

ОСОБЛИВОСТІ РУХОВОГО СТАТУСУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ КАТЕГОРІЇ «ПРАКТИЧНО ЗДОРОВІ»

У статті досліджується проблема обстеження дітей, що належать до категорії «практично здорові». У відповідності з певними компонентами була розроблена і підібрана діагностична методика визначення рівня фізичної підготовленості та особливостей м'язового тону у дітей дошкільного віку. Використання даної методики дозволило сформуванню шкали оцінювання рівня фізичної підготовленості в залежності від статевих ознак і вікової періодизації, а також визначити особливості стану м'язового тону у вищезазначеної категорії дітей.

Ключові слова: діагностика, діти дошкільного віку.

Проблема погіршення здоров'я дітей стає пріоритетною національною проблемою. Від стану здоров'я дітей багато в чому залежить благополуччя суспільства [6, 10]. В останнє десятиріччя у всьому Світі намітилася тенденція до погіршення здоров'я дитячого населення. Екологічні проблеми, різні негативні побутові фактори, хімічні добавки в продуктах харчування, неякісна вода, накопичування роздратування в суспільстві, пов'язані з незадовільним економічним становищем, – лише деякі фактори, що агресивно впливають на здоров'я дошкільника [11].

У наш час в силу різних причин збільшується кількість фізіологічно незрілих до моменту народження дітей, а також дітей з неврологічною симптоматикою. Вчені різних спеціальностей виявили високу частоту травматизації дітей в процесі пологів. У зв'язку з цим зростає кількість дітей-інвалідів, дітей з порушеннями опорно-рухового апарату [5, 9, 13]. У деяких випадках компенсаторні механізми дозволяють нівелювати наявні відхилення у розвитку, однак це відбувається рідко.

Існують грубі порушення в руховій сфері дітей. Однак найчастіше порушення опорно-рухового апарату носять стертий, завуальований характер. Якщо в першому випадку мова йде про дітей з особливостями, дітях-інвалідах, то в другому – про дітей, що належать до категорії «здорових», кількість яких значно більше, тому вони заслуговують особливої уваги. У дітей, що належать до категорії «здорові», можуть спостерігатися різні відхилення постави, рекурвація в ліктьових або колінних суглобах, порушення ступень та інше [9]. У свою чергу, це вказує на порушення м'язового тону в тій чи іншій біоланці тіла. Основним проблемним моментом у даному випадку є несвоєчасна або неякісна діагностика рухового статусу дітей [3, 4].

Удосконалення фізичного виховання дітей дошкільного віку набуло особливої значущості у зв'язку з модернізацією освіти в нашій країні. Період дошкільного дитинства – найбільш важливий у становленні рухових функцій дитини, особливо його фізичних якостей. Саме в дитячому віці формуються життєво важливі базові, локомоторні навички та вміння, створюється фундамент рухового досвіду, освоюється абетка руху, з елементів якої згодом формується вся рухова діяльність людини. Тому необхідна система контролю фізичного розвитку, фізич-

ної підготовленості і працездатності дітей [2, 6, 11, 12].

Вищевикладене свідчить про необхідність розробки єдиної методики обстеження фізичного стану дошкільнят, що включає комплекс доступних інформативних тестів і способів оцінки, які дозволять отримати достовірні результати контролю. Разом з тим потрібен облік регіональних стандартів фізичного стану дітей як критерію організації фізкультурно-оздоровчої системи в дитячих дошкільних установах, контролю виконання програмних вимог з фізичного виховання.

Одним з основних критеріїв здоров'я є фізичний розвиток, який характеризується інтенсифікацією ростових процесів та їх уповільненням, настанням статевої зрілості і формуванням дефінітивного розміру тіла, тісно пов'язаний з адаптаційним резервом дитячого організму, що витрачається на досить тривалому відрізку онтогенезу [1]. Фізичний розвиток дітей підкоряється біологічним законам та визначає загальні закономірності росту і розвитку організму.

Аналізуючи та узагальнюючи дані літературних джерел, можна сказати, що існують різні підходи до оцінки розвитку дитини, пов'язані з розвитком яких-небудь функцій організму. Однак, незважаючи на ці відмінності дошкільнят, пріоритетними є діагностика та оцінювання фізичної підготовленості.

При цьому виявляється ряд недоліків у процесі діагностики дітей даної вікової категорії:

1) складність розуміння дітьми установок рухового тестування, що спотворює отримані результати у молодших дошкільнят та дітей з обмеженнями в розвитку і в комунікативній сфері;

2) переважання дослідження рівня розвитку рухових якостей нижніх кінцівок при недостатньому тестуванні верхніх;

3) принцип оцінки, який базується на визначенні середніх значень і стандартних відхилень, що враховують тип розподілу;

4) відсутність ігрового методу як основного в дошкільному дитинстві, що значно знижує мотивацію і, відповідно, результативність;

5) відсутність фізіологічно обґрунтованих критеріїв оцінки рівня розвитку рухових якостей, що не дозволяє адекватно в єдиній шкалі оцінок охарактеризувати стан фізичної підготовленості при масових обстеженнях.

Виходячи з цього, виникає потреба в експресній методиці обстеження рухового статусу дітей дошкільного віку, простій у використанні, швидкої в обробці отриманих даних, що не вимагає великих матеріальних витрат, яка могла б використовуватися методистами ЛФК, інструкторами фізичної культури, фахівцями-дефектологами. Тим більше, що від правильної діагностики залежить підбір засобів корекції та ефективність проведеної роботи.

Завдання, які ми ставили перед собою:

- визначити особливості фізичної підготовленості дітей дошкільного віку;
- виявити вікові та статеві відмінності у дітей дошкільного віку;
- визначити особливості м'язового тонуру дітей категорії «практично здорові».

Під час організації експерименту були використані тести, запропоновані М.М. Єфименко [4], які мають бути доступними, інформативними, надійними, універсальними, експресними під час проведення діагностики фізичної підготовленості дітей дошкільного віку незалежно від стану здоров'я і не вимагають великих матеріальних витрат. Весь комплекс тестів розділений на дві групи відповідно до основних складових рухового статусу дитини:

- 1 – група рухових тестів, що дозволяє визначити рівень розвитку рухових якостей дитини;
- 2 – група тонічних тестів, що дозволяє виявити особливості м'язового тонуру в різних біоланках тіла.

Дослідження рухових якостей і особливостей м'язового тонуру дитини проводилося з використанням принципу від «голови до п'ят», тобто зверху вниз. Методи організації дітей під час тестування наступні: груповий, малогруповий або індивідуальний. Основним методом проведення діагностики дітей (дитини) був ігровий. Кожен тест виглядав як міні-гра, де створювалися умови підвищеної мотивації у вигляді ігрової атмосфери, що дозволяє

досягти рівня максимальної реалізації можливостей в досягненні найбільш високого результату під час виконання певної рухової дії (тесту).

Умови проведення діагностики були ідентичними: за часом року (осінь та весна); за використанням одного і того ж приміщення (зал з фізичного виховання); за ігровою та навколишньою обстановкою, відповідних тесту; за часом і протяжністю проведення (перша половина дня, протягом 30-45 хвилин) залежно від вікової категорії дітей; в якості асистента інструктора з фізичного виховання (дослідника) виступав вихователь даної вікової групи. Обов'язковою умовою під час проведення діагностики було присутність і участь медичного працівника.

Під час виконання рухових тестів завдання педагога полягає в тому, щоб стежити за чіткістю і правильністю виконання тесту дитиною після звукової команди.

В основу критеріїв оцінки покладено кілька характеристик, які враховують показники в залежності від досліджуваної рухової якості. Визначення особливостей формування рухових якостей дітей дошкільного віку дозволило розробити шкалу оцінки. Отримані результати реєструються у відповідному протоколі, після чого рухові якості оцінюються відповідно до розробленої нами шкали:

- нормальна (задовільна) оцінка розвитку рухової якості;
- гарна оцінка розвитку рухової якості;
- відмінна оцінка розвитку рухової якості;
- незадовільна оцінка розвитку рухової якості;
- абсолютно незадовільна оцінка розвитку рухової якості.

На основі отриманих даних вибудовується профіль розвитку рухових якостей [8].

Для досягнення поставленої мети були обстежені 237 практично здорових дошкільників у віці від 3 до 7,5 років, з них 120 – хлопчиків, 117 – дівчаток (табл. 1).

Таблиця 1.

Структура обстеженого контингенту дітей

Вік, років	Хлопчики	Дівчатка
3-3,5	13	17
3,5-4	27	26
4-4,5	12	14
4,5- 5	18	17
5-5,5	16	14
5,5-6,5	13	13
6,5-7,5	12	12

Досліджувалися наступні рухові якості: абсолютна сила м'язів руки, швидкісно-силові здібності рук, силова витривалість м'язів плечового поясу і рук, рівень розвитку пальцевої координації, швидкість руки, швидкісно-силові якості м'язів тазового поясу і ніг, функція статичної рівноваги. Враховуючи критерії оцінки, були отримані дані нормативних показників тієї чи іншої рухової якості в різних вікових групах, які представлені в таблиці 2.

Як видно з наведеної таблиці, можна відзначити, що якщо у віці 3-3,5 років абсолютна сила не відрізняється між хлопчиками і дівчатками (нормативні значення у дівчаток – 3,4-6,4 кг, у хлопчиків – 3,2-6,4 кг), то у віковій категорії з 3,5-4 років вже з'являється превалювання у хлопчиків (нормативні значення у дівчаток – 2,8-6,2 кг, у хлопчиків – 4,8-7,6 кг). Виняток склала вікова категорія 5-5,5 років, де показники абсолютної сили у дівчаток вище, ніж у хлопчиків (нормативні значення у дівчаток – 9,4 кг, у хлопчиків – 8,4 кг). У віковій категорії 5,5-6,5 років показники абсолютної сили м'язів руки вище у хлопчиків (12,4 кг), ніж у дівчаток (11,4 кг).

Таблиця 2.

Показники вікових нормативів розвитку рухових якостей

Вік, років	Стать	Рухові тести						
		«Сильна рука», кг	«Артилерист», см	«Висить груша», с.	«Пірамідка», с.	«Курча», кол-во раз	«Кенгуру» см	«Журавлик», с.
3-3,5	х	3,2-6,4	59-91	11-34	13-20	15-20	25-59	1-2
	д	3,4-6,4	86-109	11-24	13-21	16-18	32-63	1-2
3,5-4	х	4,8-7,6	97-120	12-30	11-14	19-24	44-78	2-3
	д	2,8-6,2	98-128	19-29	10-13	17-24	52-77	3-4
4-4,5	х	6,2-8,4	109-146	21-28	10-12	19-26	56-87	3-4
	д	4,6-8,4	123-134	23-34	9-10	21-30	68-86	3-5
4,5-5	х	7,4-10,4	113-151	24-36	9-10	24-32	77-103	4-5
	д	7,6-9,4	138-157	23-53	8-9	23-33	80-103	5-9
5-5,5	х	6,2-8,4	123-164	27-65	8-9	24-34	92-108	4-6
	д	6,6-9,4	143-163	28-58	8-9	24-33	93-105	5-6
5,5-6,5	х	10,6-12,4	153-200	46-80	7	30-40	91-121	4-9
	д	7,6-11,4	159-207	25-83	7-8	29-34	103-112	9-14

Швидкісно-силові здібності рук у дівчаток у віці 3-3,5 років суттєво краще розвинені, ніж у хлопчиків (нормативні значення у дівчаток – 86-109 см, у хлопчиків – 59-91 см). Це спостерігається і в інші вікові періоди. Виняток становить вікова категорія 4-4,5 року, де верхня межа нормативів у хлопчиків вище, ніж у дівчаток (нормативні значення у хлопчиків – 146 см, у дівчаток – 134 см).

У силовій витривалості показники у дівчаток вище, ніж у хлопчиків у всіх вікових періодах за винятком 3-3,5 року (нормативні значення у хлопчиків – 34 сек., у дівчаток – 24 сек.) і у віці 5-5,5 років (нормативні значення у хлопчиків – 65 сек., у дівчаток – 58 сек.).

Показники розвитку пальцевої координації істотної різниці не мали між хлопчиками і дівчатками в усі вікові періоди.

Різниця між хлопчиками і дівчатками в показниках швидкості руки визначається лише у віці 5,5-6 років, де вікові нормативи превалюють у хлопчиків (нормативні значення у хлопчиків – 40 рухів за 10 сек., у дівчаток – 34 рухів).

У швидкісно-силових якостей нижніх кінцівок у віці 3-3,5 року показники у дівчаток вище, ніж у хлопчиків (нормативні значення у дівчаток – 63 см, у хлопчиків – 59 см). Надалі спостерігається вирівнювання результатів з превалюванням у хлопчиків у віці 5,5-6 років (нормативні значення у хлопчиків – 121 см, у дівчаток – 112 см).

Статична рівновага краще розвинена у дівчаток, ніж у хлопчиків, що особливо виражено у вікові періоди 4,5-5 років (нормативні значення у дівчаток – 9 сек., у хлопчиків – 5 сек.) і 5,5-6 років (нормативні значення у дівчаток – 14 сек., у хлопчиків – 9 сек.).

Розроблені діапазони оцінки фізичної підготовленості дітей дозволяють визначити не тільки найбільшу зустрічальність результатів тестування, а й охарактеризувати відмінності у розвитку даних рухових якостей хлопчиків і дівчаток, а також простежити динаміку розвитку у

відповідності з певними віковими категоріями. Особливість даного підходу полягає в простежуванні взаємозв'язку індивідуального розвитку фізичної підготовленості у дитини щодо її статі і певного вікового періоду.

Дані нормативної таблиці дозволяють об'єктивно оцінити рівень розвитку фізичної підготовленості дітей, які відвідують дитячі організовані колективи.

У результаті аналізу даних, представлених в таблиці 2, простежується чітка відмінність у розвитку показників фізичної підготовленості між хлопчиками і дівчатками, а також вікова періодизація розвитку вищевказаних рухових якостей.

Розробка нормативних показників рівня розвитку рухових якостей у дітей дошкільного віку за умов поділу за статевою ознакою і певною віковою категорією сприяє об'єктивізації та диференціації процесу фізичного виховання з урахуванням психофізичних особливостей дитини, яка відвідує дошкільний заклад.

Поряд з цим був досліджений м'язовий тонус для отримання більш повної картини щодо особливостей рухового статусу практично здорових дітей дошкільного віку. По черзі досліджувався тонус м'язів: шиї, верхніх кінцівок, грудей, живота, спини і нижніх кінцівок. В основну виявлення особливостей м'язового тонуся покладено кілька характеристик, що враховують амплітуду пасивних рухів, яка досліджується з використанням кутоміра; ступінь опору розтягування, а також пружність м'язи в спокійному стані. Створення ігрової атмосфери відволікає дитину від дій з боку дослідника, що згладжує хворобливі відчуття в деяких випадках (наприклад, при обмеженості пасивних рухів внаслідок спазмування м'язів або дисплазії суглобів).

Отримані результати ресструвалися у відповідному протоколі, після чого м'язовий тонус кожної біоланки тіла оцінювався відповідно до розробленої нами шкали:

- норма – нормальний тонус м'язів (нормотонус);

- незначні порушення м'язового тону (по гіпер- або гіпотипу);
- помірні порушення м'язового тону (по гіпер- або гіпотипу);
- виражені порушення м'язового тону (по гіпер- або гіпотипу). В основу критеріїв оцінки покладено кілька характеристик, які враховують показники в залежності від досліджуваної частини тіла. На основі отриманих даних вибудовується профіль особливостей тону м'язів [7].

Аналізуючи дані, представлені в таблиці 3, можна констатувати факт особливостей переважання підвищеного м'язового тону у практично здорових дітей. При

цьому відмінності між хлопчиками і дівчатками не мають суттєвої різниці протягом всього дошкільного віку. Проте варто зауважити, що в процесі дорослішання зміщення показників в область норми в більшості випадків відбувається у дівчаток порівняно з хлопчиками, що особливо виражено в м'язах згиначів і розгиначів в гомілковостопних суглобах (вік 5,5-6,5 років). Крім того, спостерігаються загальні тенденції до зниження тону м'язів згиначів і, відповідно, підвищення тону м'язів розгиначів як у верхніх, так і в нижніх кінцівках.

Таблиця 3.

Особливості м'язового тону у дітей дошкільного віку
(*M* – середній показник, *m* – стандартна помилка; в балах)

		3,5-4	4-4,5	4,5-5	5-5,5	5,5-6,5
		<i>M</i> ± <i>m</i>	<i>M</i> ± <i>m</i>	<i>M</i> ± <i>m</i>	<i>M</i> ± <i>m</i>	<i>M</i> ± <i>m</i>
ТМ комірцевої ділянки справа	х	0,77±0,10	0,78±0,17	0,80±0,12	0,73±0,14	0,77±0,17
	д	0,77±0,12	1,05±0,20	0,77±0,13	0,69±0,15	0,63±0,17
ТМ згиначів в ліктьовому суглобі правої руки	х	-0,38±0,14	-0,46±0,22	-0,51±0,14	-0,30±0,14	-0,32±0,17
	д	-0,27±0,15	-0,33±0,24	-0,45±0,15	-0,23±0,14	-0,25±0,15
ТМ розгиначів в ліктьовому суглобі правої руки	х	0,38±0,14	0,46±0,22	0,51±0,14	0,30±0,14	0,32±0,17
	д	0,27±0,15	0,33±0,24	0,45±0,15	0,23±0,14	0,25±0,15
ТМ згиначів в промене-зап'ястковому суглобі правої руки	х	-0,89±0,09	-1,0±0,16	-0,74±0,11	-0,60±0,11	-0,59±0,11
	д	-0,86±0,10	-0,95±0,16	-0,71±0,12	-0,54±0,11	-0,50±0,10
ТМ розгиначів в промене-зап'ястковому суглобі правої руки	х	-0,20±0,15	0±0,25	-0,29±0,16	-0,23±0,16	-0,46±0,16
	д	-0,23±0,16	0±0,27	-0,32±0,16	-0,27±0,16	-0,38±0,15
ТМ грудей	х	0,34±0,10	0,46±0,17	0,20±0,10	0,20±0,11	0,09±0,09
	д	0,32±0,11	0,48±0,19	0,16±0,09	0,15±0,11	0,08±0,08
ТМ живота	х	-0,74±0,14	-0,65±0,17	-0,46±0,12	-0,43±0,12	-0,41±0,14
	д	-0,68±0,14	-0,62±0,19	-0,42±0,12	-0,42±0,13	-0,42±0,13
ТМ верхньої частини спини праворуч	х	-0,34±0,10	-0,46±0,17	-0,20±0,10	-0,20±0,11	-0,09±0,09
	д	-0,32±0,11	-0,48±0,19	-0,16±0,09	-0,15±0,11	-0,08±0,08
ТМ нижньої частини спини праворуч	х	0,50±0,16	0,62±0,23	0,31±0,14	0,33±0,14	0,09±0,09
	д	0,48±0,17	0,62±0,25	0,26±0,13	0,27±0,12	0,13±0,09
ТМ що приводять праве стегно	х	-0,06±0,17	-0,04±0,28	-0,26±0,20	-0,30±0,19	-0,41±0,20
	д	-0,11±0,18	0,05±0,30	-0,36±0,20	-0,46±0,18	-0,46±0,13
ТМ згиначів в колінному суглобі правої ноги	х	-0,49±0,16	-0,27±0,25	-0,66±0,16	-0,70±0,17	-0,86±0,14
	д	-0,52±0,17	-0,24±0,29	-0,71±0,16	-0,77±0,16	-0,88±0,13
ТМ розгиначів в колінному суглобі правої ноги	х	0,49±0,16	0,27±0,25	0,66±0,16	0,70±0,17	0,86±0,14
	д	0,52±0,17	0,24±0,29	0,71±0,16	0,77±0,16	0,88±0,13
ТМ згиначів в гомілковостопному суглобі правої ноги	х	0,47±0,20	0,73±0,22	0,37±0,19	0,37±0,17	-0,05±0,28
	д	0,41±0,21	0,62±0,22	0,23±0,20	0,23±0,19	0±0,26
ТМ розгиначів в гомілковостопному суглобі правої ноги	х	-0,47±0,20	-0,73±0,22	-0,37±0,19	-0,37±0,17	0,05±0,28
	д	-0,41±0,21	-0,62±0,22	-0,23±0,20	-0,23±0,19	0±0,26

Примітка: х – хлопчики, д – дівчатка. Зрушення значень убик <0 свідчить про переважання гіпотону, зрушення значень убик > 0 свідчить про переважання гіпертону.

Поліпшення показників тону м'язів тулуба, яке простежується в старшому дошкільному віці, вказує на формування правильної постави в процесі зростання. На тлі всього цього, гіпертонус шийно-потиличних м'язів зберігається впродовж всього періоду даної вікової категорії (з 3,5 до 6,5 років).

Враховуючи вищесказане, ми приходимо до наступних висновків:

- у дітей категорії «практично здорові» мають місце порушення м'язового тону;

ЛІТЕРАТУРА

1. Борякова Н.Ю. Педагогические системы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии / Н.Ю. Борякова. – М.: АСТ, Астрель, 2008. – 222 с.

2. Вступ в абілітацію та реабілітацію дітей з обмеженнями життєдіяльності: навчальний посібник / під. наук. ред. Шевцова А.Г., заг. ред. Бурлаки В.В. – К.: ГЕРБ, 2007. – 288 с.

3. Гончарова О.А. Система диагностических и корригирующих технологий у детей с последствиями перинатальных поражений ЦНС: автореф. дис. док. мед. наук: спец. 14.00.51 «Восстановительная медицина, лечебная физкультура и спортивная медицина, курортология и физиотерапия» / О.А. Гончарова. – Москва, 2008. – 20 с.

4. Ефименко Н.Н. Методика игрового тестирования двигательного развития и здоровья детей в норме и при патологии: 2-е изд., доп. и перераб. / Н.Н. Ефименко. – Винница: Эдельвейс и К, 2004. – 132с.

5. Жарков П.Л. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника у взрослых и детей / П.Л. Жарков. – М.: Медицина, 1994. – 240 с.

6. З досвіду роботи психолого-медико-педагогічних консультацій України: посібник / упорядники: А.Г. Обухівська, Т.Д. Ілляшенко. – Кам'янець-Подільський: ПП Мшак М.І., 2008. – 208 с.

7. Пат. 67269 Україна, МПК А61В5/00. Спосіб оцін-

- показники розвитку рухових якостей мають виражені відмінності за статевою ознакою, чого в м'язовому тонусі не спостерігається;

- розвиток складових рухового статусу (фізичної підготовленості, м'язового тону) зазнає вікові зміни;

- показники рухового статусу краще у дівчаток, ніж у хлопчиків, що чітко простежується у віковій категорії від 3,5 до 5 років. Надалі спостерігається вирівнювання результатів, особливо в розвитку рухових якостей.

ки м'язового тону у дітей дошкільного віку / Беседа В.В., Романчук О.П., заявники та патентовласники: Беседа Володимир Вікторович, Романчук Олександр Петрович (UA) – № u201109526; заявл. 29.07.2011; опубл. 10.02.2012, Бюл. №3.

8. Пат. 77988 Україна, МПК А61В 5/103. Спосіб оцінки фізичної підготовленості дітей дошкільного віку / Беседа В.В., Романчук О.П., заявники та патентовласники: Беседа Володимир Вікторович, Романчук Олександр Петрович (UA) – № u201207533; заявл. 20.06.2012; опубл. 11.03.2013, Бюл. № 5.

9. Ратнер А.Ю. Родовые повреждения нервной системы / А.Ю. Ратнер. – Изд. Казанского университета, 1985. – 333 с.

10. Тарасова Т.А. Контроль физического состояния детей дошкольного возраста: Методические рекомендации для руководителей и педагогов ДОУ / Тарасова Т.А. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 176с.

11. Шевченко І.М. Оцінка фізичного та психомоторного розвитку дітей / І.М. Шевченко. – Дніпропетровськ, 2010. – 139 с.

12. Campbell S.K. Physical Therapy for children – 4th edition – W.B. Saunders, 2011. – 1104 p.

13. O'Sullivan S.B. Physical rehabilitation / O'Sullivan S.B., Schmitz T.J. / F a Davis Company – 2007. – 1383 p.

REFERENCES

1. Boriakova N. Yu. Pedagogical system of training and education of children with developmental disabilities / N.Yu. Boriakova. – M.: AST, Astrel', 2008. – 222 p.

2. Introduction to abilitation and rehabilitation of children with physical disabilities: Textbook / pid. nauk. red. Shevtsova A.G., edited by Burlak V.V. – K.: GERB, 2007. – 288 p.

3. Honcharova O.A. System of diagnostic and correcting technology of children with perinatal CNS effects: thesis. of dis. doc. med. sciences: special. 14.00.51 "Regenerative medicine, physiotherapy and sports medicine, balneology and physiotherapy" / O.A. Honcharova. - Moscow, 2008. – 20 p.

4. Yefymenko N.N. Game testing methodology motor development and health of children in health and disease: 2nd ed., Ext. and rev. / N.N. Yefymenko. - Vinnitsa: Edelweiss and K. 2004. – 132 p.

5. Zharkov P.L. Osteochondrosis and other degenerative changes of the spine of adults and children / P.L. Zharkov. - M.: Medical, 1994. - 240.

6. From work experience of psycho-medicine-

pedagogical consultations of Ukraine: manual / compilers: A.G. Obuhiv'ska, T.D. Illiashenko. – Kam'yanec'-Podil'sky: PP Moshak M.I., 2008. – 208 p.

7. Pat. 67269 Ukraine, MPK A61V5/00. Method of assessment of muscle tone of preschool children / Byesyeda V.V., Romanchuk O.P. applicants and patent owners: Byesyeda V.V., O. P. Romanchuk (UA) - № u201109526; appl. 29.07.2011; publ. 10.02.2012, Bull. Number 3.

8. Pat. 77988 Ukraine, MPK A61V 5/103. A method of evaluation of physical culture of children of preschool age / Beseda V.V., Romanchuk O.P. applicants and patent owners: Beseda V. V., O. P. Romanchuk (UA) - № u201207533; appl. 20.06.2012; publ. 03.11.2013, Bull. Number 5.

9. Ratner A.Yu. Patrimonial nervous system damage / A.Yu. Ratner. – Ed. of Kazansk university, 1985. – 333 p.

10. Tarasova T.A. Control of physical state of preschool children: methodical recommendations for pedagogues of preschool educational institutions / Tarasova T.A. – M.: TC Sfera, 2005. – 176 p.

11. Shevchenko I.M. Assessment of physical and psychomotor child development / I.M. Shevchenko. – Dnipropetrovs'k, 2010. – 139 p.

12. Campbell S.K. Physical Therapy for children – 4th

edition / S.K. Campbell. – W.B. Saunders, 2011. – 1104 p.

13. O'Sullivan S.B. Physical rehabilitation / O'Sullivan S.B., Schmitz T.J. / F a Davis Company – 2007. – 1383 p.

В. В. Бесєда

ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАТЕГОРИИ «ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫЕ»

В статье исследуется проблема обследования детей, относящихся к категории «практически здоровые». В соответствии с определёнными компонентами была разработана и подобрана диагностическая методика определения уровня физической подготовленности и особенностей мышечного тонуса у детей дошкольного возраста. Использование данной методики позволило сформировать шкалу оценивания уровня физической подготовленности в зависимости от половых признаков и возрастной периодизации, а также определить особенности состояния мышечного тонуса у вышеуказанной категории детей.

Ключевые слова: диагностика, дети дошкольного возраста.

V. V. Biesieda

PARTICULARITIES OF MOTOR STATUS OF PRESCHOOL CHILDREN OF CATEGORY «ALMOST HEALTHY»

The article deals with a problem of examining children classified as «almost healthy». In accordance with certain components a diagnostic technique for determining the level of physical fitness and muscle tone features of preschool children was developed and selected. Application of this technique allowed forming a scale of evaluation of the level of physical fitness, depending on sex characteristics and age, and identifying features of the state of muscle tone in the above mentioned category of children. Special tests by M. M. Iefimenko were used during the experiment. The whole complex of tests was divided into two groups according to the main components of physical status of children. The first group is a complex of move test, which allows determining the level of physical abilities of a child, and the second one is a group of tonic tests, which allows revealing features of muscle tonus in different parts of a child body. The examination of physical abilities and peculiarities of a muscular tonus of a child was performed with help of the technique “from top to toe”, i.e. from top downward. The main method of diagnostics of children was a gaming technique. Each test was like a mini-game, where special conditions of overmotivation were created with help of game atmosphere. Analysis of the findings allowed to state the fact of the prevalence of healthy children's increased muscle tonus. In addition, indicators of development of motor characteristics are different depending on sex and age of examined children. The experiment showed, that girls' motor status indicators are better than boys' ones; especially it is demonstrated in the age group of 3,5 to 5 years old children. Hereafter the results among boys and girls became equal, especially in the development of motor characteristics.

Keywords: diagnostics, pre-school children.

Подано до редакції 05.05.14