном этапе // Здоровье и физическое развитие в дошкольном образовательном учреждении: проблемы и пути оптимизации. Материалы Всероссийского совещания. М.: Гном, 2001.

13. *Доскин В.А.* Растем здоровыми: пособие для воспитателей, родителей и инструкторов физкультуры / В.А.Доскин, Л.Г.Голубева. 2-е изд. М.: Просвещение, 2003. 110 с.: ил.
14. *Дубинин Н.П.* Генетика и человек. М.: Просвещение, 1978. 144 с.
15. *Запорожченко В.Г.* Образ жизни и вредные привычки. М.: Медицина, 1984.
16. *Здоровье и образ жизни студентов* [Текст]: учеб. пособие / Д.Н.Давиденко, А.П.Шкляренко; СПбГПУ, ВолГУ, Межвуз. центр по физ. культуре, каф. физ. воспитания и оздоров. технологий. Волгоград: Изд-во Вол-ГУ, 2006. 132 с.
17. *Коган О.Н.* Эффективность физкультурных занятий игровой направленности в специализированном дошкольном образовательном учреждении: автореф. дис. канд. пед. наук. Челябинск: УралГАФК, 2000. 22 с.
18. *Кузнецов М.Н.* Здоровье ищем в движениях // Социальная технология научно-практической школы им. Ю.Ф. Змановского: Здоровый дошкольник / авторы-составители: Ю.Е. Антонов, М.М.Кузнецова, Е.И.Пронина. М.: АРКТИ, 2001.
19. *Кузнецова М.Н.* Система комплексных мероприятий по оздоровлению детей в дошкольных образовательных учреждениях: пособие для медработников и воспитателей. 2-е изд., испр. и доп. М.: АРКТИ, 2003. 64 с.
20. *Кучма В.Р.* Гигиена детей и подростков: учебник для вузов. 2007. 480 с.
21. *Логвина Т.* Физкультура – для здоровья // Пралеска. 2006. N 12. С. 28-30.
22. *Микадзе Ю.В.* Нейропсихология детского возраста: учеб. пособие. СПб.: Питер, 2008. 288 с.
23. *Общественное здоровье: учебник* / Ю.П.Лисицын. 2-е изд. 2010. 512 с.

24. *Оценка физического и нервно-психического развития детей раннего и дошкольного возраста* / сост. Н.А.Ноткина, Л.И.Казьмина, Н.И. Бойнович. СПб.: Акцидент, 1995. 36 с.
25. *Психология здоровья: учебник для вузов* / под ред. Г.С.Никифорова. СПб. Пи-тер, 2006. 607 с.: ил.
26. *Социальная гигиена и организация здравоохранения: учеб. руководство* / под ред. Ю.П.Лисицына. Казань, 2004. 331 с.
27. *Степаненкова Э.Я.* Теория и методика физического воспитания и развития ребенка. М.: Академия, 2001. 368 с.
28. *Студеникин М.Я.* Книга о здоровье детей. М.: Медицина, 1986. 240с.
29. *Сухарев А.Г.* Классификация детей и подростков // Гигиена и санитария, 1978. N 5
30. *Усаков В.И.* Педагогический контроль в физическом воспитании дошкольников: учеб. пособие / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2011. 84 с.
31. *Усаков В.И.* Первые шаги к физическому совершенству: книга для воспитателей, гувернеров, родителей. Красноярск: Изд-во КГПИ, 1993. 96 с.
32. *Физическое воспитание детей раннего и дошкольного возраста* / Г.П.Юрко, В.П.Спирина, Р.С. Сорокин, З.С. Уварова. – М.: Медицина, 1978. 248 с.
33. *Физическая культура: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, 2-е изд., перераб.* / под ред. В.Д. Дашинорбоева. Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2007. 229 с.
34. *Фролькис В.В.* Регулирование, приспособление и старение.- Л.: Наука, 1970. – 431 с.
35. *Хрестоматия по педагогической психологии: учебное пособие для студентов: сост. и вступ. очерки А.Красило и А.Новгородцевой.* М.: Международная педагогическая академия, 1995. 416 с.

36. *Чурилова Т.М., Леденева Ю.Е., Топчий М.В.* Дифференциальная и возрастная психофизиология: учебное пособие. Северо-Кавказский социальный институт, 2004. 219 с.

37. *Шебеко В.Н., Шишкина В.А., Ермак Н.И.* Методика физического воспитания в дошкольных учреждениях. Лен.: Университетское, 1998. 184с.

38. *Шишкина В.А., Дедулевич Н.И.* Здоровый малыш: Система физкультурно-оздоровительной работы с детьми второго-третьего года жизни: пособие для педагогов дошк. учреждений. Лен.: 2000. 176с.

39. *Шишкина В.А.* Движение + движения. М.: Просвещение, 1992. 96с.

ПРОТОКОЛ

тестирования детей контрольной группы до начала эксперимента

№ п/п	Имя, фамилия ребенка	Пол	Тесты и их оценки				Средний балл
			№1	№2	№3	№4	
1	А. Т.	м	3	3	3	3	3
2	Д. Л.	м	4	5	4	4	4,3
3	И. Г.	м	2	3	0	2	1,8
4	М. С.	м	4	4	3	3	3,5
5	Р. К.	м	4	3	4	3	3,5
6	Т. Х.	м	2	3	2	3	2,5
Средний балл по группе мальчиков			3,2	3,5	2,7	3	3.1
1	А. А.	д	3	3	2	3	2,7
2	В. П.	д	4	4	4	4	4
3	П. А.	д	4	4	2	3	3,2
4	П. П.	д	4	5	2	4	3,7
5	С. Х.	д	3	3	2	3	2,7
6	С. Ф.	д	3	4	3	4	3,5
Средний балл по группе девочек			3,5	3,8	2,5	3,5	3,3
Средний балл по группе м, д			3,3	3,6	2,6	3,2	3,2

ПРОТОКОЛ

тестирования детей экспериментальной группы до начала эксперимента

№ п/п	Имя, фамилия ребенка	Пол	Тесты и их оценки				Средний балл
			№1	№2	№3	№4	
1	В. К.	м	4	4	3	3	3,5
2	Г. Д.	м	4	5	4	4	4,2
3	Д. Ш.	м	3	4	2	4	3,2
4	Д. А.	м	3	3	2	2	2,5
5	И. В.	м	3	4	3	3	3,2
6	Э. К.	м	2	3	2	2	2,2
Средний балл по группе мальчиков			3,2	3,8	2,7	3	3,1
1	В. Д.	д	4	4	3	3	3,5
2	В. И.	д	4	4	4	4	4
3	М. К.	д	3	4	2	3	3
4	Н. Г.	д	4	4	3	4	3,7
5	П. П.	д	3	3	2	3	2,7
6	С. Ш.	д	3	3	2	3	2,7
Средний балл по группе девочек			3,5	3,7	2,7	3,3	3,3
Средний балл по группе м, д			3,3	3,7	2,7	3,1	3,2

ПРОТОКОЛ

тестирования детей контрольной группы после эксперимента

№ п/п	Имя, фамилия ребенка	Пол	Тесты и их оценки				Средний балл
			№1	№2	№3	№4	
1	А. Т.	м	3	4	3	4	3,5
2	Д. Л.	м	4	5	4	4	4,3
3	И. Г.	м	2	3	2	3	2,5
4	М. С.	м	4	4	3	3	3,5
5	Р. К.	м	4	4	4	3	3,7
6	Т. Х.	м	3	3	2	3	2,7
Средний балл по группе мальчиков			3,3	3,8	3	3,3	3,4
1	А. А.	д	3	4	2 3	3 4	3,5
2	В. П.	д	4	4	4	4	4
3	П. А.	д	4	4	2 3	3	3,5
4	П. П.	д	4	5	2 3	4	4
5	С. Х.	д	3	4	2	3	3
6	С. Ф.	д	4	4	3	4	3,7
Средний балл по группе девочек			3,7	4,2	3	3,7	3,6
Средний балл по группе м, д			3,5	4	3	3,5	3,5

ПРОТОКОЛ

тестирования детей экспериментальной группы после эксперимента

№ п/п	Имя, фамилия ребенка	Пол	Тесты и их оценки				Средний балл
			№1	№2	№3	№4	
1	В. К.	м	5	5	4	4	4,5
2	Г. Д.	м	5	5	4	5	4,7
3	Д. Ш.	м	4	5	3	4	4
4	Д. А.	м	3	5	4	3	3,7
5	И. В.	м	4	5	4	4	4,2
6	Э. К.	м	4	4	4	4	4
Средний балл по группе мальчиков			4,3	4,8	3,8	4	4,2
1	В. Д.	д	5	5	4	4	4,5
2	В. И.	д	5	5	5	5	5
3	М. К.	д	4	5	3	4	4
4	Н. Г.	д	5	5	4	4	4,5
5	П. П.	д	5	5	4	4	4,5
6	С. Ш.	д	4	5	4	4	4,2
Средний балл по группе девочек			4,7	5	4	4,2	4,4
Средний балл по группе м, д			4,5	4,9	3,9	4,1	4,3

Критические значения коэффициента корреляции рангов Спирмена

N	p		N	p		N	p	
	0,05	0,01		0,05	0,01		0,05	0,01
5	0,94	-	17	0,48	0,62	29	0,37	0,48
6	0,85	-	18	0,47	0,60	30	0,36	0,47
7	0,78	0,94	19	0,46	0,58	31	0,36	0,46
8	0,72	0,88	20	0,45	0,57	32	0,36	0,45
9	0,68	0,83	21	0,44	0,56	33	0,34	0,45
10	0,64	0,79	22	0,43	0,54	34	0,34	0,44
11	0,61	0,76	23	0,42	0,53	35	0,33	0,43
12	0,58	0,73	24	0,41	0,52	36	0,33	0,43
13	0,56	0,70	25	0,39	0,51	37	0,33	0,43
14	0,54	0,68	26	0,39	0,50	38	0,32	0,41
15	0,52	0,66	27	0,38	0,49	39	0,32	0,41
16	0,50	0,64	28	0,38	0,48	40	0,31	0,40

Критические значения t-критерия Стьюдента
при различных уровнях значимости p

Число степеней свободы К	p		Число степеней свободы К	p	
	0,05	0,01		0,05	0,01
1	12,71	63,66	18	2,10	2,88
2	4,30	9,92	19	2,09	2,86
3	3,18	5,84	20	2,09	2,85
4	2,78	4,60	21	2,08	2,83
5	2,57	4,03	22	2,07	2,82
6	2,45	3,71	23	2,07	2,81
7	2,37	3,50	24	2,06	2,80
8	2,31	3,36	25	2,06	2,79
9	2,26	3,25	26	2,06	2,78
10	2,23	3,17	27	2,05	2,77
11	2,20	3,11	28	2,05	2,76
12	2,18	3,05	29	2,05	2,76
13	2,16	3,01	30	2,04	2,75
14	2,14	2,98	40	2,02	2,70
15	2,13	2,95	60	2,00	2,66
16	2,12	2,92	120	1,98	2,62
17	2,11	2,90	∞	1,96	2,58

Отзыв

научного руководителя Усакова В.И. на ВКР Ю.В. Макавеевой на тему «Укрепление здоровья детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности»

Выпускная квалификационная работа Макавеевой Ю.В. выполнена на актуальную тему. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы.

Во введении, в соответствии с Положением о ВКР бакалавра, присутствуют все основные методологические структурные элементы работы: актуальность, цель, задачи, объект, предмет, гипотеза, методологические основы.

В первой главе раскрываются теоретические основы изучаемого объекта, приводится критический анализ изученных первоисточников.

Вторая глава посвящена опытно-экспериментальной работе, отражающей умение автора проводить эксперимент, получать научные результаты, анализировать их и делать выводы.

В списке использованной литературы приведены источники, отражающие основную суть представленной работы.

Работа автором выполнена самостоятельно.

Научный руководитель
Д.п.н., профессор кафедры педагогики детства
КГПУ им. В.П. Астафьева



В.И.Усаков

08.06.16.

Папки   5

Корневая папка

Документы (5)  Проверить документ Проверить текст

Поиск

Имя документа

Дата

Оригинальность

 для проверки нового документа переместите его в это поле или просто кликните здесь

Формат документов: pdf, txt, html, htm, docx, doc, rtf, odt, odf
Формат архивов: 7z, tar, gz, bz2, rar, zip
Максимальный размер: 20 МБ

ВКР Укрепление здоровья детей раннего возраста на основе повышения их двигательной активности.docx (подробнее)

27.06.2016
16:32:17

71.92%  

Гриверс Андрей