

Л.В. Радионова

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ
ТЕХНОЛОГИИ В ДОШКОЛЬНЫХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Учебное пособие



Издательство
Нижевартовского государственного
гуманитарного университета
2011

ББК 74.10я73

Р 15

Печатается по постановлению Редакционно-издательского совета
Нижевартовского государственного гуманитарного университета

Рецензент

доктор педагогических наук, доцент, профессор кафедры педагогики
Московского городского педагогического университета *Е.И. Сухова*

Радионова Л.В.

Р 15 **Здоровьесберегающие технологии в дошкольных образовательных учреждениях:** Учебное пособие. — Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. гуманит. ун-та, 2011. — 124 с.

ISBN 978–5–89988–851–9

В пособии изложены концептуальные основы индивидуального здоровья, факторы, формирующие здоровье, и факторы риска; проведен анализ состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста на современном этапе и его тенденции; описана технология мониторинга состояния здоровья детей в условиях дошкольного учреждения. Большое внимание уделено современным подходам к реализации здоровьесберегающих технологий в системе дошкольного образования, мониторингу и экспертизе здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения, компетентности педагогов в вопросах здоровьесбережения.

Для студентов высших учебных заведений, слушателей курсов повышения квалификации педагогических работников, а также всех занимающихся вопросами охраны и укрепления здоровья детей раннего и дошкольного возраста.

ББК 74.10я73

Изд. лиц. ЛР № 020742. Подписано в печать 22.08.2011

Формат 60×84/16. Бумага для множительных аппаратов

Гарнитура Times. Усл. печ. листов 7,75

Тираж 500 экз. Заказ 1213

Отпечатано в Издательстве

Нижевартовского государственного гуманитарного университета

628615, Тюменская область, г.Нижневартовск, ул.Дзержинского, 11

Тел./факс: (3466) 43-75-73, E-mail: izdatelstvo@nggu.ru

ISBN 978–5–89988–851–9

© Радионова Л.В., 2011

© Издательство НГГУ, 2011

ПРЕДИСЛОВИЕ

Проблема охраны и укрепления здоровья детей, создания оптимальных условий для их роста и развития является актуальной и весьма значимой в последние десятилетия. Здоровье подрастающего поколения определяет здоровье нации в целом, будущее страны, ее научный, культурный и экономический потенциал.

Анализ состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста по данным официальной статистики показывает неуклонный рост функциональных нарушений. Все меньший процент здоровых детей поступает в дошкольные учреждения. Нарастание патологических отклонений у детей наблюдается и к моменту поступления в школу. Научными исследованиями последних лет установлено, что состояние здоровья дошкольников во многом зависит от организации воспитательно-образовательного процесса и от условий образовательного учреждения, в котором они проводят от 9 до 12 часов ежедневно в течение рабочей недели.

Научные работы последних лет Н.К.Смирнова, В.Ф.Базарного, М.М.Безруких, В.И.Ковалько, Г.К.Зайцева, Т.С.Овчинниковой, А.Г.Швецова и др. посвящены теоретическому обоснованию и внедрению в воспитательно-образовательный процесс дошкольных образовательных учреждений здоровьесберегающих технологий. Понятие «здоровьесберегающие технологии» объединяет в себе все направления деятельности учреждения по формированию, сохранению и укреплению здоровья детей.

Реформирование образования предъявляет особые требования к профессиональной подготовке педагогов на современном этапе развития общества, в том числе к специальным знаниям в области охраны и укрепления здоровья детей и подростков. Для осуществления здоровьесберегающей деятельности педагогам необходимо иметь четкие представления о сущности здоровья и здорового образа жизни, которые стали понятиями современного образования. Только компетентностный подход к подготовке специалистов дошкольного образования в области здоровьесбережения позволит сохранить и укрепить здоровье детей раннего и дошкольного возраста в ходе воспитательно-образовательного процесса в дошкольном образовательном учреждении, сформировать у детей

культуру здоровья, убеждения и привычки к здоровому образу жизни.

В основу содержания учебного материала положены принципы научного подхода к понятийному аппарату, интегративности, преемственности в использовании здоровьесберегающих технологий в системе современного дошкольного образования, гуманизма, связи теории и педагогической практики, а также основные положения Концепции ВОЗ «Здоровье для всех в XXI веке».

В настоящем пособии раскрываются концептуальные основы индивидуального здоровья, факторы, формирующие здоровье, и факторы риска; анализируется состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста на современном этапе и прогнозы на будущее; описывается технология мониторинга состояния здоровья детей в условиях дошкольного учреждения; излагается концепция здоровьесберегающей педагогики; рассматриваются современные подходы к реализации здоровьесберегающих технологий в системе дошкольного образования, мониторинг и экспертиза здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения. Уделяется внимание компетентности педагогов дошкольного образования в области здоровьесбережения.

Практические материалы пособия являются результатом многолетней научной, учебно-методической и творческой работы по подготовке студентов ГОУ ВПО «Нижевартовский государственный гуманитарный университет» в области педагогической валеологии, дошкольной педагогики и слушателей курсов повышения квалификации по проблеме здоровьесбережения детей раннего и дошкольного возраста.

Учебное пособие адресовано студентам бакалавриата и магистратуры по направлению «Педагогика», а также слушателям курсов повышения квалификации: руководителям дошкольных образовательных учреждений, методистам, социальным педагогам, организаторам воспитательной работы, воспитателям, инструкторам по физическому воспитанию, педагогам дополнительного образования.

Раздел I

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1.1. Концепция индивидуального здоровья и факторы, его формирующие

Когда нет здоровья, мудрость молчит и не до искусства. Сила спит, богатство бесполезно и разум бессилён.

Герофил¹

Здоровье — величайшая социальная ценность. Хорошее здоровье — основное условие для выполнения человеком его биологических и социальных функций, фундамент самореализации личности. Анализ существующего состояния здоровья населения России, в сравнении со многими странами, свидетельствует о неблагоприятных тенденциях популяционного и индивидуального здоровья, что проявляется в высоком уровне детской и общей смертности, в низкой средней продолжительности жизни, высокой частоте заболеваний, особенно неинфекционными болезнями, в низком качестве жизни. Вследствие этого здоровье является насущной проблемой современного российского общества, которая требует решения не только на уровне здравоохранения, но, прежде всего, на уровне социальной политики государства, регионов, отдельных учреждений и каждого человека.

Что же такое здоровье? «Здоровье» — чрезвычайно широко применяемый термин. Ежедневно мы неоднократно повторяем: «Здравствуй!», «Как твоё здоровье?», «Будьте здоровы!» и т.д. Однако на вопрос «Что такое здоровье?» многие затрудняются ответить. Народная поговорка гласит: если люди не болели бы, то и не знали бы, что такое здоровье. Парадокс состоит в том, что

¹ Герофил (р. ок. 300 до н.э.) — древнегреческий врач, один из основоположников александрийской медицинской школы.

ценность здоровья осознается лишь тогда, когда оно почти или совсем утрачено. Любое состояние здоровья только тогда воспринимается человеком на чувственном уровне, когда оно проявляется через нездоровье — в виде более или менее значительного препятствия для осуществления какой-либо деятельности.

Понятие «здоровье» характеризуется сложностью, многозначностью и неоднородностью состава. В настоящее время среди ученых отсутствуют единство и согласие в трактовке понятия «здоровье». В социально-экономической, философской и медицинской литературе здоровье часто трактуется с разных методологических и теоретических позиций. Остановимся на некоторых понятиях.

В Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) записано: «Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»¹.

В Большой медицинской энциклопедии здоровье определяется как «...такое состояние человеческого организма, при котором функции всех его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения»².

Учитывая биосоциальную сущность человека, Ю.П.Лисицын (1973) рассматривает здоровье человека как гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными механизмами. «Здоровье — это нечто большее, чем отсутствие болезней и повреждений. Это возможность полноценно трудиться, отдыхать, выполнять присущие человеку функции, свободно и радостно жить»³.

Н.М.Амосов в своем труде «Раздумья о здоровье» (1978) пишет, что здоровье — это сумма резервных мощностей основных функциональных систем организма.

Г.И.Царегородцев определяет здоровье как состояние гармоничной саморегуляции и динамичного равновесия с окружающей средой⁴.

¹ ВОЗ: Устав. Женева, 1968. С. 1.

² Большая медицинская энциклопедия. 2-е изд. Т. 10. С. 738.

³ Лисицын Ю.П. О создании общей теории медицины и ее значении для здравоохранения // Здравоохранение РФ. 1985. № 10. С. 3.

⁴ Общество и здоровье человека / Под ред. Г.И.Царегородцева. М., 1973. С. 9.

В.П.Казначеев определяет здоровье человека как процесс сохранения и развития его биологических, физиологических и психологических возможностей, оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни. При этом обращается внимание на необходимость создания таких условий и таких гигиенических систем, которые обеспечивали бы не только сохранение здоровья человека, но и его развитие¹.

С позиции концепции потребностей человека здоровье выступает условием и средством свободного неограниченного развития и поэтому является его объективной потребностью независимо от того, осознается она или нет.

Валеология рассматривает здоровье человека в качестве самостоятельной социально-медицинской категории. При этом здоровье считается более общей категорией в сравнении с болезнью. Предболезнь и болезнь являются частными случаями здоровья, когда уровень его снижен или имеются его дефекты. В этом случае у индивида формируется недостаточность или нарушение функций, которые компенсируются механизмами здоровья.

Таким образом, анализируя различные подходы к определению здоровья, можно сделать вывод, что здоровье — это состояние человека, которое характеризуется рядом признаков:

- нормальной реакцией организма на всех уровнях его организации;
- динамическим равновесием организма в целом и его функций с факторами внешней среды;
- способностью к полноценному выполнению основных социальных функций, к участию в общественно полезном труде;
- способностью организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования (адаптация), поддерживать постоянство своей внутренней среды, обеспечивать нормальную и разностороннюю жизнедеятельность;
- отсутствием болезни, болезненных состояний либо болезненных изменений, т.е. оптимальным функционированием организма при отсутствии признаков заболевания или какого-либо нарушения;

¹ Казначеев В.П. Некоторые проблемы хронических заболеваний // Вестник АМН СССР. 1975. № 10. С. 3.

– полным духовным, физическим, умственным и социальным благополучием, гармоничностью развития физических и духовных сил организма, принципом его единства, саморегулирования и гармонического взаимодействия всех органов.

Указанные основные признаки здоровья, которые наиболее часто встречаются в приведенных определениях, конечно, не исчерпывают всего разнообразия признаков, используемых разными авторами при характеристике сущности понятия здоровья. Имеются признаки, которые содержатся только в одном или нескольких определениях. Но следует иметь в виду, что ни одно определение в отдельности не является исчерпывающим и полным. Поэтому важно рассматривать здоровье как целостное, многокомпонентное понятие.

В последние десятилетия отечественные и зарубежные ученые все чаще склоняются к тому, что здоровье есть динамический процесс, который определяется возрастом, условиями жизни, индивидуальными особенностями человека.

В структуре понятия «здоровье» выделяют три основных компонента: физический (соматический), психический и социальный.

Физическое (соматическое) здоровье — важнейший компонент в структуре здоровья человека. Он обусловлен свойствами организма как сложной биологической системы. К основным показателям физического здоровья относятся: уровень физического развития; уровень физической подготовленности; уровень функционального состояния основных систем организма; уровень и способность к мобилизации адаптационных резервов организма, обеспечивающие его приспособление к воздействию различных факторов среды обитания.

Психическое (духовное) здоровье характеризуется сохранностью психических функций организма человека и предполагает состояние полного душевного равновесия, умение владеть собой, способность быстро приспосабливаться к сложным ситуациям и преодолевать их, в короткое время восстанавливать душевное равновесие. Психическое здоровье основывается на общем душевном комфорте, обеспечивающем адекватную регуляцию поведения. Это состояние зависит от возможностей удовлетворения и биологических, и социальных потребностей. По мнению Р.И.Айзмана, правильное формирование и удовлетворение базовых потребностей

человека составляет основу нормального психического здоровья. К компонентам психического здоровья относят и **нравственное здоровье** — комплекс эмоционально-волевых и мотивационно-потребностных свойств личности, система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе. Нравственное здоровье определяет духовность человека.

Социальное здоровье связано с влиянием на личность других людей, общества в целом и зависит от места и роли человека в межличностных отношениях, от нравственного здоровья социума. Уровень социального здоровья определяет меру трудоспособности и социальной активности индивида, деятельное отношение к миру. Социальная составляющая здоровья обусловлена влиянием родителей, друзей, одноклассников в школе, сокурсников в вузе, коллег по работе, соседей по дому и т.п. Социальное здоровье отражает социальную политику государства, социальные связи, ресурсы, межличностные контакты.

Различие между психическим и социальным здоровьем условно: психические свойства и качества личности не существуют вне системы общественных отношений. Люди со здоровой психикой чувствуют себя достаточно уверенно и благополучно в любом обществе. В здоровом обществе, как правило, формируются здоровые личности. Недостатки воспитания и неблагоприятные влияния окружающей среды могут вызвать деградацию личности. Личность с развитым сознанием и самосознанием может противостоять воздействию внешних условий, бороться с трудностями и оставаться здоровой физически, психически и социально.

Рассматривая понятие «здоровье», следует остановиться на его особенностях у детей. Организм ребенка в силу процессов бурного роста и развития нельзя отождествлять с организмом взрослого человека. Еще в середине XIX в. С.Хотовицкий¹ в первом русском руководстве по детским болезням «Педиятрика» писал: «Ребенок — есть существо, которое растет и развивается только по присущим ему законам. Ребенок — это не уменьшенная копия взрослого».

¹ Степан Хотовицкий (1791—1885) — врач, один из основоположников педиатрии в России, автор первого русского руководства по детским болезням «Педиятрика» (1847).

На современном этапе развития нашего общества детский хирург Ю.Е.Вельтищев рассматривает здоровье ребенка как «состояние жизнедеятельности, соответствующее его биологическому возрасту, гармоническое единство физических и интеллектуальных характеристик, формирование адаптационных и компенсаторных реакций в процессе роста»¹.

Выдающийся отечественный педиатр И.М.Воронцов описывает здоровье ребенка как совокупность свойств его организма и качеств внешнего окружающего воздействия, которые гарантируют последующее оптимальное его развитие, раскрытие всех его положительных свойств личности, таланта и его одаренности, обеспечение высокой физической и интеллектуальной работоспособности на максимально длительные сроки предстоящей жизни².

Таким образом, характеристика здоровья детей более сложна, чем характеристика здоровья взрослых. Она включает в себя уровень их физического, интеллектуального и функционального развития в различные возрастные периоды, физическую и нервно-психическую адаптацию к меняющимся условиям внешней среды, уровень неспецифической резистентности и иммунной защиты. С этих позиций здоровье ребенка следует рассматривать как соответствующее биологическому возрасту состояние жизнедеятельности, гармонического единства физических и интеллектуальных характеристик, обусловленных генетическими и внешне-средовыми факторами, и формирование адаптационно-приспособительных реакций в процессе роста. Широкий диапазон приспособительных реакций свидетельствует о здоровье, ограничение — всегда признак болезни.

Рост и развитие ребенка оцениваются не только его физическими величинами, но и его «включением» в общество. Развитие способности контактировать со сверстниками и взрослыми (социализация), способность воспринимать и усваивать информацию — один из важнейших критериев здоровья ребенка.

¹ Вельтищев Ю.Е. Состояние здоровья детей и общая стратегия профилактики болезней. Лекция № 1. М., 1994. С. 7.

² Воронцов И.М. Ребенка лепит жесткий скульптор — жизнь // Медицинская газета. 1992. № 46.

Важно отметить, что в процессе индивидуального развития меняется вклад каждого из компонентов в целостное здоровье: если в детском возрасте ведущими являются физический (соматический) компонент, психоэмоциональный и интеллектуальный — как части психического, то в зрелом возрасте на первый план выходят духовный и социальный компоненты, которые определяют другие составляющие здоровья.

Представление о здоровье как триединстве физического (соматического), психического и социального компонентов отражает невозможность сохранить и укрепить здоровье, заботясь только о физическом или только о психическом (душевном) благополучии, и подтверждает необходимость комплексного подхода.

Показателями индивидуального здоровья являются: 1) генетические — генотип, отсутствие наследственных дефектов; 2) метаболические — уровень обмена веществ в покое и при нагрузке; 3) морфологические — уровень физического развития, морфологический тип конституции; 4) физиологические — функциональное состояние организма — норма покоя, норма реакции, резервные возможности, функциональный тип конституции; 5) психические — тип высшей нервной деятельности (ВНД) и доминирующего инстинкта, процессы, обеспечивающие развитие мышления, речи, эмоций; 6) социально-духовные — целевые установки на здоровый образ жизни, нравственные ценности, идеалы; трудоспособность, социокультурная активность, способность воспринимать, усваивать и передавать другим поколениям общечеловеческие, государственные и национально-региональные ценности; 7) медицинские — отсутствие признаков болезни.

Нарушение нормальной жизнедеятельности организма, возникшее под действием повреждающих факторов или обусловленное пороками развития, генетическими дефектами, ограничивающими жизнедеятельность и трудоспособность, называется **болезнью**. Гиппократу¹ приписывают слова: «...**болезнь** — это нарушение каких-либо связей человека с природой». К. Маркс так выразил определение болезни: «**Болезнь** — это стесненная в своей свободе жизнь».

¹ Гиппократ — древнегреческий врач, живший в 4—5 в. до н.э. Всю свою продолжительную жизнь посвятил медицине.

Таким образом, болезнь характеризуется снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного. Каждая болезнь является страданием целостного организма, несмотря на локализацию патологического процесса.

По продолжительности течения болезни разделяются на *острые* и *хронические*. Первые продолжаются недолго, а хронические затягиваются на многие месяцы, годы, десятилетия, характеризуются периодами обострения патологического процесса и ремиссии (вне обострения).

Все болезни подразделяются также на *инфекционные* (заразные) и *неинфекционные* (незаразные). Причиной неинфекционных болезней детей может быть недостаточное или неправильное питание (гипотрофия, диспепсия), отсутствие в пище необходимых витаминов (рахит, цинга и др.), физические факторы — сильное охлаждение, перегревание, травмы, отравления и пр. Инфекционные заболевания вызываются болезнетворными (патогенными) микроорганизмами (микробами, вирусами, простейшими, грибами и т.д.).

Переход от здоровья к болезни не является внезапным. Между этими состояниями имеется ряд переходных стадий, которые не вызывают у человека выраженного снижения социально-трудовой активности и субъективной потребности в медицинской помощи. Такое состояние называется *«третьим», «переходным»* или *«предболезнью»*. Оно характеризуется напряжением всех функциональных систем организма, снижением резервных возможностей и повышенным риском развития заболевания. Про человека в переходном состоянии можно сказать, что он «еще не болен, но уже не здоров». Переходное состояние может наблюдаться у человека продолжительное время, под влиянием неблагоприятных факторов переходить в болезнь и наоборот. Ребенок в таком состоянии относится к группе «риска» и требует к себе особого внимания, в первую очередь родителей, а также педагогов и медицинских работников.

Факторы, формирующие здоровье. Содержание категории «здоровье» конкретизируется понятием о факторах здоровья. Они выражаются как явления, обуславливающие состояние биологического, социального и духовного здоровья отдельного человека и (или) групп людей, проживающих на определенных территориях¹.

¹ Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2002.

В 80-е гг. прошлого столетия Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) предприняла попытку ранжировать все факторы в порядке их значимости для здоровья. В результате было выделено более 200 факторов, которые оказывают значительное влияние на современного человека.

Биологические факторы обусловлены состоянием здоровья предшествующих поколений конкретного индивидуума. Здоровье детерминируется, прежде всего, наследственными признаками, от которых зависит биологическое качество будущей жизни. Человек рождается с уже готовой генотипической программой, в пределах которой он с той или иной степенью эффективности может реализоваться в онтогенезе. Действие этого фактора зависит от возраста родителей, состояния здоровья матери, вскармливания ребенка грудным молоком до 6 месяцев. Чтобы прожить долгую, полноценную и дееспособную жизнь, надо родиться от здоровых родителей, получить от них высокую стойкость наследуемого иммунитета к неблагоприятным факторам среды и полноценную организацию морфофункциональных структур.

Природно-климатические факторы обусловлены естественными особенностями природы и климата, существующими на определенной территории проживания людей: температурного режима, химического состава и физических свойств воды, воздуха и почв, благоприятных сезонов для отдыха и другими. Состояние здоровья человека зависит от воздействия на него положительных, способствующих укреплению здоровья факторов, и отрицательных для здоровья факторов, которые могут вызывать заболевания.

Социально-экономические факторы связаны с изменением критериев качества жизни людей. К ним можно отнести: 1) недостатки в социальной и демографической политике страны и регионов; 2) ухудшение питания населения, 3) увеличение количества подростков и молодежи, употребляющих алкоголь, наркотики, токсические вещества и увлекающихся курением; 4) дезорганизация отдыха большей части населения, в том числе детей и подростков; 5) слабая обеспеченность родителей достаточно оплачиваемой работой, полноценным и комфортным жильем; 6) ухудшение психологического климата в семье; 7) проблемы трудоустройства молодежи; 8) низкая культура использования

контрацептивных средств и высокий процент прерывания беременности (абортов) по социальным показаниям.

К **экологическим факторам**, формирующим здоровье человека, можно отнести: 1) сокращение площадей лесной и другой растительности; 2) дефицит минерально-сырьевых и энергетических ресурсов; 3) деградация почвенного покрова; 4) загрязнение воздуха, воды и почвы; 5) техногенные изменения. Интенсивное использование транспортных средств, увеличивающиеся темпы городского строительства, грубые нарушения технологического процесса в промышленности усугубляют экологическое неблагополучие среды обитания человека.

Медицинские факторы отражают ситуацию профилактики и лечения людей. К факторам, неблагоприятно влияющим на здоровье, можно отнести: 1) низкое качество медицинского обслуживания, в том числе детей в организованных коллективах; 2) несвоевременное оказание первой медицинской помощи; 3) недостаток современных лекарственных средств и оборудования; 4) общее недостаточное финансирование здравоохранения; 5) ограничение доступности высококвалифицированной бесплатной медицинской помощи.

Культурологические факторы обусловлены отношением человека и общества к здоровью, а также к организации и использованию способов формирования здорового образа жизни на основе общечеловеческой, национальной и региональной культуры. В качестве признаков этих факторов выступают: 1) осознание себя, собственной жизни и здоровья, а также индивидуального развития как субъекта культуры; 2) признание ценностей жизни и здоровья для семьи, общества и государства; 3) осмысление и использование для сохранения здоровья ценностей, определяющих человеческое бытие — социальное, экономическое, этическое, эмоциональное, познавательное, духовное.

Эксперты ВОЗ и отечественные ученые — специалисты в области социальной гигиены выделили 4 основные группы факторов по сфере влияния их на здоровье и определили их вклад в формирование здоровья человека (табл. 1).

Факторы, влияющие на здоровье (в скобках — данные ВОЗ)

Сфера влияния факторов	Факторы, укрепляющие здоровье	Факторы, ухудшающие здоровье
Генетические 15—20% (20%)	Здоровая наследственность. Отсутствие морфофункциональных предпосылок возникновения заболевания.	Наследственные заболевания и нарушения. Наследственная предрасположенность к заболеваниям.
Состояние окружающей среды 20—25% (20%)	Хорошие бытовые и производственные условия, благоприятные климатические и природные условия, экологически благоприятная среда обитания.	Вредные условия быта и производства, обучения, неблагоприятные климатические условия, нарушение экологической обстановки.
Медицинское обеспечение 10—15% (8%)	Медицинский скрининг, высокий уровень профилактических мероприятий, своевременная и полноценная медицинская помощь.	Отсутствие постоянного медицинского контроля за динамикой здоровья; низкий уровень первичной профилактики; некачественное медицинское обслуживание.
Условия и образ жизни 50—55% (52%)	Рациональная организация жизнедеятельности: оседлый образ жизни, адекватная двигательная активность, рациональное питание, благоприятные условия труда и отдыха, регулярный контроль за своим здоровьем и др.	Отсутствие рационального режима жизнедеятельности, гипо- или гипердинамика, вредные привычки, стрессовые ситуации, злоупотребление лекарственными средствами, низкий культурный и образовательный уровень, низкая медицинская активность и др.

Важно отметить, что в каждом конкретном случае роль того или иного фактора, формирующего здоровье, неодинакова. Перечисленное распределение факторов, влияющих на здоровье, в большей мере относится к взрослым, у детей оно будет иное в зависимости от возраста: чем младше ребенок, тем выше удельный вес биологических и генетических влияний на здоровье детей.

Образ жизни, здоровый образ жизни и его составляющие.

Понятие «здоровье» неотделимо от понятия «образ жизни», ибо в образе жизни человека проявляется его здоровье.

Образ жизни определяется как устойчивый, сложившийся в конкретных общественно-экономических условиях способ жизнедеятельности людей, проявляющийся в их труде, досуге, удовлетворении материальных и духовных потребностей, нормах общения и поведения. Образ жизни предопределяет механизмы адаптации организма человека к условиям окружающей среды, гармоническое взаимодействие всех органов и систем организма, способствующее полноценному выполнению им социальных функций и достижению продолжительной жизни. Образ жизни является также плодом культурного творчества человека и результатом его свободного выбора.

Понятие образа жизни позволяет выявить ценностные ориентации людей, причины их поведения и стиля жизни, обусловленные как укладом, так и уровнем жизни. Образ жизни в современных условиях относится к факторам, непосредственно влияющим на общественное и индивидуальное здоровье.

Здоровый образ жизни рассматривается в научной литературе как наиболее оптимальная система поведения человека в повседневной жизни, позволяющая ему максимально реализовать свои духовные и физические качества для достижения душевного, физического и социального благополучия. Здоровый образ жизни создает наилучшие условия для нормального течения физиологических и психических процессов, что снижает вероятность различных заболеваний и увеличивает продолжительность жизни.

Единого общепризнанного определения «здоровый образ жизни» не существует. В словаре «Основные термины и понятия», изданном Министерством здравоохранения Российской Федерации, «**здоровый образ жизни** — категория общего понятия “образа жизни”, включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни»¹.

¹ Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия / Под ред. А.И.Волкова, Р.Г.Оганова. М., 2001.

По мнению А.М.Митяевой (2008), *здоровый образ жизни* — это комплекс оздоровительных мероприятий, форм и способов повседневной культурной жизнедеятельности личности, который проявляется в двигательной активности, закаливающих процедурах, соблюдении режимов питания, сна, труда и отдыха, отказе от вредных привычек, умении управлять собой, своими эмоциями и своим здоровьем¹.

На основе многочисленных исследований в области здоровья, проводимых в нашей стране и за рубежом, экспертами ООН доказана ведущая роль образа жизни в сохранении и укреплении здоровья, проведена прямая зависимость между уровнем здоровья и здоровым образом жизни.

При рискованном образе жизни, когда человек своим поведением наносит ущерб своему здоровью, нормальное течение физиологических процессов затруднено, жизненные силы организма расходуются на компенсацию того вреда, который человек наносит здоровью своим поведением. При этом увеличивается вероятность заболеваний, происходит ускоренное изнашивание организма, продолжительность жизни сокращается.

К основным компонентам здорового образа жизни относят:

- рациональный режим дня;
- полноценное, сбалансированное питание;
- достаточный по продолжительности сон;
- оптимальный двигательный режим;
- активный отдых;
- регулярные занятия физической культурой;
- психоэмоциональный комфорт;
- соблюдение правил личной гигиены;
- закаливание;
- отсутствие вредных привычек;
- психосексуальную и половую культуру;
- валеологическое самообразование;
- медицинскую активность.

¹ Митяева А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: Пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2008. С. 23.

Необходимо отметить, что основные составляющие здорового образа жизни носят общий характер и имеют ряд специфических направлений, связанных с проблемами возраста.

В заключение можно сказать, что каждый человек индивидуален и неповторим. Он индивидуален по своим наследственным качествам, по своим стремлениям и возможностям. В определенной степени окружающая человека среда (дом, семья и т.д.) носит индивидуальный характер, значит, система его жизненных установок и реализация замыслов носит индивидуальный характер. Для сохранения и укрепления своего здоровья каждый человек создает свой образ жизни, свою индивидуальную систему поведения, которая наилучшим образом обеспечивает ему достижение физического, душевного и социального благополучия.

Контрольные вопросы и задания

1. Проведите сравнительный анализ определений понятия «здоровье».
2. Дайте характеристику компонентам здоровья.
3. В чем заключается главное отличие определения «здоровье» у детей по сравнению со взрослыми?
4. Опишите показатели индивидуального здоровья.
5. Выделите отличительные признаки пограничного состояния (предболезни).
6. Охарактеризуйте факторы, формирующие здоровье.
7. Перечислите составляющие здорового образа жизни.
8. Обоснуйте роль здорового образа жизни в сохранении и укреплении здоровья.

1.2. Состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста на современном этапе

Здоровье детей и его состояние относится к числу важнейших характеристик, определяющих положение детей в обществе, и отражает состояние здоровья всего общества. Негативные тенденции в состоянии здоровья детей за последнее десятилетие приобрели устойчивый характер и стали еще более очевидными, поскольку не преодолен демографический кризис, а численность населения неуклонно уменьшается. В Российской Федерации на каждую тысячу новорожденных приходится 50 детей с врожденными и наследственными заболеваниями. Физиологически протекающие роды встречаются не более чем у 30—35% женщин. Перинатальная патология регистрируется у 39% детей в неонатальном периоде и остается основной причиной младенческой смертности (около 10,0 на 1000).

По данным официальной статистической отчетности, представленной участникам XII Конгресса педиатров России в 2008 г., за последние 5 лет заболеваемость детей в возрасте до 14 лет увеличилась на 13,1%, в возрасте 15—17 лет — на 15%. Рост заболеваемости отмечается по всем классам болезней, но самые высокие темпы прироста отмечаются при болезнях крови и кроветворных органов, новообразованиях (в 1,6 раза), мочеполовой системы и врожденных аномалий (в 1,5 раза). В структуре же хронических болезней ведущее место занимают болезни костно-мышечной системы (24%), органов пищеварения (23%), нервной системы и психической сферы (20%).

В публикациях последних лет подчеркивается тревожная ситуация, складывающаяся в отношении состояния здоровья детей-дошкольников. В этой возрастной группе наблюдается рост заболеваемости практически по всем классам болезней. Особенно существенно современной патологии детского возраста является частый переход острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические, а также нарастание первичной хронической патологии.

Мониторинг состояния здоровья детей свидетельствует, что уже на дошкольном этапе численность практически здоровых детей не превышает 10%, у значительной части обследованных детей (70%) имеются множественные функциональные нарушения.

При этом первое место занимают отклонения со стороны костно-мышечной системы (нарушения осанки, уплощение стопы, последствия перенесенного рахита). На втором ранговом месте находятся нарушения со стороны органов пищеварения (кариес, дискинезии желчевыводящих путей), диагностирующиеся более чем у половины детей. У многих дошкольников регистрируются отклонения со стороны системы кровообращения (систолический шум, нарушение сердечного ритма, тенденция к гипотонии), заболевания ЛОР-органов. Отмечены негативные тенденции роста распространенности нарушений нервно-психического здоровья, а также значительное возрастание аллергопатологии. Среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения в возрасте до 7 лет, в 13,5% случаев выявляются отклонения в физическом развитии (дефицит массы тела или ее избыточность, низкорослость).

Данные литературы о заболеваемости детей, посещающих ДОУ, показывают, что в организованных детских коллективах стабильно сохраняется высокий уровень общей заболеваемости детей. В структуре заболеваемости 75—80% приходится на острые респираторно-вирусные инфекции и грипп. Высокую эпидемиологическую значимость имеют острые кишечные инфекции, особенно из-за опасности возникновения вспышек. Реже, чем ОРВИ, регистрируются заболевания органов дыхания (бронхиты, пневмонии, тонзиллиты), воздушно-капельные инфекции, травмы. Однако при определенных условиях эти заболевания может достигать высокого уровня и наносить значительный урон здоровью детей. Методом многофакторного анализа было доказано, что показатели заболеваемости значительно различаются в разных ДОУ и зависят от уровня санитарно-гигиенического обеспечения детей в учреждении.

Сохраняет свою актуальность проблема часто болеющих детей. В 1986 г. в Нижегородском НИИ педиатрии МЗ РСФСР В.Ю.Альбицким и А.А.Барановым на большом репрезентативном статистическом материале были обоснованы и рассчитаны повозрастные критерии для выделения группы часто болеющих детей (ЧБД), которые используются до настоящего времени:

- в возрасте до 1 года — 4 и более острых заболеваний в год;
- от 1 года до 3 лет — 6 и более острых заболеваний в год;
- от 4 до 5 лет — 4 и более острых заболеваний в год;
- от 6 лет и старше — 3 и более острых заболеваний в год.

В зависимости от возраста, эпидемиологических и социальных условий среди всех детей часто болеющие могут составлять от 5 до 50%. Среди детей раннего возраста, посещающих организованные коллективы, группа ЧБД может составлять более 40%, в то время как среди школьников частые ОРЗ отмечаются менее чем у 15% детей и подростков.

В структуре общей заболеваемости часто болеющих детей на первом месте стоят заболевания органов дыхания (82%), на втором и третьем — инфекционные заболевания и болезни нервной системы, а также органов чувств. Эти три класса заболеваний, по существу, исчерпывают всю заболеваемость контингента часто болеющих детей — на них приходится 94% заболеваний. Следует отметить, что заболеваемость мальчиков выше, чем девочек, во всех возрастных группах часто болеющих.

В структуре хронических заболеваний часто болеющих детей наиболее значимыми являются: патология ЛОР-органов, заболевания опорно-двигательного аппарата (в основном нарушения осанки и плоскостопие) и болезни нервной системы, в первую очередь невротические реакции и неврозоподобные состояния.

Патология ЛОР-органов в группах ЧБД отмечена в пределах от 32% до 87,3% детей. Первое место в структуре ЛОР-заболеваний занимают аденоидные вегетации. По мнению многих авторов, очаг хронической инфекции в носоглотке является одной из основных причин частых заболеваний у дошкольников.

Частые заболевания отрицательно влияют на состояние здоровья ребенка в целом, приводя к формированию хронической патологии и морфофункциональным отклонениям, которые в свою очередь способствуют снижению иммунитета и повторным заболеваниям. Они ведут к социальной дезадаптации ребенка из-за ограничения его общения со сверстниками по причине частых пропусков посещения детского учреждения. Частые, и особенно тяжело протекающие острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ) могут приводить к нарушению физического и нервно-психического развития. Частые ОРВИ требуют значительных материальных затрат, связанных как непосредственно с лечением, так и с потерей трудового времени родителей.

Исследования последних лет выявили устойчивую тенденцию к существенному снижению показателей здоровья и темпов развития

детей дошкольного возраста, что обусловлено ухудшением социально-экономических и экологических условий жизни, несбалансированным питанием, снижением оздоровительной и воспитательной работы в дошкольных образовательных учреждениях. По данным официальной статистики, 51,7% выпускников дошкольного учреждения имеют функциональные отклонения и от 16,2% до 35% — хронические заболевания различных органов и систем. В целом, по данным НИИ педиатрии, 20% детей в возрасте 6—7 лет не готовы к обучению в школе.

Следовательно, сниженный исходный уровень здоровья детей 6—7 лет, приступающих к систематическому обучению в школе, существенно снижает возможности успешного получения образования. Эти дети на этапе поступления в школу характеризуются низким уровнем школьной зрелости, испытывают трудности в учении и в освоении социальной роли ученика, имеют повышенный риск школьной дезадаптации. Такие дети входят в *группу педагогического риска*. К «группе риска возникновения трудностей в обучении» относятся все дошкольники коррекционных детских садов, потому что их физиологические и психические особенности накладывают существенное ограничение на возможности адаптации к условиям постоянно растущего потока информации, повышенных социальных требований и норм современной школы. Лавина информации, необходимая для усвоения, увеличивается и усложняется с каждым новым поколением. К этому нередко добавляются проблемы, связанные с ослаблением здоровья вследствие нарушения равновесия между темпами развития цивилизации и экосистемы. Другими словами, «ребенок не успевает за развитием цивилизации». Адаптация детей «группы риска» к школе и обучению в первом классе проходит, как правило, «не гладко», вызывая различного рода невротические и психосоматические расстройства, усиливая тем самым еще больше имеющиеся отставания и нарушения.

В условиях возрастания объема и интенсивности учебно-познавательной деятельности, повышенных требований к знаниям при поступлении в школу гармоничное развитие дошкольников с проблемами в развитии невозможно без научно обоснованного исследования состояния их психофизического здоровья, определения факторов риска дезадаптации и выявления эффективных

педагогических технологий, повышающих адаптивные возможности детей к увеличенным нагрузкам и стрессам.

Для дошкольников «группы риска» существует насущная необходимость в научно обоснованных подходах к организации их здоровьесберегающей деятельности в ДОУ. В настоящее время все более востребованными становятся такие педагогические технологии, которые помимо педагогического эффекта предполагают сбережение здоровья детей.

Контрольные вопросы и задания

1. Назовите критерии отнесения ребенка к группе «часто и длительно болеющих».
2. Определите структуру общей заболеваемости детей в организованных детских коллективах.
3. Раскройте взаимосвязь состояния здоровья детей дошкольного возраста и их готовности к школе.
4. Охарактеризуйте детей группы «педагогического риска».

1.3. Факторы риска нарушения здоровья в дошкольном возрасте

Под *факторами риска*¹ понимаются определенные неблагоприятные воздействия, характерные обстоятельства, которые в совокупности снижают резистентность организма и его адаптационные возможности, а также условия и особенности образа жизни, врожденные и приобретенные свойства организма, повышающие вероятность возникновения болезней (не будучи их причиной).

¹ Фактор (от лат. factor — «делающий, производящий») — движущая сила, причина какого-либо процесса, явления.

Изучением факторов внешней среды и их влияния на развитие и состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста занимается отрасль медицинской науки — *гигиена детей раннего и дошкольного возраста (дошкольная гигиена)*. При этом к внешней среде относится не только материальная среда, окружающая ребенка, но и коллектив, в котором он находится, а также методы воспитания и обучения.

Основная особенность детского организма заключается в том, что он еще не достиг полной зрелости и находится в процессе интенсивного развития. Известно, что незрелый растущий организм ребенка чувствителен к различным вредным воздействиям. В каждом возрасте ребенок по-своему реагирует на патогенное воздействие. Так, например, в возрасте от 4 до 7 лет происходит интенсивное формирование корковых отделов двигательного анализатора и, в частности, лобных отделов головного мозга, что делает данную систему предрасположенной к гипердинамическим расстройствам различного генеза (психомоторная возбудимость, заикание, страхи).

В дошкольной гигиене оценка любого фактора среды определяется тем, какое влияние он оказывает на процессы развития и состояние здоровья детей. Незавершенность развития организма детей обуславливает его пластичность. Организм детей в большей степени по сравнению со взрослыми подвержен влиянию как благоприятных, так и неблагоприятных воздействий. Поэтому гигиеническое значение приобретают воздействия малой интенсивности, микродозы, которые для взрослых могут оказаться незаметными и незначительными.

Основное отличие детского организма от взрослого состоит в том, что внешние воздействия отражаются не только на его функциональном состоянии в настоящий момент, но и очень сильно влияют на его дальнейшее развитие и существование.

Критериями гигиенической оценки условий (факторов) среды служит характер ответных реакций организма на воздействие этих факторов, степень соответствия или несоответствия этих реакций их нормальному течению. Под «нормой» понимается как оптимальная реакция, так и допустимые отклонения от нее, в пределах которых физиологическая реакция сохраняет нормальный характер. Благоприятный или «нормальный» характер реакции на воздействие среды зависит от силы воздействия и состояния

здоровья растущего организма, определяется достигнутым уровнем его функциональных возможностей, степенью его морфофункциональной готовности (зрелости) к воздействию тех или иных факторов.

Гигиенической нормой считаются такие интенсивность и длительность воздействия фактора, которые обеспечивают сохранение здоровья детей, своевременное и гармоничное их развитие.

Среди факторов риска высокой заболеваемости дошкольников в организованных коллективах существенное значение имеют нарушения теплового режима в дошкольном учреждении. Низкие температуры в помещениях дошкольных учреждений оказывают отрицательное влияние на функциональное состояние детей, находящихся в них. В помещениях с низкой температурой нарушается режим проветривания, в воздухе в течение дня в 2-3 раза увеличивается концентрация углекислого газа, накапливаются антропоксины, что способствует высокой заболеваемости детей острыми респираторно-вирусными инфекциями.

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями тесно взаимосвязана с санитарно-гигиеническим состоянием учреждения.

Для сохранения физического и психического здоровья детей необходимо соответствие режима дошкольного учреждения гигиеническим нормам длительности сна, бодрствования детей различных возрастных групп, достаточное пребывание на свежем воздухе, проведение организованных занятий, включающих рациональное сочетание различных по характеру видов деятельности, умственных и физических нагрузок.

Важным фактором, определяющим здоровье детей, является питание. В последние годы снизилось потребление детьми ряда мясных и молочных продуктов — основных источников высококачественного белка. Это снижение коснулось и потребления овощей и фруктов, являющихся основными источниками витаминов, микроэлементов, растительных волокон. Недостаток полноценного белка, витаминов и микроэлементов в пищевом рационе в первую очередь отражается на иммунитете детей, снижая защитные силы организма.

В условиях отдельных регионов России имеется дефицит микроэлементов, в частности, фтора, что формирует высокий риск заболеваемости кариесом у детей с самого раннего возраста.

К числу факторов, обуславливающих здоровье детей раннего и дошкольного возраста, относится также наличие или отсутствие отклонений в антенатальном¹, перинатальном² и раннем постнатальном³ развитии. Здоровье матери, течение беременности и родов, функционирование организма ребенка на первом году жизни напрямую связаны с последующим его ростом и развитием, состоянием здоровья.

По данным неонатологов⁴, только около 5% детей рождается абсолютно здоровыми, остальные же 95% — с органическими поражениями головного мозга различной степени выраженности. Несмотря на этиологию нарушений, важным оказывается то, что даже легкие проявления мозговой дисфункции могут выражаться в нарушениях психических процессов, в недостаточности уровня устойчивости и переключаемости внимания, в некотором ослаблении мыслительной деятельности, вследствие чего снижается уровень обучаемости, что вызывает необходимость в обеспечении детям специального «психологического сопровождения» и организации коррекционно-развивающих мероприятий⁵.

В результатах исследований И.П.Катковой (1989), Н.Г.Веселова (1992), Л.В.Солохиной (1994), О.В.Грипиной (1997), И.М.Воронцова (1999) и др. было показано влияние микросоциальных взаимоотношений в семье, степени материально-бытовой обеспеченности семьи, социального положения, уровня образования, здоровья, образа жизни и медицинской активности родителей, а также особенностей медицинского наблюдения на показатели уровня здоровья. По их мнению, показатели здоровья детей и подростков, отражая реальную картину уровня жизни популяции в целом, существенным образом зависят от социально-гигиенической характеристики семьи, образа жизни данной группы населения, поведения

¹ Антенатальный — относящийся к внутриутробной жизни, к периоду до рождения.

² Перинатальный — период от 22 недели беременности до полных 7 суток жизни ребенка.

³ Постнатальный — относящийся к периоду после рождения.

⁴ Неонатолог — врач педиатр, который, как правило, работает в родильном доме и специализируется на наблюдении и лечении новорожденных детей.

⁵ Овчинникова Т.С. Организация здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях. СПб., 2006.

окружающих граждан. Если суммировать вышеприведенные факты, то окажется, что к контингенту высокого социального риска в нашей стране относится каждый четвертый ребенок.

Забота о повышении качества образования выражается в обновлении его содержания, попытке отойти от традиционной системы воспитания и поиске новых форм учебного процесса. При этом необходимо учитывать, что не все инновационные процессы и технологии, используемые в работе со здоровыми дошкольниками, могут быть использованы в коррекционной педагогике и однозначно определены как эффективные и безопасные для здоровья. Все больше и больше в современном образовании ощущается доминанта «интеллектуального» образования, в результате чего страдает здоровье детей. Вариативность дошкольного и школьного обучения, его интенсификация и увеличение объема учебно-воспитательных нагрузок, расширение спектра дополнительных образовательных услуг в условиях ДОО нередко приводят к неадекватным нагрузкам детей, превращая учебную деятельность в фактор риска для их здоровья. В результате научных исследований получены многочисленные подтверждения четкой зависимости степени и характера ухудшения здоровья детей от объема и интенсивности учебных нагрузок, своеобразия отношений «педагог — ребенок», а также от различных вариантов организации учебно-воспитательного процесса. Во многих образовательных учреждениях издержки организации учебного процесса усугубляются неудовлетворительным состоянием материально-технической базы.

Исследование организации здоровьесберегающей деятельности, осуществляемое с позиций общей теории систем, позволило выделить зоны, потенциально являющиеся факторами риска для здоровья ребенка:

- *дискомфортность предметной среды*, которая определяется санитарно-техническим состоянием материальной базы детского сада, организацией питания, наличием и оснащением медицинского кабинета и дополнительных оздоровительных комплексов, наличием и оборудованием спортивно-оздоровительной и учебно-воспитательной инфраструктуры;

- *дезадаптивность коррекционно-развивающей среды*, которая характеризуется режимами функционирования, несоответствием средств и форм реализации здоровьесберегающей деятельности;

• *конфликтность коммуникативной среды*, которую определяет степень фрустрации межличностных отношений всех субъектов коррекционного процесса: педагогов, родителей, детей, и состояние их нервно-психического здоровья.

Контрольные вопросы и задания

1. Выделите особенности детского организма, определяющие неблагоприятное влияние факторов внешней среды на рост и развитие.

2. Что является критерием гигиенической оценки факторов среды дошкольного учреждения?

3. Что понимается под «гигиенической нормой»?

4. Назовите основные группы факторов риска нарушения здоровья детей раннего и дошкольного возраста.

5. Охарактеризуйте факторы риска организации воспитательно-образовательного процесса в ДООУ.

1.4. Мониторинг состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста в условиях дошкольного образовательного учреждения

Мониторинг (от лат. *monitor* — «предостерегающий») — специально организованное систематическое наблюдение за состоянием объектов, явлений, процессов с целью их оценки, контроля или прогноза.

Мониторинг состояния здоровья и факторов риска рассматривается как система длительного наблюдения за изменениями данных показателей с целью выявления критических отклонений, требующих осуществления медико-профилактических мероприятий и социальной помощи для сохранения и укрепления здоровья детского населения.

Мониторинг состояния здоровья и факторов риска является частью социально-гигиенического мониторинга в РФ — государственной системы наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания. Осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 60 от 2 февраля 2006 г., утвердившим «Положение о проведении социально-гигиенического мониторинга».

Задачами мониторинга состояния здоровья и факторов риска в дошкольном учреждении являются:

- анализ и оценка показателей здоровья воспитанников ДОО;
- изучение состояния санитарно-эпидемиологического благополучия дошкольного образовательного учреждения с целью выявления и коррекции факторов риска;

- выявление причинно-следственных связей между состоянием здоровья детей и факторами риска в дошкольном образовательном учреждении;

- анализ и оценка показателей здоровья детей дошкольного возраста;

- выявление степени влияния факторов риска на функциональные показатели состояния здоровья детей дошкольного возраста и осуществление медико-профилактических мероприятий;

- оценка и коррекция здоровьесберегающей деятельности ДОО.

В настоящее время при *комплексной оценке* состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста используют следующие критерии и факторы. К числу критериев относят:

- 1) наличие или отсутствие хронических заболеваний;
- 2) функциональное состояние основных органов и систем организма;
- 3) степень сопротивляемости (резистентности) организма неблагоприятным воздействиям;
- 4) уровень достигнутого физического и нервно-психического развития и степень его гармоничности.

Для оценки состояния здоровья ребенка последний критерий имеет особенно важное значение, так как детский организм находится в процессе непрерывного роста и развития.

Наличие или отсутствие заболеваний определяют при осмотре врачи-специалисты.

Функциональное состояние основных органов и систем отражает функциональные возможности основных систем жизнеобеспечения организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной и др.). Определение функционального состояния организма предполагает оценку реакции сердечно-сосудистой и дыхательной систем на определенные функциональные нагрузочные пробы.

Степень сопротивляемости организма (резистентность) предполагает оценку неспецифической устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды микробной и немикробной этиологии. О степени резистентности можно судить по числу простудных заболеваний, перенесенных ребенком в течение года, предшествовавшего медицинскому осмотру. Резистентность может быть хорошей, удовлетворительной и неудовлетворительной.

Степень и гармоничность физического и нервно-психического развития предполагает оценку состояния физического и нервно-психического развития в сравнении со стандартом, и периодически — хода процесса физического развития путем сопоставления биологического и паспортного возраста ребенка.

На основе комплексной оценки состояния здоровья детей распределяют на 5 групп здоровья:

I — здоровые, нормально развивающиеся, без функциональных отклонений;

II — здоровые, с функциональными или небольшими морфологическими отклонениями;

III — больные в компенсированном состоянии;

IV — больные в субкомпенсированном состоянии;

V — больные в декомпенсированном состоянии.

Первая группа — здоровые дети, у которых отсутствуют хронические заболевания; дети, не болевшие или редко болевшие за период наблюдения и имеющие нормальное, соответствующее возрасту физическое и нервно-психическое развитие (*здоровые без отклонений*).

Вторую группу (группу «риска») составляют дети, не страдающие хроническими заболеваниями, но имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, а также часто

(4 раза и более в год) или длительно (более 25 дней по одному заболеванию) болеющие (*здоровые, с морфофункциональными отклонениями и сниженной сопротивляемостью*).

Третья группа объединяет детей с хроническими заболеваниями или врожденной патологией в состоянии компенсации, с редкими и не тяжело протекающими обострениями хронического заболевания, без выраженного нарушения общего состояния и самочувствия (*больные в состоянии компенсации*).

К четвертой группе относятся дети с хроническими заболеваниями или врожденной патологией в состоянии субкомпенсации (частичной компенсации), с нарушениями общего состояния и самочувствия после обострения хронического заболевания, со сниженными функциональными возможностями (*больные в состоянии субкомпенсации*).

К этой группе относят и детей-инвалидов в состоянии субкомпенсации (частичной компенсации) функций организма.

В пятую группу включают больных детей с тяжелыми хроническими заболеваниями или врожденной патологией в состоянии декомпенсации (обострения болезни), со значительно сниженными функциональными возможностями организма (*больные в состоянии декомпенсации*).

К этой группе относят также детей-инвалидов в состоянии декомпенсации — выраженного ограничения функций организма.

Как правило, дети 4-й и 5-й групп здоровья не посещают детские учреждения общего профиля и массовыми осмотрами не охвачены.

Иногда привычная терминология не отражает разницы между функциональными отклонениями и болезнью и тем самым препятствует четкому разграничению 2-й и 3-й групп. Например, гипертрофия миндалин, аномалии рефракции¹, нарушение осанки относятся как к функциональным отклонениям, так и к заболеваниям. Определение 3-й и 4-й групп здоровья проводится в зависимости от степени выраженности патологического процесса с учетом функциональных возможностей организма.

¹ Рефракция — преломляющие свойства глаза; к аномалиям рефракции относят миопию (близорукость), предмиопию, гиперметропию (дальнозоркость).

Распределение детей по указанным группам в некоторой степени условно. Однако многолетнее применение такого способа научными и практическими учреждениями здравоохранения показало его достаточную информативность и целесообразность как при однократном, так и при динамических наблюдениях. Выявлена необходимость применения такой группировки для характеристики санитарного состояния детского населения и при изучении влияния на здоровье различных факторов (учебных, спортивных нагрузок, климатических, атмосферных загрязнений и др.), а также для оценки эффективности различных методов воспитания и оздоровительных мероприятий.

Большое социальное значение имеет, в частности, выделение второй группы здоровья, группы «риска». Дети, отнесенные к этой группе, как правило, нуждаются в оздоровительных мероприятиях, так как функциональные возможности их снижены. При отсутствии своевременного врачебного контроля и адекватных лечебно-оздоровительных мероприятий функциональные отклонения могут перейти в болезнь.

Работникам дошкольных учреждений надо всегда помнить, что быстрый рост и развитие, созревание морфологических и функциональных структур в раннем и дошкольном возрасте определяют большую пластичность организма ребенка, который очень чувствителен как к положительным, так и к отрицательным воздействиям окружающей среды. Причем, даже слабые раздражители, не вызывающие видимых реакций, так называемые подпороговые, не всегда проходят бесследно. Они изменяют функциональные свойства тканей организма, и на фоне этого безвредный для него фактор среды может в отдельные критические периоды (реконвалесценции, адаптации, поствакцинальный и т.д.) сделаться разрешающим, привести к более длительному и неблагоприятному течению острых заболеваний, т.е. не только сказаться на состоянии ребенка в настоящий момент, но и определить ход его дальнейшего развития, уровня здоровья, готовность к общественно-социальным воздействиям.

Мониторинг физического развития. Одним из важных показателей здоровья детей и подростков является их **физическое развитие**, под которым понимают совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процессы

его роста и развития. Для оценки физического развития чаще всего используют методы:

— *антропометрию*¹ (определяют длину тела (рост), массу тела (вес) и окружность грудной клетки — морфологические признаки);

— *физиометрию* (измерение жизненной емкости легких, экскурсии грудной клетки, мышечной силы рук — функциональные признаки);

— *соматоскопию*² (состояние опорно-двигательного аппарата — форма грудной клетки, позвоночника, ног, стоп, развитие мускулатуры, степень ожирения);

— функциональные пробы с дозированной мышечной нагрузкой;

— определение показателей физической подготовленности по физическим тестам.

За основной параметр при оценке физического развития принята длина тела ребенка. Физическое развитие оценивается как среднее (нормосоматическое, мезосоматическое), когда длина тела соответствует средним показателям по возрасту и полу; ниже среднего (микросоматическое, гипосоматическое) — когда отстает; выше среднего (макросоматическое, гиперсоматическое) — опережает. Гармоничность физического развития определяется по соотношению остальных антропометрических данных с длиной тела. Физическое развитие может быть гармоничным, дисгармоничным и резко дисгармоничным. Большое значение в оценке физического развития ребенка имеет уровень физической подготовленности.

По результатам мониторинга физического развития определяют группу по физическому воспитанию для каждого ребенка, а также средства и методы коррекции физического развития.

При изучении физического развития детей исследуются не только морфологические и функциональные свойства организма, но и уровень биологического развития ребенка: формирование зубной системы, моторики, речи, ростовые процессы.

¹ Антропометрия — совокупность методов и приемов измерения человеческого тела.

² Соматоскопия (от греч. soma — «тело»; skopeo — «рассматривать, наблюдать») — совокупность методов точного описания внешних особенностей строения тела человека.

Физическое развитие, являясь одним из показателей здоровья, может изменяться под влиянием различных заболеваний. Особенно заметные изменения в физическом развитии (гигантизм, карликовый рост, неравномерное развитие отдельных частей тела) наблюдаются при нарушении деятельности некоторых желез внутренней секреции. У детей, часто и длительно болеющих, особенно у страдающих хроническими заболеваниями (рахитом, туберкулезом, дизентерией, гипотрофией), наблюдается замедление роста, снижение прибавок веса, ослабление тонуса мускулатуры, нарушение осанки, плоскостопие. Вместе с тем, течение и исход болезни во многом определяются состоянием организма, его физическим развитием.

Сравнительная оценка уровня физического развития различных коллективов детей или одного и того же коллектива в динамике позволяет косвенно судить об условиях жизни детей. Систематическое наблюдение за каждым ребенком, посещающим дошкольное учреждение, дает возможность своевременно выявить малейшие отклонения в состоянии здоровья и физическом развитии и быстро устранить причины, вызвавшие эти отклонения. Частота обследования ребенка определяется темпами его физического развития.

Дети первого года жизни обследуются 1 раз в месяц, от 1 года до 3 лет — 1 раз в 3 месяца, от 3 до 7 лет — не реже 1 раза в полгода. В зависимости от медицинских показаний, ослабленных, отстающих в физическом развитии детей обследуют чаще. Все результаты обследования фиксируются в индивидуальной карте ребенка.

Мониторинг психического развития. Для оценки психического развития детей чаще всего используют методики диагностики уровня развития:

- мелкой моторики рук и координации движений;
- зрительного, слухового и тактильного восприятия;
- зрительной и слухоречевой памяти;
- пространственных и квазипространственных представлений;
- интеллектуальных процессов;
- мотивационной сферы;
- личностно-эмоциональных особенностей.

Результатом данного мониторинга чаще всего становится внешняя дифференциация детей: определяются группы коррекционно-развивающего обучения, в которых реализуются специальные программы обучения и воспитания.

Мониторинг готовности ребенка к обучению в школе. При оценке психологической готовности используются методики по определению степени:

- речевого развития;
- развития мышления;
- развития внимания;
- развития зрительно-моторной координации;
- развития памяти;
- эмоционального состояния (наличие или отсутствие тревожности, преобладание отрицательных или положительных эмоций);
- энергетического запаса.

По результатам данного мониторинга даются рекомендации родителям, педагогам по преодолению школьных трудностей детям с различной степенью готовности к обучению в школе.

Несмотря на то, что ребенок обладает всем необходимым набором запрограммированных морфологических и функциональных свойств, обеспечивающих ему существование в условиях окружающей среды, его физиологические возможности далеко не соответствуют функциональной активности взрослого человека. Характеристика основных морфофункциональных изменений детей раннего и дошкольного возраста представлена ниже (табл. 2).

Таблица 2

**Медико-биологическая классификация
возрастных периодов детства (раннее и первое детство)**

Возрастной период	Критерии	Основные морфофункциональные изменения
Раннее детство — 1—3 года	Освоение локомоторных актов (ходьба, бег). Овладение речью.	Интенсивно развиваются системы организма, совершенствуются движения. Формируется большое количество условных рефлексов и динамических стереотипов, но они недостаточно устойчивы из-за большой активности подкорковых отделов. Совершенствуется высшая

		нервная деятельность, увеличивается работоспособность, быстро развивается речь. Сопrotивляемость организма к болезнетворным воздействиям среды остается пониженной. Дети чувствительны к нарушению режима дня и питания.
Первое детство — 4—7 лет	Интенсивное развитие и высокая пластичность коры головного мозга.	Замедление темпов роста, а в 6—7 лет — усиление ростовых процессов. Повышение координации движений. Начало смены молочных зубов на постоянные. Высокая пластичность анализаторных систем, обеспечивающая возможность обучения, эстетического воспитания. Особая прочность динамических стереотипов. Дальнейшее развитие речи и становление абстрактного мышления. Основой всех функций служит игра. Вследствие большой любознательности и отсутствия собственного опыта легко возникают травмы.

Биологический возраст отражает степень биологического и социального развития человека на каждом возрастном этапе. В разные периоды онтогенеза используют различные методики определения биологического возраста. Так, до 1 года о степени развития ребенка косвенно судят по увеличению массы тела. В последующие периоды критериями соматической зрелости (биологического возраста) может служить количество прорезавшихся постоянных зубов, так называемая «зубная формула» (табл. 3).

Таблица 3

Средние темпы прорезывания постоянных зубов

Возраст (лет)	Количество постоянных зубов	
	Мальчики	Девочки
5,0	0—1	0—2
5,5	0—3	0—4
6,0	1—4	1—5
6,5	2—8	3—9
7,0	6—10	6—11

При меньшем количестве прорезавшихся постоянных зубов делается заключение об отставании, а при большем — об опережении биологического возраста по отношению к календарному (паспортному).

Кроме того, в качестве критерия биологического возраста служит достижение определенных пропорций тела:

$$\frac{ОГ \times 100}{L}$$

где ОГ — окружность головы; L — длина тела (см) (табл. 4).

Таблица 4

Возрастная динамика пропорций тела

Возраст (лет)	Средние темпы развития	
	Мальчики	Девочки
5,0	49,4—45,0	48,1—44,5
5,5	47,9—44,3	46,7—43,2
6,0	46,6—43,1	45,7—42,1
6,5	45,4—41,9	44,9—41,6
7,0	44,7—41,3	43,9—39,7

Если индивидуальные значения оказываются больше приведенных показателей, это свидетельствует об отставании, если ниже средних значений — об опережении темпов биологического развития. Биологический возраст считается отстающим от паспортного, если два показателя из трех (длина тела, «зубной возраст», пропорции тела) оказываются меньше средних данных.

Косвенным показателем биологической зрелости детей дошкольного возраста является *филиппинский тест* (ФТ). Этот показатель положителен в тех случаях, когда пальцами правой руки, положенной на голову при ее вертикальном удержании, дети перекрывают левую ушную раковину.

Динамика состояния здоровья детского населения оценивается по *заболеваемости*¹ как объективному массовому явлению возникновения болезней и распространения патологии среди различных

¹ Заболеваемость — статистический показатель, отражающий количество зарегистрированных случаев заболеваний, приходящихся на 1000, 10 000 или 100 000 человек населения (изучаемого контингента).

групп населения. Для организованного детского коллектива заболеваемость рассчитывают в отношении 1000 детей, и показатель заболеваемости выражается в промилле (‰). По медико-статистическим показателям в ДООУ может быть выделена заболеваемость общая (уровень и структура), острая (уровень и структура), инфекционная и неинфекционная по отдельным нозологическим формам, заболеваемость детей в случаях, днях на 1 ребенка.

Общая заболеваемость детей вычисляется по формуле:

$$\frac{\text{число всех зарегистрированных заболеваний в данном году у детей группы (всего ДООУ)} \times 1000}{\text{среднесписочный состав группы (всего ДООУ)}}$$

Заболеваемость в случаях (днях) на 1 ребенка:

$$\frac{\text{количество зарегистрированных случаев заболеваний или пропущенных дней по болезни (по медицинским справкам)}}{\text{среднесписочный состав группы}}$$

Патологическая пораженность — статистический показатель — суммарная частота всех видов заболеваний и патологических отклонений в состоянии здоровья, выявленных при медицинских осмотрах определенного контингента людей.

В дошкольном учреждении — частота хронических заболеваний, функциональных отклонений, выявленных у детей в ходе углубленного медицинского осмотра, в процентах к общему числу осмотренных:

$$\frac{\text{число выявленных заболеваний и отклонений в развитии} \times 100}{\text{число осмотренных детей}}$$

Индекс здоровья — это прямой показатель здоровья, выражаемый удельным весом детей, ни разу не болевших за календарный год (с января по январь), в изучаемом коллективе:

$$\frac{\text{число ни разу не болевших детей в группе (ДООУ)} \times 100}{\text{среднесписочный состав группы (ДООУ)}}$$

Сведения для его исчисления предоставляются врачу по результатам полицевого учета заболеваемости в историях развития детей.

К ни разу не болевшим детям относятся лишь те дети, у которых за прошедший календарный год отсутствуют данные об острых

заболеваниях и обострениях хронических болезней, т.е. заболеваниях, связанных со снижением неспецифической резистентности организма. Несчастные случаи, травмы, экстренные и плановые оперативные вмешательства в учет не берутся.

Процент часто болеющих детей в группе (ДОУ) по итогам углубленного медицинского осмотра за год:

$$\frac{\text{количество детей, отнесенных к группе ЧБД} \times 100}{\text{среднесписочный состав группы (ДОУ)}}$$

Полученные данные об уровне развития состояния здоровья, заболеваемости, патологической пораженности детей раннего и дошкольного возраста используются в оценке здоровьесберегающей деятельности дошкольного образовательного учреждения.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы задачи мониторинга состояния здоровья и факторов риска в дошкольном учреждении?
2. Охарактеризуйте основные критерии комплексной оценки состояния здоровья детей.
3. Составьте таблицу сравнительной характеристики групп здоровья у детей.
4. Опишите оценку физического развития ребенка в ходе углубленного медицинского осмотра.
5. Выделите отличительные особенности морфофункционального развития детей раннего и дошкольного возраста.
6. Что такое «зубная формула» и для чего она применяется?
7. Рассчитайте показатели заболеваемости, патологической пораженности и индекса здоровья по исходным данным.

1.5. Здоровьесберегающая педагогика

Новая парадигма педагогики смещает центр проблем с формирования знаний, умений и навыков на целостное развитие личности. В этих условиях возрастает социальная и педагогическая

значимость сохранения здоровья детей в процессе воспитательно-образовательной деятельности.

Здоровьесберегающая педагогика — это направление педагогической деятельности, разрабатывающее специфические закономерности, принципы, подходы, содержание, формы и методы медико-педагогических воздействий, способствующих оптимизации процессов обучения и воспитания детей и подростков с целью сохранения и укрепления их здоровья¹.

Здоровьесберегающая педагогическая деятельность характеризуется следующими *закономерностями*:

- взаимообусловленность учебно-воспитательного процесса и состояния здоровья детей и подростков;

- зависимость эффективности здоровьесберегающей деятельности от степени использования педагогами и руководителями в образовательных учреждениях экспертного подхода, который позволяет выявлять и изучать влияние новых технологий, программ на здоровье воспитанников и учащихся;

- соответствие методов и содержания воспитания и обучения цели — сохранить здоровье детей в процессе их обучения и воспитания;

- зависимость эффективности здоровьесберегающей деятельности от вариативности ее содержания;

- необходимость учета возрастных и индивидуальных особенностей детей и подростков в процессе воспитания и обучения.

Результаты исследования показали, что здоровьесберегающая педагогическая деятельность эффективна, если на практике реализован экспертный подход, который позволяет выявлять и изучать влияние новых технологий, программ на здоровье воспитанников и обучающихся, проводить анализ педагогической деятельности каждого педагога.

Исследованиями установлено, что условиями для осуществления эффективной здоровьесберегающей педагогической деятельности являются:

- оптимальное сочетание педагогических методов, форм, средств, технологий в учебно-воспитательном процессе;

¹ Тихомирова Л.Ф. Деятельность учреждений образования по охране и укреплению здоровья детей: Учеб.-метод. пособие. Ярославль, 2000.

- разработка программы проведения экспертизы методов, форм, средств и технологий воспитания и обучения с точки зрения их влияния на здоровье детей и подростков, оптимизация режима и организации учебно-воспитательного процесса, санитарно-гигиенических условий и режима двигательной активности;
- создание системы мониторинга здоровья и физического развития детей в образовательном учреждении;
- повышение компетентности педагогов в решении вопросов сохранения здоровья всех участников воспитательно-образовательного процесса;
- формирование ценности здоровья у детей и их родителей.

Экспертный подход предполагает проведение обязательной экспертизы всех новых программ, технологий, которые используются в учебно-воспитательном процессе, обязательное отслеживание влияния учебно-воспитательного процесса на здоровье учащихся (Тихомирова Л.Ф., 2000).

Здоровьесберегающая педагогика не может выражаться какой-то конкретной образовательной технологией. В то же время, понятие «здоровьесберегающие технологии» объединяет в себе все направления деятельности учреждения образования по формированию, сохранению и укреплению здоровья детей и подростков.

Технологии здоровьесберегающей педагогики рассматриваются как совокупность приемов и методов организации воспитательно-образовательного процесса без ущерба для здоровья детей и педагогов. Педагог, владея современными педагогическими знаниями, в тесном взаимодействии с детьми, их родителями, с медицинскими работниками и коллегами — планирует свою работу с учетом приоритетов сохранения и укрепления здоровья участников педагогического процесса.

Основополагающие приоритеты для педагогики здоровья следующие:

1. Здоровый ребенок — практически достижимая норма детского развития.
2. Оздоровление — не совокупность лечебно-профилактических мер, а форма развития психофизиологических возможностей детей.
3. Индивидуально-дифференцированный подход — основное средство оздоровительно-развивающей работы с детьми.

Принципы здоровьесберегающей педагогики

Цели здоровьесберегающих образовательных технологий определяют принципы воспитания и обучения, которые отражают насущные общественные потребности.

Принципы выступают в органическом единстве, образуя систему, в которую входят общеметодические и специфические принципы, выражающие закономерности здоровьесберегающей педагогики.

Общеметодические принципы — это основные положения, определяющие содержание, организационные формы и методы воспитательно-образовательного процесса в соответствии с общими целями здоровьесберегающих образовательных технологий.

Систематическое воздействие на организм и психику ребенка может быть успешным только в том случае, если методика применения средств здоровьесберегающего воздействия будет согласована с закономерностями этого применения.

Принцип сознательности и активности нацеливает на формирование у дошкольников понимания, устойчивого интереса, осмысленного отношения к познавательной деятельности. Повышению сознательности и активности способствует применение педагогом специальных методических приемов, решающих проблемы педагогики оздоровления. Осознавая оздоровительное воздействие активной деятельности на организм, ребенок учится самостоятельно и творчески решать задачи познавательного характера.

Принцип активности предполагает наличие у детей высокой степени самостоятельности, инициативы и творчества.

Принцип наглядности обязывает строить процесс воспитания и обучения с максимальным привлечением органов чувств человека к процессу познания. Принцип наглядности предназначен для связи чувственного восприятия с мышлением. Он способствует направленному воздействию на функции сенсорных систем, участвующих в познавательном процессе.

Принцип систематичности и последовательности проявляется во взаимосвязи знаний, умений, навыков. Система подготовительных и подводящих действий позволяет перейти к освоению нового и, опираясь на него, приступить к познанию последующего, более сложного материала. Регулярность, планомерность, непрерывность

в учебно-воспитательном процессе на протяжении всего периода воспитания в ДОО обеспечивают принцип систематичности.

Среди *специфических принципов*, выражающих специфические закономерности педагогики оздоровления, важнейшим можно назвать принцип «*Не навреди!*», одинаково актуальный как для медиков, так и для педагогов (*No nocere!*).

Принцип повторения умений и навыков является одним из важнейших. В результате многократных повторений вырабатываются динамические стереотипы. Характер элементов деятельности может проявляться в изменении упражнений и условий их выполнения, в разнообразии методов и приемов, в различных формах заданий.

Включение вариантных изменений в стереотипы предполагает соблюдение *принципа постепенности*. Он предполагает преемственность от одной ступени обучения к другой.

Принцип доступности и индивидуализации имеет свои особенности в оздоровительной направленности здоровьесберегающих образовательных технологий. *Принцип индивидуализации* осуществляется на основе общих закономерностей обучения и воспитания. Опираясь на индивидуальные особенности, педагог всесторонне развивает ребенка, планирует и прогнозирует его развитие. С учетом уровня индивидуальной подготовленности ребенка, его двигательных способностей и состояния здоровья намечаются пути совершенствования умений и навыков, построения двигательного режима, приобщения к разным формам познавательной деятельности. Используя природные данные ребенка, педагог направляет и стабилизирует его всестороннее развитие. Назначение принципа доступности и индивидуализации видится в исключении негативных и вредных последствий для организма детей вследствие чрезмерных требований и заданий.

Принцип непрерывности выражает закономерности построения педагогики оздоровления как целостного процесса. Он тесно связан с принципом системного чередования нагрузок и отдыха.

Упорядочению процесса педагогики оздоровления способствует принцип *цикличности*. Он заключается в повторяющейся последовательности занятий, что улучшает подготовленность ребенка к каждому последующему этапу обучения.

Формирование двигательных умений и навыков, двигательные способности ребенка, функциональные возможности организма

развиваются в процессе использования средств здоровьесберегающих технологий на основе *принципа учета возрастных и индивидуальных особенностей детей раннего и дошкольного возраста*.

Важнейшее значение имеет *принцип всестороннего и гармонического развития личности*. Он содействует развитию психофизических способностей, двигательных умений и навыков, осуществляемых в единстве и направленных на всестороннее физическое, интеллектуальное, духовное, нравственное и эстетическое развитие личности ребенка.

Принцип оздоровительной направленности решает задачи укрепления здоровья ребенка в процессе воспитания и обучения.

Принцип комплексного междисциплинарного подхода к воспитанию дошкольников предполагает тесное взаимодействие педагогов и медицинских работников.

Принцип активного обучения заключается в повсеместном использовании активных форм и методов обучения.

Принцип формирования ответственности у детей за свое здоровье и здоровье окружающих людей.

Внедрение в практику дошкольного образования системы здоровьесберегающих и здоровьеразвивающих технологий предполагает, прежде всего, обеспечение соответствия форм и содержания воспитательно-образовательного процесса личностным, индивидуальным и адаптационным возможностям детей с учетом индивидуально-типологических особенностей организма, сенситивных и критических периодов онтогенеза.

Для того чтобы обеспечить долговременный оздоровительный и адаптационно-развивающий эффект, необходимо создание в образовательном учреждении *адаптивной и развивающей образовательной среды*.

Образовательная среда¹ в широком смысле — это интегральная характеристика воздействия всего комплекса условий, в которых протекает жизнедеятельность воспитанников в стенах ДОУ, на их здоровье, психологическое состояние, успешность их роста и развития. *Здоровьесберегающую образовательную среду* можно рассматривать как адаптивно-развивающую и определить как совокупность

¹ Ясвин В.А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию. М., 2001.

организационно-педагогических и социально-гигиенических условий, способствующих реализации приспособительных возможностей индивида, сохранению, укреплению психического и физического здоровья воспитанников, социализации и развитию личности.

При организации адаптивно-развивающей здоровьесберегающей образовательной среды в ДОО целесообразно опираться на принципы:

— системного подхода — тесное взаимодействие различных специалистов всех уровней системы образования и всех субъектов образовательного процесса;

— комплексного подхода — использование различных средств, методов и приемов при организации здоровьесберегающей деятельности;

— индивидуального подхода — учет индивидуально-типологических, психофизиологических и возрастных особенностей детей при организации и реализации воспитательно-образовательного процесса;

— личностно-ориентированного подхода — акцент на развитие структур личностного уровня психологического здоровья детей (самосознание, ценностно-смысловая, мотивационная сферы личности);

— позитивного подхода — смещение акцента от исправления нарушений в развитии и состоянии здоровья ребенка на формирование ресурсного потенциала личности, способствующего формированию позитивного отношения к своему здоровью;

— экзистенциально-гуманистического подхода — признание активной роли самого ребенка в сохранении здоровья, создание благоприятных социально-психолого-педагогических условий для выбора самим ребенком здоровьесберегающего поведения;

— приоритета действенной заботы о здоровье детей и педагогов — вся деятельность ДОО должна оцениваться с позиции влияния на здоровье детей и педагогов;

— комплексного представления об индивидуальном здоровье личности, что обуславливает подход к здоровью как целостному многокомпонентному понятию, учитывая все его составляющие (физическую, психическую и социальную).

Процесс формирования здоровьесберегающей среды будет эффективным, если в него будет активно включена семья ребенка и если в процессе социализации будет повышаться эффективность

адаптационных механизмов за счет развития физических, психических и социально-нравственных качеств на всех этапах становления и развития ребенка.

Роль педагога в здоровьесберегающей педагогике

Проблема здоровья детей сегодня как никогда актуальна. В настоящее время можно с уверенностью утверждать, что именно воспитатель, педагог в состоянии сделать для здоровья современного ребенка больше, чем врач. Это не значит, что педагог должен выполнять обязанности медицинского работника. Воспитатель должен работать так, чтобы пребывание детей в дошкольном учреждении не наносило ущерба здоровью воспитанников.

Актуальным является вопрос о состоянии здоровья педагогов, которые работают в ДОУ с детьми раннего и дошкольного возраста и об отношении педагогов к своему здоровью. Может ли педагог быть примером для своих воспитанников в вопросах здоровьесбережения?

Практика показывает, что далеко не каждый педагог дошкольной системы образования на современном этапе готов быть примером в ведении здорового образа жизни для своих воспитанников. Чем ниже уровень грамотности педагога в вопросах сохранения и укрепления здоровья, тем менее эффективно педагогическое воздействие на детей.

Педагог должен обладать важными *профессиональными качествами*, такими как:

- высокий уровень профессионально-этической, коммуникативной, рефлексивной культуры;

- способность к формированию и развитию личностных креативных качеств;

- знание формирования и функционирования психических процессов, состояний и свойств личности, процессов обучения и воспитания, творческого совершенствования человека, познание других людей и самопознание;

- грамотность в вопросах здоровьесбережения;

- владение основами проектирования и моделирования здоровьесберегающих технологий в ДОУ;

- умение прогнозировать результаты собственной деятельности, а также способность к выработке индивидуального стиля педагогической деятельности.

Педагог дошкольного образовательного учреждения должен:

- 1) уметь анализировать педагогическую ситуацию в условиях педагогики оздоровления;
- 2) владеть основами здорового образа жизни;
- 3) устанавливать контакт с коллективом детей и их родителей;
- 4) наблюдать и интерпретировать вербальное и невербальное поведение;
- 5) прогнозировать развитие своих воспитанников;
- 6) моделировать систему взаимоотношений в условиях педагогики оздоровления;
- 7) личным примером учить детей заботиться о своем здоровье и здоровье окружающих людей.

Все эти умения, тесно связанные между собой, оказывают влияние на эффективность использования педагогом средств, методов и приемов здоровьесберегающих методик в воспитательно-образовательном процессе при работе с детьми.

Прежде всего, педагог должен быть примером для своих воспитанников в вопросах здоровьесбережения. Здоровый образ жизни должен стать нормой для каждого педагога ДОУ, тогда можно говорить об эффективном использовании здоровьесберегающей педагогики в ДОУ.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте понятие «здоровьесберегающая педагогика».
2. Назовите основные приоритеты здоровьесберегающей педагогики.
3. Выделите закономерности и условия эффективности здоровьесберегающей педагогической деятельности.
4. Дайте характеристику общеметодическим принципам здоровьесберегающей педагогики.
5. В чем состоит особенность специфических принципов здоровьесберегающей педагогики?
6. Дайте определение и охарактеризуйте адаптивно-развивающую среду ДОУ.
7. Опишите профессиональные качества и умения педагога дошкольного образования в условиях здоровьесберегающей педагогики.

Раздел II

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

2.1. Здоровьесберегающие технологии в современной системе дошкольного образования

Дошкольные образовательные учреждения призваны создать основу для дальнейшего развития ребенка и обеспечить максимально благоприятные условия для формирования его здоровья, гармоничного физического, психического и социального развития. Основными критериями качества дошкольного образования являются его здоровьесберегающая и здоровьеукрепляющая ориентация.

В условиях возрастания объема и интенсивности учебно-познавательной деятельности, повышенных требований к знаниям при поступлении в школу гармоничное развитие дошкольников с проблемами в развитии невозможно без научно обоснованного исследования состояния их психофизического здоровья, определения факторов риска дезадаптации и выявления эффективных педагогических технологий, повышающих адаптивные возможности детей к повышенным нагрузкам и стрессам.

Здоровьесберегающая деятельность (ЗСД) в дошкольном образовательном учреждении является структурным компонентом педагогической системы ДОУ, которая, несмотря на свою относительную независимость, является ее неотъемлемой частью.

Т.С.Овчинникова рассматривает *здоровьесберегающую деятельность* ДОУ как упорядоченную совокупность взаимосвязанных и взаимообусловленных компонентов, характеризуя каждый из них и определяя место и значение каждого элемента системы в общей структуре:

- цель — организация ЗСД в ДОУ, которая позволит повысить эффективность качества образования;
- педагогические условия, определяемые организацией и состоянием внутренней среды учреждения, которая включает образовательную, оздоровляющую, коррекционную и развивающую ее части;

- содержание воздействия включает программы различных направлений здоровьесберегающих мероприятий;
- средства воздействия — методы, технологии и приемы воздействия в рамках различных направлений работы в системе ЗСД;
- формы организации деятельности — групповые, индивидуальные, директивные, свободные и т.д.
- объект воздействия — воспитанник ДОО, на которого направлены все педагогические, лечебные и психологические воздействия, психическое и физическое здоровье которого является одним из главных критериев качества педагогической системы и валидности мер воздействия;
- результат педагогического воздействия — положительная динамика развития детей, стабильные показатели психического и физического здоровья ребенка подготовительной группы, соответствующего по всем параметрам школьной зрелости и готовности к обучению в школе¹.

Основные элементы здоровьесберегающей системы связаны со следующими видами деятельности:

- определением и планированием содержания ЗСД в разных ее формах;
- проектированием и разработкой здоровьесберегающих методов;
- созданием педагогических условий ЗСД;
- управлением ЗСД и координацией деятельности всех участников педагогического процесса;
- контролем выполнения и оценкой эффективности осуществляемых воздействий.

Цель и задачи организации здоровьесберегающей деятельности ДОО. Цель указывает на будущее состояние объекта или системы, к которому она стремится, и двумя ее основными признаками являются: 1) «образ будущего результата, который по форме отражения может быть представлен либо в виде перцептивных образов и моделей, либо в виде вербализованных понятий, суждений и умозаключений», 2) «наличие потребности и стремления в достижении будущего результата» (Якунин В.А., 1988).

¹ Овчинникова Т.С. Организация здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях. СПб., 2006. С. 29—46.

Цели отдельного человека порождаются индивидуальными потребностями. Цели социальных систем, по В.Якунину, порождаются общественными потребностями.

Поскольку педагогическая система выполняет заказы государства, общества, то цели приходят извне. Если они совпадают с потребностями педагогической системы, то становятся ее внутренними целями. Если эти цели совпадают с потребностями человека, тогда они становятся внутренними целями этого человека. В этом случае необходимым элементом воспитания становится формирование ответственности за свое здоровье и умений поддерживать его. Эту задачу в наибольшей степени могут осуществить ДОО, целью которых является обеспечение психофизического здоровья всех субъектов образовательного процесса (педагогов, детей, родителей), независимо от их индивидуальных особенностей.

Осознание этой цели обеспечивает определенную гарантию ее достижения или, как пишет В.А.Якунин (1988), чем яснее осознается и понимается цель, тем больше вероятность, что она будет достигнута.

Здоровьесберегающая деятельность ДОО осуществляется в различных *формах*: медико-профилактической, физкультурно-оздоровительной, спортивно-игровой и коррекционной, образовательной, социально-психологической и информационно-просветительской.

Медико-профилактическая деятельность обеспечивает сохранение и приумножение здоровья детей под руководством медицинского персонала ДОО в соответствии с медицинскими требованиями и нормами, с использованием медицинских средств. Задачи этой деятельности:

- организация мониторинга здоровья детей и разработка рекомендаций по оптимизации детского здоровья;
- организация и контроль питания детей, физического развития, закаливания;
- организация профилактических мероприятий;
- организация контроля и помощи в обеспечении требований санитарно-эпидемиологических нормативов (СанПиНов);
- организация здоровьесберегающей среды в ДОО.

Физкультурно-оздоровительная деятельность направлена на физическое развитие и укрепление здоровья ребенка. Задачи этой деятельности:

- развитие физических качеств;
- контроль двигательной активности и становление физической культуры дошкольников, закаливание;
- гимнастика;
- массаж и самомассаж;
- формирование правильной осанки;
- оздоровительные процедуры в водной среде и на тренажерах;
- воспитание привычки повседневной физической активности.

Реализация ее осуществляется в основном инструкторами по физическому воспитанию в условиях специально организованных форм оздоровительной работы.

Спортивно-досуговая деятельность направлена на приобщение детей к спорту, включение и участие в районных, городских и прочих соревнованиях, посещение детьми в свободное время спортивных кружков и воспитание потребности в движении и активном образе жизни.

Образовательная здоровьесберегающая деятельность — это, прежде всего, воспитание валеологической культуры, или культуры здоровья дошкольников. Цель ее — осознанное отношение ребенка к здоровью и жизни, накопление знаний о здоровье и развитие умений беречь его.

Социально-психологическая деятельность — обеспечение эмоционального комфорта и позитивного психологического самочувствия ребенка в процессе общения со сверстниками и взрослыми в детском саду, семье, обеспечение социально-эмоционального благополучия дошкольников. Реализацией ее в ДООУ занимается психолог посредством специально организованных занятий или воспитатель и специалисты в текущем педагогическом процессе.

Информационно-просветительская деятельность включает в себя работу с семьей и персоналом. Ее задача — разъяснять и информировать родителей и персонал об особенностях и своеобразии развития детей, формировать у них устойчивую потребность в обеспечении своего здоровья и здоровья детей, мотивировать на здоровый образ жизни (ЗОЖ) как особую витальную ценность.

Содержанием всех этих форм деятельности являются различные методы и технологии здоровьесбережения, разнообразие которых должно привести к реализации намеченной цели — воспитанию здорового ребенка.

Принципы ЗСД в дошкольном образовании:

- гуманизация — приоритет личностного, индивидуального развития ребенка в организации педагогического процесса ДООУ;
- учет возрастных и индивидуальных особенностей, необходимость использования первичной диагностики здоровья и валеологической культуры дошкольников, оценка ее результатов в ходе организации здоровьесберегающего образовательного процесса;
- определение и развитие субъектных качеств и свойств ребенка;
- соблюдение в организации педагогического процесса интересов и направленности ребенка на конкретный вид деятельности, активности, инициативности и самостоятельности;
- субъект-субъектное взаимодействие в педагогическом процессе, в ходе которого ребенок выступает инициатором деятельности;
- педагогическая поддержка — помощь педагога ребенку, испытывающему трудность, снятие эмоциональной напряженности и дискомфорта;
- профессиональное сотрудничество и сотворчество — обязательное взаимодействие специалистов и воспитателей в ходе организации здоровьесберегающего педагогического процесса, адресное сотрудничество с семьями;
- систематичность и последовательность в организации здоровьесберегающего процесса.

Педагогические условия здоровьесберегающей деятельности.

С позиций организации педагогического процесса педагогические условия определяются средой, которая может быть разделена на внешнюю (природную, социальную, экономическую) и собственно педагогическую (образовательного учреждения). Возможности влияния педагогов на первую весьма ограничены, в то время как изменение и создание коррекционно-развивающей среды является потенциалом здоровьесберегающей системы.

Педагогическая среда — это система влияний и условий формирования личности, а также возможностей для ее развития, поддерживающих в социальном и пространственно-предметном окружении (В.А.Ясвин, 1997).

По Г.А.Ковалеву (1993), *параметрами педагогической среды служат:*

1) физическое окружение (архитектура, внешний и внутренний дизайн, комбинирование элементов);

2) человеческий фактор (пространственная и социальная плотность, персональное пространство, статусно-ролевое и половозрастное распределение субъектов учебно-воспитательного процесса);

3) программа обучения (сюда отнесен внутришкольный контроль, деятельностная структура, стиль преподавания, формы обучения и т.п.).

Здоровьесберегающую среду ДОУ можно представить как трехкомпонентную структуру:

- предметная среда — хозяйственная инфраструктура, организация питания, материальное обеспечение учебной и оздоровительной деятельности. Она определяется качественной оценкой помещений, санитарно-технического, медицинского, спортивного оборудования и оснащения, организацией системы питания с учетом требований санитарных правил и норм;

- коммуникативная среда — межличностные отношения между субъектами педагогического процесса, комплектование групп, их наполняемость, индивидуальные и типологические особенности детей, качество подготовки специалистов, осуществляющих коррекционный процесс, взаимоотношения родителей и педагогов, их представления о здоровом образе жизни;

- коррекционно-развивающая, оздоровительная среда — формы и принципы учебной и оздоровительной деятельности.

Средства воздействия здоровьесберегающей деятельности

К средствам ЗСД относятся разнообразные методики, приемы, методы и технологии, с помощью которых осуществляется воздействие.

Здоровьесберегающие технологии в дошкольном образовании — это технологии, направленные на решение приоритетной задачи современного дошкольного образования — задачи сохранения, поддержания и обогащения здоровья субъектов педагогического процесса в детском саду: детей, педагогов, родителей. Цель здоровьесберегающей технологии в ДОУ применительно к ребенку — обеспечение высокого уровня реального здоровья воспитанников

и воспитание культуры здоровья, т.е. совокупность осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни человека, знаний о здоровье и умений оберегать, сохранять и поддерживать его; применительно к взрослым — содействие становлению культуры здоровья, в том числе культуры профессионального здоровья воспитателей ДОУ, и валеологическому просвещению родителей.

По целевому признаку здоровьесберегающие технологии применяются для поддержания и укрепления физического и психического здоровья дошкольников. Обеспеченность технологии диагностическими средствами помогает педагогам отслеживать процесс и результаты педагогических воздействий. Цели, средства педагогической диагностики и анализ результативности помогают оценить технологию со стороны ее эффективности и целесообразности.

Одним из важных свойств технологии здоровьесбережения является ее *оптимальность*. Ю.К.Бабанский выделил несколько критериев оптимальности педагогического процесса (1989). По мнению автора, *педагогическая технология будет оптимальной, если ее использование:*

- способствует достижению каждым ребенком уровня здоровья, развитости и воспитанности в зоне его ближайшего развития;
- не превышает научно обоснованных затрат времени воспитателя и воспитуемого, т.е. дает максимально возможные в данных условиях результаты за промежутки времени, определенные стандартом образования и уставом ДОУ.

Важно обратить внимание и на такие свойства технологии, как ее *результативность, применимость и воспроизводимость*. Результат применения технологии — это изменения в развитии, обученности и воспитанности ребенка, произошедшие под доминирующим влиянием данной технологии за определенное время.

Среди здоровьесберегающих технологий, применяемых в системе образования, Н.К.Смирнов (2005) выделяет медико-гигиенические, физкультурно-оздоровительные, экологические здоровьесберегающие технологии, технологии обеспечения безопасности жизнедеятельности, здоровьесберегающие образовательные технологии¹.

¹ Смирнов Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе. 2-е изд., испр. и доп. М., 2006.

Наиболее часто используется классификация технологий по доминированию целей и решаемых задач, ведущих форм деятельности здоровьесбережения в ДООУ, в соответствии с которой выделяют следующие виды технологий:

медико-профилактические:

- повышение резистентности организма;
- витаминизация;
- закаливание;
- нормализация сна и питания;

физкультурно-оздоровительные (направлены на физическое развитие и укрепление здоровья ребенка):

- различные виды гимнастик;
- массаж и самомассаж;
- занятия физической культурой;
- подвижные игры;
- корригирующая гимнастика и лечебная физкультура.

Реализация этих технологий осуществляется в основном инструкторами по физическому воспитанию в условиях специально организованных форм оздоровительной работы. Отдельные приемы этих технологий воспитатели могут использовать на занятиях, прогулках, в режимные моменты и в свободной деятельности детей.

Важное значение по степени влияния на здоровье, адаптацию и развитие ребенка имеют *здоровьесберегающие образовательные технологии*, которые можно подразделить на три группы:

— организационно-педагогические, определяющие структуру воспитательно-образовательного процесса, частично регламентированную в СанПиНах¹, способствующую предотвращению переутомления, гиподинамии и других дезадаптационных состояний;

— психолого-педагогические, связанные с непосредственной работой педагога дошкольного образования, а также с психолого-педагогическим сопровождением всех элементов воспитательно-образовательного процесса в ДООУ;

— учебно-воспитательные, включающие программы по обучению заботе о своем здоровье и формированию культуры здоровья

¹ СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях»; введены в действие с 01.10.2010 г.

детей, мотивацию их к ведению здорового образа жизни, предупреждению вредных привычек, предусматривающие также организационно-просветительскую работу с педагогами и родителями воспитанников ДОУ.

Цель здоровьесберегающих образовательных технологий — обеспечить дошкольнику возможность сохранения здоровья за время пребывания в ДОУ, сформировать у него необходимые знания, умения и навыки по здоровому образу жизни, научить использовать полученные знания в повседневной жизни.

Основной показатель, отличающий все здоровьесберегающие образовательные технологии, — регулярная экспресс-диагностика состояния здоровья воспитанников и отслеживание основных параметров развития организма в динамике (начало — конец учебного года), что позволяет сделать соответствующие выводы о состоянии здоровья детей.

Средства здоровьесберегающих технологий

Для достижения целей здоровьесберегающих технологий в образовании применяются следующие группы средств:

- 1) средства двигательной направленности;
- 2) оздоровительные силы природы;
- 3) гигиенические факторы.

Комплексное использование этих средств позволяет решать задачи педагогики оздоровления.

К средствам двигательной направленности можно отнести: физические упражнения, физкультминутки и подвижные перемены, эмоциональные разрядки и «минутки покоя», гимнастика (оздоровительная гимнастика, пальчиковая, корригирующая, дыхательная, для профилактики простудных заболеваний, для бодрости), подвижные игры, специально организованная двигательная активность ребенка (занятия оздоровительной физкультурой, своевременное развитие основ двигательных навыков), массаж, самомассаж, психогимнастика, тренинг и др.

Использование *оздоровительных сил природы* оказывает существенное влияние на достижение целей здоровьесберегающих технологий в дошкольном образовании. Проведение занятий на свежем воздухе способствует активизации биологических процессов, повышает общую работоспособность организма, замедляет процесс утомления и т.д.

Учет влияния метеорологических условий (солнечное излучение, воздействие температуры воздуха и воды, изменения атмосферного давления, движение и ионизация воздуха и др.) на определенные биохимические процессы в организме человека, которые приводят к изменению состояния здоровья и работоспособности детей, может способствовать снятию негативного воздействия обучения на дошкольников.

Как относительно *самостоятельные средства оздоровления* можно выделить солнечные и воздушные ванны, водные процедуры, фитотерапию, ароматерапию, ингаляции, витаминотерапию (витаминизацию пищевого рациона), йодирование питьевой воды и др.

К *гигиеническим средствам* достижения целей здоровьесберегающих образовательных технологий воспитания и обучения, содействующим укреплению здоровья и стимулирующим развитие адаптивных свойств организма, относятся:

- выполнение санитарно-гигиенических требований, регламентированных СанПиНами;

- личная и общественная гигиена (чистота тела, чистота мест занятий, воздуха и т.д.);

- проветривание и влажная уборка помещений;

- соблюдение общего режима дня, режима двигательной активности, режима питания и сна;

- привитие детям элементарных навыков мытья рук, использования носового платка при чихании и кашле и т.д.;

- обучение детей элементарным приемам здорового образа жизни (ЗОЖ);

- ограничение предельного уровня учебной нагрузки во избежание переутомления.

Несоблюдение гигиенических требований к проведению занятий снижает положительный эффект здоровьесберегающих образовательных технологий воспитания и обучения.

Одним из главных требований к использованию перечисленных выше средств является их системное и комплексное применение в виде:

- занятий с использованием профилактических методов, применением функциональной музыки, аудиосопровождением;

- чередования учебных занятий с высокой и низкой двигательной активностью;

- реабилитационных мероприятий;
- массовых оздоровительных мероприятий (спортивно-оздоровительные праздники, тематические праздники здоровья, выход на природу, экскурсии);
- пропаганды здорового образа жизни в системе организационно-теоретических и практических занятий в родительских лекториях, в работе с педагогическим коллективом.

Методы здоровьесберегающих технологий

Под методами здоровьесберегающих образовательных технологий воспитания и обучения понимаются способы применения средств, позволяющих решать задачи педагогики оздоровления.

В здоровьесберегающих образовательных технологиях обучения применяются две группы методов: *специфические* (характерные только для процесса педагогики оздоровления) и *общепедагогические* (применяемые во всех случаях обучения и воспитания).

Ни одним из методов в методике педагогики оздоровления нельзя ограничиваться как наилучшим. Только оптимальное сочетание специфических и общепедагогических методов в соответствии с методическими принципами может обеспечить успешную реализацию комплекса задач здоровьесберегающих образовательных технологий воспитания и обучения.

В структуре метода выделяют *приемы*, как составную часть, отдельный шаг в реализации метода.

Приемы можно классифицировать следующим образом:

- *защитно-профилактические* (личная гигиена и гигиена обучения);
- *компенсаторно-нейтрализующие* (физкультминутки, оздоровительная, пальчиковая, корригирующая, дыхательная и др. гимнастика, лечебная физкультура; массаж; самомассаж; психогимнастика, тренинг, позволяющие частично нейтрализовать стрессовые ситуации);
- *стимулирующие* (элементы закаливания, физические нагрузки, приемы психотерапии, фитотерапии и др.);
- *информационно-обучающие*.

Использование методов и приемов зависит от многих условий: от профессионализма педагога, от его личной заинтересованности, от уровня реализации здоровьесберегающих технологий (город, район, дошкольное учреждение, возрастная группа). Только

при условии, что все отдельные подходы будут объединены в единое целое, можно рассчитывать на то, что будет сформировано *здоровьеобразовательное пространство*, реализующее идеи здоровьесберегающей педагогики.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте сущность здоровьесберегающей деятельности ДОУ.
2. Проведите сравнительный анализ здоровьесберегающих технологий, применяемых в ДОУ на основе их классификации.
3. Опишите средства здоровьесберегающих технологий.
4. Каковы цели и задачи здоровьесберегающей образовательной технологии в условиях ДОУ?
5. Назовите ожидаемые результаты внедрения здоровьесберегающих технологий в ДОУ.

2.2. Медико-гигиенические и физкультурно-оздоровительные здоровьесберегающие технологии

Актуальной проблемой современности является создание благоприятных условий для всестороннего развития каждого ребенка с учетом его функциональной зрелости, склонностей, способностей и интересов.

Социально-гигиенические факторы, условия воспитания и обучения детей в образовательных учреждениях оказывают выраженное влияние на формирование здоровья подрастающего поколения. Условия жизнедеятельности должны быть благоприятными для обучения и воспитания и способствовать нормальному росту и развитию детей.

Уже с момента рождения ребенок нуждается в гигиенической организации окружающей его среды. Для дошкольных учреждений разработаны необходимые правила и нормативы, соблюдение которых обеспечивает успешное проведение всей воспитательной работы, способствует нормальному физическому и нервно-психическому развитию, укреплению здоровья детей.

Гигиенически полноценная среда обитания определяется благоустройством и санитарным состоянием образовательных учреждений, а также предметной средой, окружающей ребенка. Гигиенические требования к детским учреждениям базируются на данных о физиологических изменениях в организме в результате взаимодействия его со средой с учетом возраста детей, особенностей организации воспитательно-образовательного процесса в ДОУ.

Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и режиму воспитания и обучения в дошкольных образовательных учреждениях определяются санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.4.1.2660-10 «*Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях*», разработанными в соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 № 554 «Об утверждении положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295; 2004, № 8, ст. 663; 2004, № 47, ст. 4666; 2005, № 39, ст. 3953).

Настоящие нормы и правила утверждены Главным государственным врачом РФ Г.Г.Онищенко 22 июля 2010 г., введены в действие с 01 октября 2010 г. и являются обязательными для исполнения для всех юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, деятельность которых связана с проектированием, строительством, реконструкцией и эксплуатацией ДОУ, воспитанием и обучением детей, а также для органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический контроль.

Настоящие санитарные правила распространяются как на дошкольные организации, реализующие основную общеобразовательную программу дошкольного образования, так и на дошкольные организации, оказывающие услуги по уходу и присмотру за детьми, не связанные с оказанием образовательных услуг.

Медико-гигиенические технологии в дошкольном образовательном учреждении направлены на создание оптимальных условий роста и развития детского организма, исключение негативного

влияния внешних факторов риска, повышение защитных сил организма и профилактику заболеваний и отклонений в развитии.

В первую очередь к медико-гигиеническим технологиям относят контроль и помощь в обеспечении надлежащих гигиенических условий в соответствии с регламентациями СанПиН. Особое внимание уделяется соблюдению гигиенических требований к воздушно-тепловому режиму, освещенности основных помещений ДООУ, соответствию детской мебели росту и пропорциям тела, соблюдению требований к одежде и обуви ребенка, организации и контролю за питанием детей раннего и дошкольного возраста, организации режимных моментов и воспитательно-образовательного процесса в целом. Медицинской составляющей медико-гигиенических здоровьесберегающих технологий в ДООУ являются: витаминизация, специальные мероприятия, направленные на повышение неспецифической резистентности организма, организация профилактических осмотров и профилактических прививок, мониторинг здоровья детей раннего и дошкольного возраста. Данные технологии реализуются как медицинским персоналом ДООУ, так и педагогическим составом.

Физкультурно-оздоровительные технологии в ДООУ направлены на повышение уровня физического развития и физической подготовленности, предупреждение нарушений физического развития, коррекцию нарушений осанки и плоскостопия, на повышение адаптивных возможностей детского организма, а также воспитание привычки к повседневной физической активности и заботе о здоровье. Реализуются в ходе воспитательно-образовательного процесса, а также в ходе культурно-досуговой деятельности как непосредственно с детьми, так и в совместной деятельности с родителями.

Остановимся на некоторых медико-гигиенических и физкультурно-оздоровительных технологиях более подробно.

Одной из важнейших задач дошкольного образовательного учреждения является обеспечение оптимальных условий среды обитания ребенка. Как уже отмечалось выше, гигиенические требования к среде определены СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях». Отделка внутренних помещений ДООУ, расстановка мебели, требования

к воздушно-тепловому режиму и освещенности зависят от климатической зоны, назначения помещения и возраста детей.

Воздушная среда помещений оказывает влияние на общее развитие и здоровье ребенка. Плохой химический состав воздуха, высокая или низкая его температура и влажность могут вызвать нарушение нормальной жизнедеятельности организма.

Потребность детей в качественном воздухе очень велика, так как вследствие большой частоты и малого объема дыхательных движений, обусловленных особенностями строения грудной клетки, интенсивность обмена газов между кровью и воздухом у них несколько ниже, чем у взрослых. Поэтому необходимо, чтобы химический и биологический состав воздуха, а также его физические свойства отвечали установленным гигиеническим требованиям.

В закрытых помещениях детских учреждений во время пребывания детей качество воздуха постепенно ухудшается: нарастает количество углекислого газа, водяных паров, тяжелых ионов, уменьшается содержание кислорода, легких ионов, заметно повышается температура, запыленность и бактериальная загрязненность, появляются органические примеси, которые ухудшают самочувствие ребенка.

Изменение химического состава воздуха обусловлено тем, что выдыхаемый воздух существенно отличается от атмосферного.

Подсчитано, что в процессе жизнедеятельности дети дошкольного возраста выделяют в окружающую среду около 4 л углекислоты в час. Во время двигательной активности или физической работы выделение углекислоты увеличивается в 2-3 раза.

Органические вещества — аммиак, сероводород, летучие жирные кислоты — выделяются человеком через кожу, ротовую полость и кишечник. В воздухе помещений их тем больше, чем хуже уход за телом и детской одеждой.

Опасность для организма представляет воздух, насыщенный пылью, в которой задерживается огромное количество микробов, выделяемых при дыхании, кашле, чихании. Основным источником микрофлоры в воздухе помещений с пребыванием детей является флора носоглотки и пыль. Специальные исследования показывают, что количество микроорганизмов в 1 м³ воздуха от начала дня к концу смены возрастает в 6—7 раз. И значительно больше — когда в группе находится ребенок, больной острым

респираторным заболеванием, гнойничковыми заболеваниями кожи, стрептодермией, распространенным кариесом.

Наиболее эффективный путь борьбы с бактериальной загрязненностью воздуха в детских учреждениях — санация носоглотки детей, своевременная диагностика и лечение кариеса, борьба с пылью, а также достаточная инсоляция помещений. Под влиянием ультрафиолетовых лучей солнечного спектра многие болезнетворные микробы погибают, а организм ребенка становится менее восприимчивым к заболеваниям.

В помещениях постепенно изменяется и ионный состав воздуха. Легкие ионы, которые благотворно влияют на жизнедеятельность организма, адсорбируются дыхательными путями, парами воды, пылевыми частицами, количество их постепенно уменьшается, в то время как количество тяжелых ионов, содержащихся в выдыхаемом детьми воздухе, увеличивается. Исследования показывают, что количество легких ионов в воздухе основных помещений ДОУ (групповые ячейки, физкультурный и музыкальный залы) находится в обратной пропорциональной зависимости от запыленности воздуха, влажности и содержания углекислоты. При широкой аэрации происходит благоприятное изменение ионного состава воздуха помещений.

О качестве воздуха в помещении принято судить по количеству углекислого газа в нем, так как содержание последнего изменяется параллельно с изменением химического состава и физических свойств воздуха. Установлена предельно допустимая концентрация углекислого газа в помещениях, где находятся дети, равная 0,1%. Эта величина положена в основу расчета необходимого воздуха на одного ребенка в час и последующего примерного расчета кратности воздухообмена в отдельных помещениях ДОУ.

Правильный режим проветривания и влажной уборки помещений ДОУ, плановая наполняемость групп, строгий контроль за состоянием здоровья дошкольников, своевременная изоляция больных детей будут способствовать здоровьесбережению воспитанников.

Световой режим. Солнечный свет оказывает биологическое действие на организм, особенно детский, способствует нормальному росту и развитию, положительно влияет на психическое состояние, оказывая тонизирующее действие, повышает сопротивляемость организма к заболеваниям.

Особенно велика роль лучистой энергии солнца в формировании растущего детского организма. Активизируя процессы обмена, она способствует правильному росту и развитию. Ультрафиолетовые лучи, воздействуя на кожу ребенка, переводят провитамин Д в его активную форму, тем самым способствуют костеобразованию.

Свет оказывает и психологическое воздействие — обилие света создает эмоционально-приподнятое, радостное настроение и наоборот, сумеречный свет подавляет все психические функции.

Ультрафиолетовая часть солнечного света обладает выраженным бактерицидным действием (губительным действием на микроорганизмы) и тем самым способствует оздоровлению окружающей среды.

Важна роль света и для полноценной деятельности зрительного анализатора, для профилактики близорукости. Доказано, что все зрительные функции (острота зрения, контрастная чувствительность, устойчивость ясного видения) резко снижаются при плохой освещенности и повышаются с ее возрастанием. Лучшие условия освещения обеспечивают легкость зрительного восприятия. Поэтому в помещениях для детей должны быть созданы оптимальные условия освещения, в первую очередь, естественного.

Основные гигиенические требования к условиям освещения заключаются в обеспечении достаточного уровня освещенности, равномерности распределения светового потока и яркостных контрастов в помещении, отсутствии прямой и отраженной блескости.

Оптимальной для нормальной жизнедеятельности человека является естественная освещенность, которая обуславливается прямыми солнечными лучами и рассеянным светом небосвода и меняется в зависимости от географической широты, высоты стояния солнца, степени облачности и прозрачности атмосферы.

Естественная освещенность помещений ДОУ в значительной степени зависит от ориентации окон, количества окон, их величины и конфигурации. Чем больше остекленная поверхность окон, тем больше света проникает в помещение. Величина окон должна соответствовать площади помещения. Форма окон должна обеспечивать возможно большее проникновение световых лучей. Доказано, что через верхнюю часть окна проникает наиболее эффективная

часть светового потока, идущая от небосвода, поэтому эта часть окна не должна быть затенена шторами.

От высоты верхнего края окна зависит глубина проникновения световых лучей в помещение. Чем выше верхний край окна, тем глубже проникает свет. Чем дальше расположено то или иное место от окна, тем слабее его естественная освещенность.

Проникновению естественного света в помещение не должны препятствовать комнатные цветы, расположенные на подоконниках, тюлевые занавеси (задерживают до 40% света), запыленность и загрязненность стекол (загрязненное стекло поглощает до 50% светового потока).

Высота подоконников должна обеспечивать возможность переводить взор вдаль, чтобы детям предоставлять отдых аппарату аккомодации глаза.

На естественную освещенность влияет также степень отражения света ограждающими поверхностями (потолок, стены, пол). При отделке помещений необходимо учитывать отражение световых лучей различным цветом: белым — 90%, желтым — 80%, голубым — 70%, светло-зеленым — 60%, темно-зеленым — 22%, черный цвет поглощает почти 100% света. В учебных помещениях, групповых рекомендуется использовать мягкие спокойные матовые тона (светло-бежевые, светло-зеленые, разные оттенки желтого). Наиболее физиологичным является окраска групповых помещений и детской мебели под цвет натурального дерева.

Выбор цветового решения зависит от назначения помещения. При оформлении интерьера помещений, выборе цветовой гаммы мебели и стен необходимо учитывать цветовое решение всех помещений в целом. Удачно выбранный цвет и рисунок стен позволяют создать гармоничный переход из одного помещения в другое. В рабочих комнатах цветовое решение должно быть лаконичным и ясным, поддерживающим деловую атмосферу. Спокойные по цвету плоскости способствуют концентрации внимания. Умственной работе способствуют желто-зеленый и оранжевый цвета. Более яркие цвета рекомендуется использовать в музыкальном и физкультурном залах, а также в холлах.

Для создания гигиенически полноценного освещения необходимо равномерное распределение яркостей в поле зрения. Неравномерность естественного освещения основных помещений

не должна превышать 3:1¹. При неравномерной яркости перевод зрения сопровождается переадаптацией к новым световым условиям. Частая переадаптация приводит к быстрому утомлению зрительного анализатора. Равномерное распределение яркостей достигается светлой окраской ограждающих поверхностей и мебели, и защитой от прямых солнечных лучей.

Недостаток естественного освещения неблагоприятно сказывается на самочувствии ребенка, состоянии его зрения, проявляется в снижении работоспособности и повышенной утомляемости, поэтому недостаток естественного освещения должен компенсироваться искусственным.

Искусственное освещение должно быть достаточным по силе, равномерным, обеспечивать благоприятное соотношение яркостей в поле зрения, не должно давать прямой и отраженной блескости. Для охраны зрения важно, чтобы уровень освещенности в помещениях для учебных и игровых занятий соответствовал гигиеническим нормам для каждого помещения. Так, для групповых комнат искусственная освещенность в темное время суток должна составлять 300 лк на уровне рабочего стола; в спальнях — 75 лк на уровне 0,5 м от пола, в физкультурном и музыкальном залах — 200 лк на уровне 0,5 м от пола.

При выборе источников искусственного освещения предпочтение отдается люминисцентным лампам. Преимущества люминисцентного света:

- люминисцентные лампы — холодный источник света, не вызывает нагревание воздуха в помещении;
- люминисцентный свет по спектральному составу близок к естественному и не дает резких теней;
- более выгоден в экономическом плане.

Организация питания детей — еще один приоритет в сохранении и укреплении здоровья. Полноценное и сбалансированное питание особенно важно в детском возрасте. Только разнообразная пища обеспечивает организм ребенка необходимыми веществами для его роста и развития. Разумно организованное питание

¹ СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях», п. 7.3.

в детском саду позволяет сформировать правильное пищевое поведение и вкусовые привычки не только самого ребенка, но и его родителей. Недостаточное обеспечение детей дошкольного возраста железом, селеном, йодом, цинком, кальцием может послужить основанием для существенных нарушений в формировании интеллекта, опорно-двигательного аппарата или соединительной ткани в целом, репродуктивной сферы, снижении физической работоспособности и т.п.

Поэтому определяющим принципом организации детского питания должно стать сбалансированное питание, концепция которого детально разработана академиком РАМН А.А.Покровским. Согласно этой теории, обеспечение нормальной жизнедеятельности организма возможно не только при условии его снабжения соответствующим количеством энергии и белка, но и при соблюдении достаточно строгих взаимоотношений между многочисленными незаменимыми компонентами питания, каждому из которых в обмене веществ принадлежит своя роль. К таким компонентам питания относятся незаменимые аминокислоты, витамины, некоторые жирные кислоты, минеральные вещества и микроэлементы.

Выразителем сбалансированного питания здорового ребенка является рациональное питание. *Рациональное питание* (от лат. *rationalis* — разумный) — это физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда и других факторов, основывающихся на следующих принципах:

- соответствие энергетической ценности рациона среднесуточным энергозатратам;

- наличие в рационе необходимых пищевых веществ в оптимальных соотношениях;

- правильное распределение пищи по приемам в течение дня (режим питания) — время и количество приемов пищи, интервалы между ними;

- обеспечение высокого качества пищи — хорошая усвояемость пищи, зависящая от ее состава и способа приготовления, внешний вид, консистенция, вкус, запах, цвет, температура, объем, разнообразие;

- обеспечение оптимальных условий приема пищи — соответствующая обстановка, сервировка стола, отсутствие отвлекающих от еды факторов, положительный настрой на прием пищи;

— санитарно-эпидемиологическая и радиационная безопасность пищи.

Физиологические нормы питания утверждаются в масштабах страны и периодически пересматриваются. В настоящее время действуют нормы, утвержденные Главным государственным санитарным врачом страны в 1991 г. Они составлены для одиннадцати возрастно-половых групп детей. Впервые выделены нормы для детей, обучающихся с 6 лет. С 11-летнего возраста нормы питания дифференцированы по полу.

При организации детского питания большое значение имеет соблюдение продуктовой сбалансированности питания, направленной на выполнение физиологических норм пищевых веществ именно теми продуктами, которые более всего необходимы детям. Продуктовая сбалансированность детского питания является главным признаком его рациональности.

Рационы питания в ДОО рассчитываются, исходя из суточных потребностей в пищевых веществах и энергии. Современный подход к организации питания в ДОО свидетельствует о том, что рацион питания при 10,5—12-часовом пребывании в нем ребенка должен покрывать 80—85% его суточных потребностей в энергии, но почти полностью — в незаменимых компонентах питания¹. При составлении меню и расчетах калорийности необходимо соблюдать оптимальное соотношение пищевых веществ (белков, жиров и углеводов), которое должно составлять 1:1:4 соответственно².

При составлении меню пользуются разработанным Институтом питания РАМН примерным меню, которое содержит информацию о количественном составе основных пищевых веществ и энергии по каждому блюду, приему пищи, за каждый день и в целом за период его применения. В примерном меню не допускается повторение одних и тех же блюд или кулинарных изделий в один и тот же день или в смежные дни.

¹ Швецов А.Г. Формирование здоровья детей в дошкольных учреждениях: в помощь врачам, мед. и пед. работникам дошк. учреждений. М., 2006.

² СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях», п. 16.8.

Режим питания для детей в дошкольном образовательном учреждении зависит от времени пребывания детей в нем и устанавливается в соответствии с требованиями СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях» (раздел 16).

В ДОУ проводится круглогодичная искусственная С-витаминация готовых блюд или их обогащение витаминно-минеральными комплексами, специально предназначенными для этой цели.

Необходимые расчеты и оценку использованного на одного ребенка среднесуточного набора пищевых продуктов проводят 1 раз в 10 дней. По результатам оценки, при необходимости, проводят коррекцию питания в течение следующей недели (10 дней).

Подсчет энергетической ценности полученного рациона питания и содержания в нем основных пищевых веществ (белков, жиров и углеводов) проводят ежемесячно.

Для обеспечения преемственности питания родителей информируют об ассортименте питания детей, вывешивая ежедневное меню.

Профилактически-оздоровительная работа в ДОУ

Под ***профилактикой*** понимается комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранение причин заболеваний, улучшение условий труда, быта и отдыха населения, охрану окружающей среды.

Профилактика осуществляется как на индивидуальном уровне (*индивидуальная профилактика*) — это меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек (практически сводится к соблюдению норм здорового образа жизни), так и на групповом уровне — включает систему мероприятий по охране здоровья коллективов.

Выделяют *профилактику первичную*, под которой понимается совокупность мер, направленных на развитие условий, способствующих здоровью и предупреждению воздействия негативных факторов на здоровье; *профилактику вторичную*, направленную на раннее выявление факторов риска, функциональных отклонений и их коррекцию; и *третичную* — предупреждение перехода острого заболевания (или травмы) в хроническое или в более тяжелую

стадию, обострений в течении болезни, неблагоприятного исхода и включает в основном реабилитационные мероприятия.

Профилактически-оздоровительная работа в ДОО проводится в двух основных направлениях: профилактическое и оздоровительное.

Плановое профилактическое обслуживание предполагает проведение комплекса мер по повышению специфической и неспецифической резистентности детского организма к неблагоприятным внешним воздействиям и охватывает всех детей I и II групп здоровья (первичная профилактика).

Оздоровительное направление предполагает оздоровление детей из группы риска (вторичную профилактику), в первую очередь, детей со сниженным иммунитетом (прежде всего, часто болеющие дети), и проведение определенного объема лечебно-оздоровительных мероприятий, исходя из возможностей ДОО. Более развито это направление в специализированных или коррекционных детских садах.

Основные виды воздействия на организм — иммунотерапевтическое и иммунопрофилактическое. *Имунотерапия* — это воздействие на иммунную систему, функция которой нарушена в результате различных причин, а также на возбудителя заболевания или его токсины. *Имунопрофилактика* — это воздействие на измененную иммунную систему с целью ее совершенствования, гибкости, мобилизации резервных возможностей. Иммунотерапевтические мероприятия — основа *оздоровительной* работы с детьми группы риска, иммунопрофилактические — основа *плановой профилактической работы* со всеми детьми в ДОО.

Иммунотерапевтические и иммунопрофилактические мероприятия можно разделить на две группы:

- 1) специфические — иммунопрофилактика с помощью профилактических прививок;

- 2) неспецифические — повышение адаптивных возможностей организма путем широкого использования физкультурно-оздоровительных средств.

Активная профилактическая вакцинация детей в ДОО проводится в определенные периоды жизни, согласно Национальному

календарю профилактических прививок¹. Национальный календарь профилактических прививок включает профилактические прививки против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита.

Неспецифическая иммунопрофилактика представляет собой совокупность методов стимуляции скрытых, резервных, защитных сил организма, их совершенствования, получивших обобщенное название «закаливание организма».

Закаливание — это система гигиенических мероприятий, направленных на повышение устойчивости организма к неблагоприятным воздействиям внешней и внутренней среды.

Охарактеризуем средства повышения неспецифической резистентности организма, наиболее широко применяемые в условиях ДОУ.

Утренняя зарядка с элементами дыхательной гимнастики

Утренняя гигиеническая гимнастика введена в ДОУ в качестве обязательного элемента режима дня. В теплый период года и при хорошей погоде утренняя гимнастика должна проводиться на свежем воздухе, на игровых площадках. Гимнастика включает в себя несложные игры; 5—6 имитационных (подражательных) упражнений для рук и плечевого пояса, для туловища, ног; такие движения как приседание, прыжки, бег и спокойная ходьба.

Продолжительность ее зависит от возраста и подготовленности детей к двигательной активности, от 5 до 10 минут. Каждые 10—15 дней упражнения необходимо менять.

Во время выполнения движений особое внимание обращается на носовое дыхание, ритм дыхания (вдох-выдох) в соответствии с выполняемыми упражнениями. Нужно следить, чтобы ребенок дышал свободно, не задерживал дыхание. Для улучшения функции внешнего дыхания в утреннюю гимнастику включают дыхательные упражнения (*звуковую гимнастику*).

¹ Приказ МЗ РФ № 229 от 27.06.01 г. «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (с изменениями от 9 апреля 2009 г. № 166).

Утренние гигиенические мероприятия и закаливающие процедуры

При чистке зубов полоскание рта проводится холодной водопроводной водой 2—3 раза. После умывания холодной водой лицо вытирают не насухо, с последующим обсыханием, что является мощной закаливающей процедурой.

В период роста заболеваемости ОРВИ, гриппом желательно ежедневно утром и после дневного сна проводить мыльные аппликации носовых ходов. Для мыльных аппликаций может использоваться только туалетное мыло («Детское», «Ланолиновое» и др.), но не хозяйственное. При выполнении процедуры ребенок намыливает указательный палец и обрабатывает им на достижимую глубину оба носовых хода.

Физкультминутки с элементами закаливания

Физкультминутка проводится с целью активно изменить деятельность детей и этим ослабить наступающее утомление, а затем вновь переключить их на продолжение занятия.

Физкультминутка продолжительностью 1,5—2 минуты проводится примерно в середине занятия, поводом для ее проведения служит появление первых признаков утомления (снижение внимания и двигательное беспокойство).

Подбор упражнений для физкультминутки проводится с учетом того, что упражнения должны быть знакомы детям и просты в исполнении, должны охватывать крупные мышечные группы. В физкультминутку включают упражнения, связанные с потягиванием, выпрямлением позвоночника, ходьбой на месте, приседанием, подскоками в быстром темпе. Можно включать и упражнения для мелких групп мышц: кистей рук, шеи, лица, глаз.

Для детей старше пяти лет рекомендуется включать в физкультминутку точечный профилактический самомассаж 2—3 биологически активных точек по схеме, направленный на повышение неспецифической резистентности организма к простудным заболеваниям¹.

¹ Швецов А.Г. Формирование здоровья детей в дошкольных учреждениях. С. 57—61.

Точечный массаж

Стимуляция биологически активных точек влияет на синтез антител, тем самым повышает иммунный ответ организма, нормализует подвижность нервных процессов, стимулирует гипоталамо-гипофизарную систему и повышает адаптационные возможности организма¹.

Хождение босиком

Тренирует сосуды кожи стоп, рефлекторно улучшает деятельность сосудов верхних дыхательных путей. Необходимо приучать детей регулярно ходить босиком дома, в летнее время — по открытому грунту (траве, гравии, песку), начиная с 2—3 минут до 15—20 минут и более. Минимальная температура воздуха на улице, при которой детям разрешается ходить босиком, — 22—23°C.

Проведение физкультурного занятия в зале босиком в осенне-зимний период — эффективный способ закаливания детей дошкольного возраста.

В случае чрезмерного охлаждения ног следует немедленно прекратить занятие, растереть стопы, надеть носочки и продолжить занятие.

К пяти годам дети должны быть обучены хождению босиком так, что все подвижные занятия в зале и в групповой комнате должны проводиться только босиком.

Физическое воспитание и его роль в сохранении и укреплении здоровья

Даже при строгом соблюдении требований СанПиН к максимальной учебной нагрузке на ребенка ритм жизни ребенка в детском саду остается высоким, не всегда удается сохранить оптимальный баланс между учебной и двигательной деятельностью. Для решения основной задачи дошкольного образования: сохранения и укрепления здоровья ребенка необходимо обеспечить оптимальный двигательный режим в детском саду, достаточное время в режиме дня отвести для осуществления оздоровительных мероприятий. Возникает необходимость создания такой системы работы, при которой происходила бы интеграция оздоровительной деятельности с образовательной, что в конечном итоге способствовало бы сохранению и укреплению физического и психического

¹ Там же.

здоровья ребенка, формированию привычки здорового образа жизни.

Грамотная высокоэффективная организация здоровьесберегающего педагогического процесса предусматривает соответствие педагогических воздействий возрастным и индивидуальным возможностям детей раннего и дошкольного возраста, использование адекватных технологий развития и воспитания, способствующих усвоению детьми ценностей здоровья и здорового образа жизни. Физическое воспитание играет одну из главенствующих ролей в этом направлении, как компонент здорового образа жизни.

Интересно, что ни один взрослый человек не в состоянии сделать в сутки столько движений, сколько дети шестилетнего возраста, что, в свою очередь, отражается на формировании ребенка.

Формируется скелет ребенка: начинают быстро расти ноги, изменяется форма позвоночного столба, а вместе с ним и расположение ребер. Детский позвоночник и межпозвоночные хрящи отличаются большой эластичностью, поэтому в данном возрасте очень важно обращать внимание на позу ребенка за партой, не разрешать ему носить тяжести. При нарушении этих правил может возникнуть боковое искривление позвоночника — сколиоз. При поддержании определенной позы основная нагрузка ложится на скелетные мышцы. В связи со статическим напряжением этих мышц уменьшается кровоток в них и приток питательных веществ, за счет чего в крови накапливаются продукты обмена, отсюда быстрая утомляемость ребенка при статической работе.

Немаловажное значение в этом возрасте имеет образование условных рефлексов, связанных с движением. Ученые доказали (Н.Ю.Бабаев), что они в этот период образуются довольно быстро, и двигательные навыки, если в их основе лежат условные рефлексы, значительно устойчивы. Биологическое значение движения для растущего и развивающегося организма имеет особое значение, как фактор, способствующий физическому развитию и воспитанию личности в целом. «Без движений невозможно ни познание природы, не тем более переделка ее в процессе труда, ни совершенствование самого человека в процессе воспитания» (К.М.Быков).

Под *физическим воспитанием* следует понимать совокупность государственных, общественных, семейных и самостоятельных

форм воспитания и обучения, осуществляемых с целью формирования физических качеств, двигательных навыков и умений, сохранения и укрепления здоровья, лучшей подготовки к разнообразной трудовой и творческой деятельности.

А.Г.Сухаревым сформулирована концепция укрепления здоровья средствами физического воспитания, которая предполагает:

- повышение, при рациональном физическом воспитании, неспецифической устойчивости организма к воздействию патогенных микроорганизмов и неблагоприятных факторов окружающей среды и, следовательно, снижение заболеваемости;
- стимулирование процесса роста и гармоническое развитие, благоприятно отражающиеся на созревании, функциональном совершенствовании ведущих систем организма, повышении его биологической надежности;
- совершенствование реакций терморегуляции и закаливания организма, обеспечивающих его устойчивость к простудным заболеваниям;
- своевременное формирование двигательного анализатора и развитие резервных возможностей организма, т.е. повышение физической работоспособности;
- повышение тонуса коры большого мозга и создание положительных эмоций, способствующих охране и укреплению психического здоровья¹.

Однако физическое воспитание оказывает разностороннее благоприятное влияние на организм только в том случае, если оно осуществляется на научной основе. Для этого каждому индивидууму, в зависимости от возраста, пола, исходного уровня состояния здоровья и физической работоспособности, необходимо систематически использовать, а затем, отслеживая эффективность их воздействия на организм, вносить коррективы в программы физического воспитания, при этом достигая конечной цели, т.е. улучшения здоровья, как на уровне индивидуума, так и на уровне популяции.

Критерием оценки физического воспитания является величина суточной двигательной активности (СДА). Показателями СДА

¹ Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. М., 1991.

служат: число шагов (шагометрия), величина суточных энергозатрат (ккал/сутки) и продолжительность динамического компонента в режиме дня (в часах, на основе хронометража).

Основной задачей физического воспитания детей является формирование мотивации к регулярным занятиям физическими упражнениями и оптимизация СДА.

Между реакцией организма и количественной величиной СДА имеется определенная зависимость: положительное влияние на здоровье суточная двигательная активность оказывает только в том случае, если она находится в пределах оптимальной величины, недостаточная двигательная активность (*гипокинезия*), равно как и чрезмерная СДА (*гиперкинезия*) имеют обратный эффект, оказывая отрицательное влияние на ребенка.

Располагая количественной характеристикой СДА ребенка, можно предсказать ее влияние на организм. Дефицит движений (*гипокинезия*) вызывает многообразные морфофункциональные изменения в организме, которые можно рассматривать как адаптацию к низкому уровню двигательной активности. Комплекс более глубоких физиологических изменений, обусловленный гипокинезией, относится к предпатологическим и патологическим состояниям. Ведущими симптомами данных состояний являются: астенический синдром, детренированность регуляторных механизмов, снижение функциональных возможностей и нарушение деятельности опорно-двигательного аппарата и вегетативных функций.

Чрезмерная двигательная активность обозначается термином «*гиперкинезия*». Активизация движений, ранняя спортивная специализация, создающие гиперкинезию, за последние годы распространились в спорте. Значение этого обстоятельства для роста и развития детского организма столь серьезно, что потребовалось проведение специальных научных исследований. Оказалось, что при гиперкинезии возникают специфические функциональные нарушения и клинические изменения, обозначаемые как состояние гиперкинезии. Это состояние сопровождается опасными изменениями со стороны ЦНС и нейрорегуляторного аппарата детей. Отмечается истощение симпатико-адреналовой системы, дефицит белка и снижение защитных сил организма (табл. 5).

Таблица 5

Влияние привычной СДА на растущий организм

<i>Показатели</i>	<i>Привычная СДА</i>		
	<i>оптимальная</i>	<i>гипокинезия</i>	<i>гиперкинезия</i>
Рост и развитие	стимуляция	задержка	дисгармония
Половое созревание	норма	норма	задержка
Иммунный статус	высокий	понижен	нарушен
Заболеваемость	низкая	повышена	высокая
Степень адаптации	высокая	понижена	дезадаптация
Работоспособность	высокая	понижена	специфична
Физические качества	норма	понижение	избирательные

Теоретическая концепция о незаменимости и необходимости двигательной активности для жизнедеятельности ребенка состоит в том, что СДА оказывает оздоровительное влияние на растущий организм только в диапазоне оптимальных величин.

Гигиенической нормой СДА являются такие величины двигательного компонента и энергетических затрат, которые считаются оптимальными, оказывая благоприятное влияние на процесс роста, а также развитие и состояние здоровья детей и подростков (табл. 6).

Таблица 6

Гигиеническая норма суточной двигательной активности детей

<i>Возраст (годы)</i>	<i>Локомоции (тыс. шагов)</i>
3 года (оба пола)	9—13
4 года (оба пола)	9—13
5 лет (оба пола)	11—15
6 лет (оба пола)	11—15
7 лет (оба пола)	14—18

Таким образом, между состоянием здоровья детей и подростков и организацией их физического воспитания существует параболическая зависимость. Рациональное использование разнообразных средств и форм физического воспитания при оптимальной активности оказывает благоприятное влияние на растущий организм, способствуя укреплению здоровья детей и подростков.

Требования к организации физического воспитания

Физическое воспитание детей должно быть направлено на улучшение состояния здоровья и физического развития, расширение функциональных возможностей растущего организма, формирование двигательных навыков и двигательных качеств.

Рациональный двигательный режим, физические упражнения и закалывающие мероприятия следует осуществлять с учетом состояния здоровья, возрастно-половых возможностей детей и сезона года.

Организованные формы двигательной деятельности должны включать: утреннюю гимнастику, физкультурные занятия в помещении и на воздухе, физкультурные минутки, подвижные игры, спортивные упражнения, ритмическую гимнастику, занятия на тренажерах, плавание и т.п.

Следует предусмотреть продолжительность двигательной активности воспитанников 5—7 лет в организованных формах оздоровительно-воспитательной деятельности до 6—8 часов в неделю с учетом психофизиологических особенностей детей, времени года и режима работы ДОУ.

Для реализации двигательной деятельности детей следует использовать оборудование и инвентарь физкультурного зала и спортивных площадок.

Физическое воспитание детей первого года жизни организуют в форме индивидуальных занятий, включающих комплексы массажа и гимнастики. Врач назначает комплексы строго индивидуально с учетом возраста ребенка, его состояния здоровья, физического и нервно-психического развития.

Врачебные назначения обязательно фиксируют в медицинской карте ребенка.

Занятия с детьми первого года жизни проводят с каждым ребенком индивидуально в групповом помещении ежедневно не ранее, чем через 45 минут после еды.

Длительность занятия с каждым ребенком составляет 6—10 минут.

Начиная с 9 месяцев, помимо комплексов гимнастики и массажа, с детьми проводят разнообразные подвижные игры в индивидуальном порядке. Допускается объединение детей в небольшие группы (по 2—3 ребенка).

Для индивидуальных занятий используют стол высотой 72—75 см, шириной 80 см, длиной 90—100 см, покрытый тонким слоем ваты, обшитой клеенкой; стол сверху накрывается пленкой, которая меняется после каждого ребенка.

При необходимости стол может быть заменен деревянным или фанерным щитом, помещенным поперек детской кровати на поднятых закрепленных боковых стенках.

С детьми второго и третьего года жизни занятия физическими упражнениями воспитатели проводят по подгруппам 2—3 раза в неделю. Занятия с детьми второго года жизни проводят в групповом помещении, с детьми третьего года жизни — в групповом помещении или в физкультурном зале.

Физкультурные занятия для дошкольников проводят не менее 3 раз в неделю. Длительность занятия зависит от возраста детей и составляет:

- в младшей группе — 15 минут,
- в средней группе — 20 минут,
- в старшей группе — 25 минут,
- в подготовительной группе — 30 минут.

Одно из трех физкультурных занятий для детей 5—7 лет следует круглогодично проводить на открытом воздухе. Его проводят только при отсутствии у детей медицинских противопоказаний и наличии у детей спортивной одежды, соответствующей погодным условиям.

Занятия на открытом воздухе организуют с учетом местных климатических особенностей. В средней полосе занятия проводят при температуре воздуха до -15°C в безветренную погоду.

В дождливые, ветреные и морозные дни физкультурные занятия проводят в зале.

В теплое время года при благоприятных метеорологических условиях на открытом воздухе проводят максимальное число занятий физкультурой.

Оценку эффективности физкультурного занятия для дошкольников проводят по показателю моторной плотности и среднего уровня частоты сердечных сокращений (ЧСС) у детей.

Моторная плотность занятия в зале (отношение времени занятия, затраченного ребенком на движения, к общей продолжительности занятия, выраженное в процентах) должна составлять не менее 70%; на воздухе — не менее 80%.

Для обеспечения тренировочного эффекта на занятиях в зале средний уровень ЧСС у детей 3—4 лет составляет 130—140 уд./мин, на воздухе — 140—160 уд./мин; у детей 5—7 лет — в зале 140—150 уд./мин; на воздухе — 150—160 уд./мин.

Оценка эффективности физического воспитания осуществляется на основе динамики состояния здоровья детей, развития двигательных качеств и навыков на каждом году жизни.

Тестирование физической подготовленности дошкольников проводит инструктор по физической культуре в начале (сентябрь-октябрь) и в конце (апрель-май) учебного года и контролирует методист (старший воспитатель) ДОУ. Оценка уровня физической подготовленности медицинская сестра вносит в индивидуальную карту ребенка.

Разрешение на проведение тестирования физической подготовленности детей дает медперсонал ДОУ.

Закаливание детей включает систему мероприятий:

— элементы закаливания в повседневной жизни: умывание прохладной водой, широкая аэрация помещений, правильно организованная прогулка, физические упражнения, проводимые в легкой спортивной одежде в помещении и на открытом воздухе;

— специальные мероприятия: водные, воздушные и солнечные.

Для закаливания детей основные природные факторы (солнце, воздух и вода) используют дифференцированно в зависимости от возраста детей, состояния их здоровья, с учетом подготовленности персонала и материальной базы ДОУ, со строгим соблюдением методических рекомендаций.

Закаливающие мероприятия изменяют по силе и длительности в зависимости от сезона года, температуры воздуха в групповых помещениях, эпидемиологической обстановки.

Оздоровительная работа с детьми в летний период является составной частью системы лечебно-профилактических мероприятий.

Для достижения оздоровительного эффекта в летний период в режиме дня предусматривается максимальное пребывание детей на открытом воздухе, соответствующая возрасту продолжительность сна и других видов отдыха.

Двигательная активность в организованных формах деятельности должна составлять не менее 50% всего объема суточной

двигательной активности, а во время прогулок за территорию ДОУ — 35—40%.

Для достижения достаточного объема двигательной активности детей необходимо использовать все организованные формы занятий физическими упражнениями с широким включением подвижных игр, спортивных упражнений с элементами соревнований, а также пешеходные прогулки, экскурсии, прогулки по маршруту (простейший туризм).

Вся работа по физическому воспитанию проводится с учетом состояния здоровья детей и осуществляется инструктором по физкультуре и воспитателями групп при регулярном контроле со стороны медицинских работников, методиста (старшего воспитателя) и заведующей ДОУ.

Медицинский и педагогический контроль за организацией физического воспитания дошкольников включает:

— динамическое наблюдение за состоянием здоровья и физическим развитием детей, физической подготовленностью, функциональными возможностями детского организма;

— медико-педагогическое наблюдение за организацией двигательного режима, методикой проведения различных форм занятий физическими упражнениями и их воздействием на организм ребенка, контроль за осуществлением системы закаливания;

— контроль за санитарно-гигиеническим состоянием мест проведения занятий (помещение, участок), физкультурного оборудования, одежды и обуви детей;

— гигиеническое обучение и воспитание по вопросам физического воспитания дошкольников, формирование мотивации к регулярным занятиям физкультурой;

— профилактику травматизма.

Гигиенические условия обеспечения воспитательно-образовательного процесса

Соблюдение гигиенических требований к детской мебели является обязательным условием формирования правильной осанки у детей и выработки правильной посадки за рабочим столом (партой), что способствует оптимальной организации учебно-воспитательной деятельности детей и сохранению здоровья.

Для выработки правильной, непринужденной, прямой посадки с легким наклоном головы (с ней связано большинство занятий)

важно подобрать каждому ребенку подходящую мебель и научить ею пользоваться.

Сидя за столом, ребенок должен держать тело в определенном положении, при этом напрягаются мышцы шеи и спины. Напряжение мышц особенно велико в тех случаях, когда ребенок сидит не прямо, а с наклоном вперед (рис. 1). Чтобы уменьшить напряжение шейных и спинных мышц, возникающее при наклонном положении туловища, ребенок стремится опереться грудью о край стола, за которым сидит. Такая посадка быстро его утомляет, так как грудная клетка сдавливается, глубина дыхания, а следовательно, и поступление кислорода в органы и ткани уменьшаются. Привычка сидеть с опорой на грудную клетку может привести к деформации грудины, к появлению сутулости и близорукости.

Прямая посадка более устойчива и менее утомительна, так как центр тяжести тела при этом положении находится над точками опоры. Однако и прямая посадка может быстро утомить ребенка, если стул не соответствует пропорциям его тела и не имеет спинки, на которую можно опереться.

Статическое напряжение мышц при посадке можно уменьшить, более равномерно распределив напряжение мышц. Для этого важно увеличить количество точек опоры: надо сидеть прямо, не на краю, а на всем сиденье стула, глубина которого должна быть не менее $2/3$ длины бедра сидящего, а ширина — превышать ширину таза на 10 см; опираться ногами о пол, спиной — о спинку стула. Предплечья ребенка должны свободно лежать на крышке стола. Плечи при правильной посадке должны быть на одном уровне и располагаться параллельно крышке стола.



Рис 1. Соотношение центра тяжести туловища и точки опоры при правильной и при неправильной посадке

Для того чтобы при посадке можно было опираться ногами о пол, держа бедра по отношению к голеням под прямым углом, высота сиденья стула над полом должна быть равной длине голени сидящего вместе со стопой (измерять следует от подколенной впадины, прибавляя 5—10 мм на высоту каблука).

Если сиденье излишне высокое, положение тела сидящего не будет устойчивым, так как он не сможет опереться ногами о пол, если слишком низкое — сидящему придется либо отводить ноги в сторону, что нарушит правильную его посадку, либо убирать их под сиденье, что может вызвать нарушение кровообращения в ногах, поскольку сосуды, проходящие в подколенной впадине, будут зажаты. Высота стола над сиденьем (*дифференция*) должна позволять сидящему свободно, без поднятия или опускания плеч, класть руки (предплечья) на стол. При слишком большой *дифференции*, работая за столом, ребенок поднимает плечи (особенно правое плечо), при слишком малой — сгибается, сутулится, слишком низко наклоняет голову, чтобы рассмотреть предмет (рис. 2).

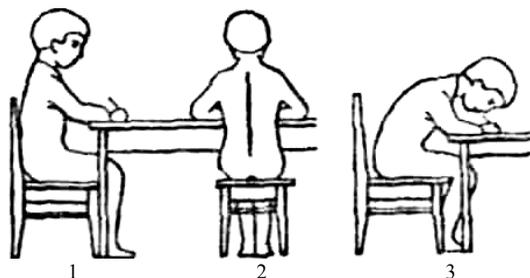


Рис. 2. Дифференция

1 — достаточная; 2 — малая; 3 — большая

Чтобы во время занятий можно было опираться спиной о спинку стула и при этом хорошо видеть предметы и выполнять ту или иную работу, необходимо соблюдать *дистанцию спинки*, т.е. расстояние между спинкой стула и краем стола, обращенного к сидящему, должна на 3—5 см превышать переднезадний диаметр его грудной клетки. При этом расстояние между отвесными линиями, опущенными от переднего края сиденья стула и от края стола — *дистанция сиденья* — становится отрицательной, т.е. край стула на 2—4 см заходит под край стола.

Если расстояние между краями стола и стула (*нулевая дистанция*) отсутствует или *дистанция сиденья положительная* (стул несколько отодвинут от края стола), опираться на спинку стула при выполнении какой-либо работы за столом невозможно, так как теряется точка опоры — спинка стула, что приводит к быстрому утомлению мышц туловища ребенка, и не способствует формированию правильной осанки (рис. 3).

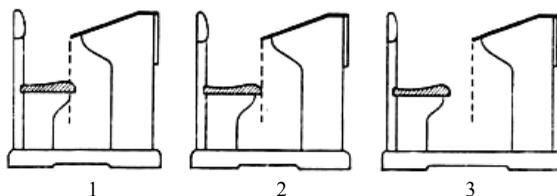


Рис. 3. Дистанция спинки

1 — отрицательная; 2 — нулевая; 3 — положительная

Воспитатели во время занятий должны следить за посадкой каждого ребенка. Требовать от детей правильного размещения за столом можно лишь при условии соответствия мебели росту и пропорциям тела ребенка. Некоторые части тела ребенка при его нормальном развитии находятся в определенном соотношении с длиной всего тела, поэтому рост принимается за основную величину, из которой исходят при определении размеров мебели¹.

Контрольные вопросы и задания

1. Раскройте сущность медико-гигиенических технологий в ДОУ.
2. Основные требования к воздушной среде помещений ДОУ в целях здоровьесбережения детей раннего и дошкольного возраста.
3. В чем заключается биологическое действие солнечного света?
4. Что значит «рациональное питание»?
5. Принципы организации питания детей раннего и дошкольного возраста.

¹ СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях»; введены в действие с 01.10.2010 г. (Приложение 16).

6. Охарактеризуйте сущность профилактической оздоровительной работы в ДОУ.
7. Особенности иммунопрофилактики в условиях ДОУ.
8. Дайте характеристику средствам здоровьесбережения физкультурно-оздоровительной направленности.
9. Значение физического воспитания в здоровьесбережении детей раннего и дошкольного возраста.
10. В чем, по мнению А.Г.Сухарева, заключается концепция физического воспитания?
11. Раскройте понятия «гипокинезия» и «гиперкинезия».
12. Основные требования к организации физического воспитания в ДОУ.
13. Сущность медико-педагогического контроля за организацией физического воспитания в ДОУ.

2.3. Здоровьесберегающая организация воспитательно-образовательного процесса

Физиолого-гигиеническое обоснование режима дня

В основе любого воспитательно-образовательного процесса лежит деятельность детей, разнообразная по форме и продолжительности. Деятельность является основным фактором развития растущего организма.

Любая деятельность представляет собой реакцию организма на внешний раздражитель, которая осуществляется рефлекторно. Она является результатом сложных процессов в коре головного мозга, сопровождается огромной тратой нервной энергии и приводит к утомлению организма.

Утомление — это естественное физиологическое следствие любой работы, проявляющееся снижением работоспособности и полноценности функций основных систем организма.

Утомление — процесс обратимый, прекращение деятельности способно устранить его и восстановить уровень физиологических функций организма.

Утомлению обычно сопутствует субъективное чувство *усталости*. *Усталость* — это переживание человеком утомления

(истощение сил работающего). Однако утомление и усталость не всегда совпадают во времени. При скучной, однообразной работе усталость наступает гораздо раньше, чем происходит физиологически обусловленное снижение функций, т.е. утомление. При выполнении интересной работы, сопровождаемой положительными эмоциями, дети долго не чувствуют усталости, хотя объективное утомление уже наступило, однако до поры до времени не ощущается субъективно.

Известный русский физиолог И.П.Павлов связывал утомление с функциональным истощением нервных клеток коры головного мозга, работающих до определенного предела.

Предел работоспособности корковой клетки изменяется с возрастом, зависит от состояния здоровья, типа высшей нервной деятельности, перенесенных заболеваний, характера и продолжительности работы.

Деятельность коры больших полушарий определяется основными процессами — *возбуждением* и *торможением*, тесно связанными между собой и находящимися в постоянном подвижном равновесии, что обеспечивает максимальную работоспособность организма.

У детей возбуждение превалирует над торможением и *иррадиация*¹ нервных процессов над их *концентрацией*. Нервные процессы у детей не могут концентрироваться в определенных центрах, а распространяются по всей коре головного мозга, в результате чего быстро наступает утомление нервной клетки, что влечет за собой повышение порога возбудимости и резкое снижение работоспособности. Чем младше ребенок, тем более это выражено.

Для клеток коры головного мозга характерны также процессы *индукции*². Индукция — это процесс возникновения торможения под влиянием возбуждения (*отрицательная индукция*) или возбуждения под влиянием торможения (*положительная индукция*). Тот и другой виды индукции очень важны для правильного построения учебной работы с детьми. Отрицательная индукция возникает

¹ Иррадиация — от лат. irradіo — «освещать, озарять»; ir- лат. приставка, означающая расположение внутри чего-либо +radio — «испускать, распространять».

² Индукция (от лат. inductio — «введение, наведение») — в физиологии — функциональное взаимодействие нервных процессов, характеризующееся изменением их возбудимости.

обычно на периферии очага возбуждения. В этом заключается *физиологический механизм внимания, сосредоточения*, так как участки коры, лежащие вокруг очага возбуждения, оказываются заторможенными и не воспринимают падающих на них раздражителей. С другой стороны, торможение в очаге возбуждения (отрицательная самоиндукция) появляется у детей легко, и чем моложе детский организм, тем быстрее, особенно в тех случаях, когда ей предшествовала длительная и трудная деятельность коры головного мозга. В этом заключается физиологическое обоснование кратковременности и быстрой смены видов деятельности для детей раннего и дошкольного возраста.

Хорошая работоспособность в течение дня обеспечивается разнообразием видов деятельности и их чередованием. С физиологических позиций это объясняется способностью коры головного мозга одновременно работать и отдыхать. В каждый отдельный момент задействована не вся поверхность коры, а отдельные ее участки, связанные с данным видом деятельности, так называемое *поле оптимальной возбудимости*. Остальные области коры в это время находятся в состоянии покоя (торможения). При изменении характера работы поле оптимальной возбудимости перемещается, и создаются условия для отдыха ранее функционировавших участков коры больших полушарий.

Установлено, что дети в возрасте 5—7 лет могут сохранять *активное внимание* в течение 15 минут, а в более младшем возрасте — значительно меньше. Утомленные клетки коры приходят в состояние *охранительного торможения*. Сначала ослабевает процесс внутреннего торможения, затем начинает снижаться и раздражительный процесс, что находит выражение в явлениях запредельного торможения. Между утомлением и торможением существует определенная взаимосвязь: торможение может следовать за утомлением либо наступать одновременно с ним, но эти два процесса нельзя отождествлять, нередко утомление может сопровождаться перевозбуждением.

У детей *утомление* обычно протекает в 2 стадии. Сначала ослабевает активное внутреннее торможение, повышается возбудимость, что проявляется характерным для *первой стадии утомления двигательным беспокойством*. *Вторая стадия утомления* связана с ослаблением возбуждения и усилением процессов

торможения, проявляется *снижением силы условных реакций, скорости и точности работы.*

Таким образом, утомление представляет собой естественную реакцию организма на всякую более или менее длительную, напряженную деятельность. Утомления не следует избегать, так как при этом пришлось бы отказаться от деятельности, что повлечет за собой задержку развития. Утомление не представляет опасности для организма, поскольку вызванные им изменения функционального состояния исчезают после сна или достаточного отдыха.

Если по тем или иным причинам (чрезмерная нагрузка, неправильно организованная учебная и трудовая деятельность, неполноценный отдых, нарушение продолжительности сна, нерациональное питание, болезнь и др.) восстановление нормальных функций не наступает, у ребенка может возникнуть *переутомление.*

Переутомление организма проявляется в расстройстве сна (затруднение засыпания, кратковременный прерывистый сон), потере аппетита, головных болях, безразличии к происходящим событиям (апатии), снижении памяти, внимания. Длительное переутомление ослабляет сопротивляемость организма к различным неблагоприятным влияниям, в том числе и заболеваниям.

Нарушение гигиенических требований к условиям окружающей среды способствует развитию утомления и быстрому переутомлению детей.

Следовательно, чтобы *любая деятельность* не приводила к состоянию переутомления, а способствовала правильному росту и развитию детского организма, она *должна быть нормирована.*

Основы гигиенического нормирования деятельности

Гигиеническое нормирование деятельности основывается на обеспечении оптимального состояния организма ребенка в процессе обучения и воспитания, т.е. умственная и физическая нагрузки не должны превышать его функциональных возможностей. Вместе с тем, деятельность должна выполнять развивающую, тренирующую роль, обеспечивая благоприятное развитие растущего организма.

При гигиеническом нормировании любой деятельности следует учитывать возрастные и индивидуальные особенности развития, ориентируясь не только на паспортный, но и на биологический

возраст детей; учитывать особенности пола в связи с функциональными различиями организма девочек и мальчиков; интересы ребенка и его базовые потребности на каждом возрастном этапе; состояние здоровья, так как дети, страдающие хроническими заболеваниями, отклонениями в развитии, обладают сниженными функциональными возможностями; время года и др.

Важным является учет продолжительности восстановительного периода, позволяющего вернуть организм в исходное, неутомленное состояние. Восстановление сниженного функционального состояния организма состоит из двух фаз: восстановления функционального уровня и закрепления достигнутого состояния восстановленности. Если отдых ограничивается только первой фазой, т.е. восстановлением работоспособности, то новая нагрузка, даже незначительная, быстро возвращает организм в состояние сниженной работоспособности.

Длительность отдыха зависит от степени снижения функций, характера и интенсивности выполненной работы и не должна быть меньше 10 минут.

Теоретической базой планирования любого вида деятельности является представление о саморегуляции функций организма. *Выделяют три фазы работоспособности:*

- 1 фаза — вработывание, основная цель — достижение оптимального уровня работоспособности, продолжительность ее во многом зависит от индивидуальных особенностей организма, состояния здоровья, времени суток, вида деятельности и т.д.;
- 2 фаза — оптимальное состояние работоспособности;
- 3 фаза — утомление.

На основании анализа уровня различных физиологических функций и их координации в процессе работы установлены переходные состояния организма от оптимальной работоспособности к выраженному утомлению (*предутомление*). Важно прекращать деятельность не в период выраженного утомления, а при наступлении состояния предутомления, компенсаторной перестройки организма, что соответствует первой фазе утомления у детей.

При гигиеническом нормировании умственной нагрузки следует учитывать цикличность физиологических функций организма в разные часы, дни недели. Если жизненный ритм согласуется

со свойственными организму биологическими ритмами, его психофизиологическими функциями, то любая деятельность протекает на высоком уровне работоспособности.

Предупреждение выраженного утомления является важной задачей при организации жизни детей на всех возрастных этапах. Основным условием при ее решении является строгое соблюдение рационального режима дня.

Понятие о динамическом стереотипе. Основные принципы построения режима дня

Режим дня — это распределение времени на все виды деятельности и отдыха в течение суток. В основе рационального режима лежит условно-рефлекторная деятельность. Выработанные и упроченные сложные условные рефлексы на время сна, приема пищи, включения в работу приобретают характер *динамического стереотипа*, образование которого позволяет правильно и экономно распределять время, быстро включаться в работу и плодотворно выполнять ее, разумно и эффективно отдыхать.

Динамический стереотип по И.П.Павлову — это установившееся равновесие между организмом и средой, определенный порядок выполнения условных и безусловных рефлексов во времени и последовательности. Строгое соблюдение режима дня, начало и конец всех составляющих его видов деятельности всегда в одно и то же время приводит к возникновению у детей прочных условных рефлексов на время.

Но вместе с тем нельзя подходить к режиму только как к временному «жесткому» распорядку дня с обязательными, точно определенными и ежедневно повторяющимися событиями. В таком случае жизнедеятельность ребенка приобретает монотонный характер, снижается способность адаптации к постоянно изменяющимся условиям среды и создаются предпосылки для развития переутомления.

С развитием и ростом ребенка, переменой условий жизни в коре головного мозга появляются новые временные связи, затухают или полностью исчезают старые и образуется новый динамический стереотип.

У ребенка, приученного к определенному распорядку дня, потребность в еде, сне, отдыхе наступает через определенные промежутки времени и сопровождается ритмическими изменениями

в деятельности всех внутренних органов. Организм как бы заблаговременно настраивается на предстоящую работу, поэтому она осуществляется достаточно эффективно, без лишней траты нервной энергии и не вызывает выраженного утомления.

Опираясь на концепцию И.П.Павлова о динамическом стереотипе и учитывая данные современной биоритмологии, можно считать, что рациональный режим должен быть стабильным и вместе с тем динамичным для постоянного обеспечения адаптации к изменяющимся условиям внешней, социальной и биологической среды.

Обязательно и ежедневно в одно и то же время должны выполняться такие основные компоненты распорядка дня, как время пробуждения и засыпания, длительность прогулок и время приема пищи. Остальные виды деятельности ребенка могут варьировать по срокам и продолжительности их выполнения.

При построении полноценного режима необходимо предусмотреть *следующие основные его компоненты*:

- 1) различные виды деятельности, их оптимальную продолжительность, рациональное чередование и регулярность;
- 2) достаточный отдых с максимальным пребыванием детей на открытом воздухе;
- 3) регулярное питание;
- 4) гигиенически полноценный сон;
- 5) время для самообслуживания и гигиенических процедур.

Режим дня считается правильным, если он предусматривает разнообразную деятельность в течение всего дня в соответствии с интересами ребенка, его базовыми потребностями, с учетом времени года, возраста и пола, состояния здоровья; если в нем определено достаточное время для необходимых элементов жизнедеятельности и обеспечивается высокая работоспособность на протяжении всего периода бодрствования.

Правильно организованный режим дня создает ровное, бодрое настроение, интерес к учебной и творческой деятельности, играм, способствует гармоническому физическому и полноценному психическому развитию, дает возможность педагогам раскрыть индивидуальные особенности и творческий потенциал каждого ребенка.

Рассмотрим более подробно *гигиенические требования к организации воспитательно-образовательного процесса в ДОУ*.

Основные положения изложены в СанПиН 2.4.1.2660-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных организациях», введенных в действие с 01.10.2010 г., раздел XII.

Режим дня должен соответствовать возрастным особенностям детей и способствовать их гармоничному развитию. Максимальная продолжительность непрерывного бодрствования детей 3—7 лет составляет 5,5—6 часов. В разновозрастных группах с более младшими детьми общие режимные моменты следует начинать на 5—10 минут раньше. Режим дня в разновозрастной ясельной группе следует дифференцировать: для детей до 1 года, для детей от 1 до 1,5 лет и от 1,5 до 3 лет.

Ежедневная продолжительность прогулки детей составляет не менее 4—4,5 часов. Прогулку организуют 2 раза в день: в первую половину — до обеда и во вторую половину — после дневного сна или перед уходом детей домой. Проведение прогулок в холодное время года регламентируется климатической зоной, температурой и скоростью движения воздуха. Прогулки рекомендуется сочетать с активной физической нагрузкой, подвижными играми и физическими упражнениями.

Общая продолжительность суточного сна для детей дошкольного возраста составляет 12—12,5 часов, из которых 2,0—2,5 отводится дневному сну. Для детей от 1 года до 1,5 лет дневной сон организуют дважды — в первую и вторую половину дня — общей продолжительностью до 3,5 часов. Оптимальной является организация дневного сна на воздухе (на веранде). Для детей от 1,5 до 3 лет дневной сон организуют однократно, продолжительностью не менее 3 часов. Перед сном не рекомендуется проведение подвижных эмоциональных игр.

Трудно засыпающих и чутко спящих детей рекомендуется укладывать первыми и будить последними. В разновозрастных группах более старших детей после сна будят раньше. Во время сна детей присутствие воспитателя (или его помощника) в спальне обязательно.

Самостоятельная деятельность детей 3—7 лет (игры, подготовка к занятиям, личная гигиена и др.) занимает в режиме дня не менее 3—4 часов.

Администрация ДОО несет ответственность за соответствие программ и технологий обучения и воспитания, методов и организации учебно-воспитательного процесса возрастным и психофизиологическим возможностям детей.

Программы, методики и режимы воспитания и обучения в части гигиенических требований допускаются к использованию при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о их соответствии санитарным правилам.

При реализации образовательной программы дошкольного образовательного учреждения для детей ясельного возраста от 1,5 до 3 лет планируют не более 10 занятий в неделю (развитие речи, дидактические игры, развитие движений, музыкальные занятия и др.) продолжительностью не более 8—10 минут. Допускается проводить одно занятие в первую и одно занятие во вторую половину дня. В теплое время года максимальное число занятий проводят на участке во время прогулки. Нецелесообразно одновременно проводить занятия с группой более 5—6 детей.

Максимально допустимый объем недельной образовательной нагрузки, включая занятия по дополнительному образованию, для детей дошкольного возраста составляет: в младшей группе (дети 4-го года жизни) — 11 занятий, в средней группе (дети 5-го года жизни) — 12, в старшей группе (дети 6-го года жизни) — 15, в подготовительной (дети 7-го года жизни) — 17 занятий.

При 6-дневной учебной неделе в субботу целесообразно проводить только занятия эстетически-оздоровительного цикла, спортивные праздники, соревнования, увеличить продолжительность прогулки.

Максимально допустимое количество занятий в первой половине дня в младшей и средней группах не превышает двух, а в старшей и подготовительной — трех. Их продолжительность для детей 4-го года жизни — не более 15 минут, для детей 5-го года жизни — не более 20 минут, для детей 6-го года жизни — не более 25 минут, а для детей 7-го года жизни — не более 30 минут. В середине занятия проводят физкультминутку. Перерывы между занятиями — не менее 10 минут. Занятия для детей старшего дошкольного возраста могут проводиться во второй половине дня после дневного сна, но не чаще 2—3 раз в неделю. Длительность

этих занятий — не более 25—30 минут. В середине занятия статического характера проводят физкультминутку.

При проведении занятий с использованием компьютеров, занятий по иностранному языку группу рекомендуется делить на подгруппы.

Занятия по дополнительному образованию (студии, кружки, секции и т.п.) для детей дошкольного возраста недопустимо проводить за счет времени, отведенного на прогулку и дневной сон. Их проводят:

— для детей 4-го года жизни — не чаще 1 раза в неделю продолжительностью не более 15 минут;

— для детей 5-го года жизни — не чаще 2 раз в неделю продолжительностью не более 25 минут;

— для детей 6-го года жизни — не чаще 2 раз в неделю продолжительностью не более 25 минут;

— для детей 7-го года жизни — не чаще 3 раз в неделю продолжительностью не более 30 минут.

Занятия физкультурно-оздоровительного и эстетического цикла должны составлять не менее 50% общего времени занятий.

Занятия, требующие повышенной познавательной активности и умственного напряжения детей, следует проводить в первую половину дня и в дни наиболее высокой работоспособности детей (вторник, среда). Для профилактики утомления детей рекомендуется сочетать указанные занятия с физкультурными, музыкальными занятиями, ритмикой и т.п.

Занятия с использованием компьютеров для детей 5—7 лет следует проводить не более одного в течение дня и не чаще трех раз в неделю в дни наиболее высокой работоспособности: во вторник, среду и четверг. После занятия проводят гимнастику для глаз. Непрерывная продолжительность работы с компьютером на развивающих игровых занятиях для детей 5 лет не должна превышать 10 минут, для детей 6—7 лет — 15 минут. Для детей, имеющих хроническую патологию, часто болеющих (более 4 раз в год), после перенесенных заболеваний в течение 2 недель продолжительность занятий с компьютером должна быть сокращена: для детей 5 лет до 7 минут, для детей 6 лет — до 10 минут.

Для снижения утомительности компьютерных занятий необходимо обеспечить гигиенически рациональную организацию рабочего

места: соответствие мебели росту ребенка, достаточный уровень освещенности. Экран видеомонитора должен находиться на уровне глаз или чуть ниже, на расстоянии не ближе 50 см. Ребенок, носящий очки, должен заниматься за компьютером в них. Недопустимо использование одного компьютера для одновременного занятия двух или более детей. Занятия с компьютером проводятся в присутствии педагога или воспитателя (методиста).

Домашние задания воспитанникам ДОУ не задают.

Соблюдение санитарно-гигиенических требований к организации режимных моментов и обязательный учет возрастных, индивидуальных психофизиологических особенностей детей в ходе воспитательно-образовательного процесса является условием здоровьесбережения.

Формирование культуры здоровья детей, педагогов и родителей

Формирование здоровья — создание у человека, группы людей мотивационного комплекса побуждений к действиям, а затем и потребности в них с целью сформировать у себя поведение, обеспечивающее здоровый образ жизни, начиная с детских лет, как отражение процесса реализации потребности организма в здоровье.

Для сохранения и укрепления здоровья каждый человек создает свой образ жизни, свою индивидуальную систему поведения, которая наилучшим образом обеспечивает ему достижение физического, душевного и социального благополучия.

Образ жизни — это система поведения человека в процессе жизнедеятельности, основанная на личном опыте, традициях, принятых нормах поведения, на знании законов жизнедеятельности и мотивов самореализации.

Здоровый образ жизни — наиболее оптимальная система поведения человека в повседневной жизни, позволяющая ему максимально реализовать свои духовные и физические качества для достижения душевного, физического и социального благополучия.

Для того чтобы сформировать систему здорового образа жизни, необходимо знать факторы, которые положительно влияют на здоровье человека. К ним можно отнести соблюдение режима дня, рациональное питание, закаливание, занятия физической культурой и спортом, доброжелательные отношения с окружающими.

Необходимо учитывать и факторы, отрицательно влияющие на здоровье: курение, употребление алкоголя и наркотиков, эмоциональная и психическая напряженность при общении с окружающими, а также неблагоприятная экологическая обстановка.

Каждое образовательное учреждение призвано выполнять свои образовательно-развивающие задачи, определять свою стратегию сохранения здоровья, выбирать инновационные технологии. Все это позволяет целенаправленно формировать культуру здоровья, основанную на осознании социальной ценности здоровья личности, на идее ответственного отношения каждого субъекта образовательного процесса к своему здоровью.

Привычка к здоровому образу жизни может стать тем условием, которое позволит расти и правильно развиваться каждому ребенку. Меняются времена, программы и методики, но формирование привычки к здоровому образу жизни остается лучшей традицией и главным условием воспитания дошкольников.

Формирование мотивационных установок на сохранение и укрепление здоровья является одним из важнейших направлений воспитательной работы по привитию культуры здоровья. *Культура здоровья* здесь рассматривается как часть общей культуры человека. Забота о здоровье и его укреплении у культурного человека является естественной потребностью, неотъемлемым элементом его личности.

Основу культуры здоровья составляют валеологическое мировоззрение, система валеологических умений и навыков, процесс саморазвития и самосовершенствования в поддержании и укреплении здоровья. Осознание жизненно важной ценности здоровья должно стать стимулом для формирования у индивида ценностных представлений и идеалов — осознание личной потребности в здоровье, которая реализуется человеком в разнообразных формах жизнедеятельности. Система валеологических умений и навыков человека наряду с определением собственных особенностей и резервных возможностей включает выявление факторов риска, владение методами и средствами саморегуляции, предупреждения, устранения или снижения утомления, заболевания, негативного влияния внешних факторов, в том числе вредных привычек.

Приоритетное место в концепции привития культуры здоровья занимает *воспитание* как процесс формирования иерархии потребностей и смыслов, благоприятных для самореализации человека с учетом его потенциальных возможностей и выработки у него *валеологически обоснованного (здоровьесберегающего) поведения*. Под последним рассматривается динамический стереотип поведения, способствующий здоровому образу жизни и определяющий бережное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих людей.

Не менее важным условием формирования твердых убеждений педагогов в ценности здоровья является выделение основных мировоззренческих идей и понятий о здоровье, здоровом образе жизни, оздоровительном аспекте профессиональной деятельности педагога. На основе этих идей у педагогов формируются мировоззренческие взгляды, убеждения и идеалы.

Формирование твердых убеждений человека в ценности здоровья рассматривается как одно из главных условий свободного неограниченного развития и высокого качества жизни. Осознание ценности здоровья и важности для ребенка и взрослого человека двигательной активности, закаливания, рационального режима труда и отдыха, питания имеет большое значение для сохранения уровня здоровья и развития резервных возможностей организма, что напрямую связано с работоспособностью и успешностью в жизни.

По утверждению многих ученых (Брехман И.И., 1990; Воронцов И.М., Колбанов В.В., 1995; Кураев Г.А., Сергеев С.К., Шленов Ю.В., 1996; Щедрина А.Г., 1995), в сохранении и укреплении здоровья особое место должно отводиться валеологическому образованию.

Под *валеологическим образованием* понимается часть общекультурного образования, основанная на медико-психолого-педагогических знаниях о различных аспектах здоровья, способах индивидуальной стратегии и тактики сохранения и развития здоровья путем выработки личностных установок на валеологически обоснованное поведение.

Основной целью валеологического образования является сохранение и укрепление индивидуального здоровья путем развития личностных, духовных, психических и физических возможностей,

необходимых для успешной самореализации и адаптации к изменяющимся социальным и экологическим условиям.

Совершенно очевидно, что всем необходимым навыкам, важным для здорового поведения, человека нужно учить. Обучение здоровью должно быть непрерывным в течение всей жизни, дифференцированным для разных возрастов и нестандартным.

Результатом валеологического образования должна стать валеологическая культура человека. Под *валеологической культурой* личности следует понимать не только валеологическую осведомленность, но и динамический стереотип поведения, выработанный на основе собственных истинных потребностей, способствующий здоровому образу жизни и определяющий бережное отношение к здоровью окружающих людей. К валеологической культуре относят и концепцию философии здоровья в разных ее доктринах. Но главное здесь — потребность, наличие внутреннего импульса, характеризующего двойственность человеческой личности: ее «хочу» и «надо».

По мнению Э.Н.Вайнера (1998 г.), валеологическая культура человека предполагает знание им своих генетических, физиологических и психологических возможностей, методов и средств контроля, сохранения и развития своего здоровья, умение распространять валеологические знания.

Сформированность валеологической культуры характеризуют следующие критерии:

1) знание возможностей своего организма, условий окружающей среды, умение соотнести себя с окружающим миром, войти в него с наименьшими потерями, активно сберегая свое здоровье;

2) осознание своей природности, стремление созидать вокруг себя экологически здоровую среду;

3) система целостных представлений о здоровом человеке и здоровом образе жизни;

4) ответственное отношение к своему здоровью и здоровью окружающих людей;

5) способность к саморегуляции собственного организма в условиях биосоциальной среды;

6) осознанное ведение здорового образа жизни и самосовершенствование в физическом, нравственном и духовном плане.

Таким образом, валеологическая культура выступает как неотъемлемая часть общей культуры личности и способствует формированию ценности здоровья и здорового образа жизни.

Отношение к здоровью как условие формирования валеологической культуры

Здоровый образ жизни — это динамичная система поведения человека, основанная на глубоких знаниях различных факторов, оказывающих влияние на здоровье человека, и на выборе алгоритма своего поведения, максимально обеспечивающего сохранение и укрепление здоровья.

Особая роль в формировании навыков здорового образа жизни принадлежит отношению индивида к здоровью. Под *отношением к здоровью* понимается система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенная оценка индивидом своего физического и психического состояния¹.

Отношение к здоровью — один из элементов самосохранительного поведения. Обладая всеми характеристиками, присущими психическому отношению, оно содержит три основных компонента: когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий.

Когнитивный компонент характеризует знания человека о своем здоровье, понимание роли здоровья в жизнедеятельности, знание основных факторов, оказывающих как негативное (повреждающее), так и позитивное (укрепляющее) влияние на здоровье человека, и т.п.

Эмоциональный компонент отражает переживания и чувства человека, связанные с состоянием его здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия человека.

Мотивационно-поведенческий компонент определяет место здоровья в индивидуальной иерархии терминальных и инструментальных ценностей человека, особенности мотивации в области здорового образа жизни, а также характеризует особенности поведения в сфере здоровья, степень приверженности человека

¹ Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С.Никифорова. СПб., 2003.

здоровому образу жизни, особенности поведения в случае ухудшения здоровья.

Эмпирически фиксируемыми критериями степени адекватности/неадекватности отношения к здоровью могут служить:

♦ *на когнитивном уровне* — степень осведомленности или компетентности человека в области здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении эффективности жизнедеятельности и долголетия;

♦ *на эмоциональном уровне* — оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему;

♦ *на мотивационно-поведенческом уровне* — высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья, степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, а также нормативно предписанным требованиям медицины, санитарии и гигиены;

♦ соответствие *самооценки* индивида физическому, психическому и социальному состоянию его здоровья.

Обобщая результаты экспериментальных исследований, следует отметить парадоксальный характер отношения к здоровью современного человека, т.е. несоответствие между потребностью человека в хорошем здоровье, с одной стороны, и его усилиями, направленными на сохранение и укрепление своего физического и психологического благополучия — с другой. По-видимому, истоки несоответствия кроются в том, что формированию адекватного отношения человека к собственному здоровью препятствует целый ряд причин. Попытаемся раскрыть их содержание.

Потребность в здоровье актуализируется, как правило, в случае его потери или по мере утраты. Здоровый человек не замечает своего здоровья, воспринимает его как естественную данность, как сам собой разумеющийся факт, не видя в нем предмета особого внимания. В состоянии полного физического и психического благополучия потребность в здоровье как бы не замечается человеком, выпадает из поля его зрения. Он верит в его нерушимость и не считает нужным, поскольку и так все хорошо, предпринимать какие-то специальные действия по сохранению и укреплению здоровья.

Действие механизмов психологической защиты, цель которых — оправдание нездорового поведения. В сфере здоровья наиболее распространены такие виды психологической защиты, как отрицание и рационализация. Так, механизм действия психологической защиты по типу отрицания заключается в блокировании негативной информации «на входе» (например, «этого не может быть») или в стремлении избежать новой информации (например, «мне не надо проходить медицинский осмотр, так как я совершенно здоров»). Рационализация в основном используется для оправдания неадекватного отношения к здоровью на поведенческом уровне.

Установка на пассивное отношение к здоровью, находящая отражение в рассуждениях типа «если человеку суждено заболеть, что бы он ни делал, все равно заболеет», обуславливает соответствующее поведение, которое рано или поздно приводит к ослаблению здоровья. Так, довольно типична ситуация, когда люди, испытывая болезненные ощущения, тем не менее, не предпринимают действенных мер, не проявляют должной активности, направленной на их устранение. Одна из основных причин такой установки кроется в недостатке необходимых знаний о здоровье, о способах его формирования, сохранения и укрепления.

Влияние прошлого опыта человека. Значительная часть само-сохранительного поведения определяется и опосредуется представлениями (или убеждениями) человека о здоровье, которые формируются в процессе индивидуального развития. В первую очередь это обусловлено избирательностью восприятия, благодаря которой вся информация, поступающая из средств массовой информации, от специалистов-врачей или из других источников, но не соответствующая сложившимся убеждениям человека, просто не воспринимается им или подвергается критике. Следовательно, и вероятность следования рекомендациям по укреплению здоровья, которые не совпадают или расходятся с вышеназванными представлениями, будет невысокой.

Эффект теории реактивности (reactance theory) проявляется при планировании, разработке и оценке эффективности рекламы здорового образа жизни, которая часто строится не на пропаганде сохраняющих здоровье форм поведения, а на запрете «нездоровых» привычек (например, «Курение опасно для вашего здоровья!»).

В действительности строгий запрет вреден: чем сильнее запреты, тем больше вероятность, что они вызовут обратную реакцию и пробудят интерес к запретной теме. Основная идея теории реактивности заключается в следующем: когда люди чувствуют, что их свобода поступать по своему желанию находится в опасности, у них возникает неприятное состояние реактивности, а избавиться от него можно, лишь совершив запретный поступок (например, закурить).

Особенности социального микро- и макроокружения. В рамках теории социального научения Альберта Бандуры социальное одобрение рассматривается как чрезвычайно сильный мотивирующий фактор, заставляющий людей терпеть даже физический дискомфорт, если они рассчитывают на то, что их поведение вызовет одобрение других людей, значимых для них. Примером негативного влияния социального окружения может служить ситуация, когда подросток впервые пробует курить, у него возникают крайне неприятные ощущения, но он продолжает курить, поскольку считает, что курение поможет ему получить одобрение со стороны сверстников.

Действие эффекта задержанной обратной связи — одна из главных причин негигиенического поведения людей, пренебрежения ими правилами здорового образа жизни:

♦ при рассмотрении проблемы формирования мотивации, направленной на поддержание и укрепление здоровья, этот эффект проявляется в том, что люди предпочитают не обременять себя работой над собственным здоровьем, поскольку результат от затраченных усилий не сразу может быть замечен, очевиден. Занятия утренней зарядкой, каким-либо видом оздоровительных систем, закаливанием приносят ощутимый позитивный результат далеко не сразу, а через месяцы или даже годы. Не получив быстрого эффекта от полезных для своего здоровья действий, люди часто их бросают и могут не вернуться к ним уже никогда;

♦ проблема коррекции нездорового поведения также осложняется действием вышеназванного эффекта: нездоровое поведение часто приносит мгновенное удовольствие, а долговременные негативные последствия таких поступков кажутся далекими и маловероятными. Кроме того, нередко люди просто не осознают, с какой опасностью сопряжено то или иное нездоровое поведение

(нарушения в сфере питания, личной гигиены, режима труда и отдыха, бытовой культуры).

Формирование отношения к здоровью — процесс весьма сложный, противоречивый и динамичный; он детерминирован двумя группами факторов:

1) *внутренние факторы*: демографические (в том числе пол, возраст, национальность), индивидуально-психологические и личностные особенности человека, состояние здоровья;

2) *внешние факторы*: характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек.

Рассмотрим более подробно, как некоторые из них влияют на отношение к здоровью.

Гендерные особенности отношения к здоровью. Прежде всего, и для мужчин и для женщин характерно расхождение между нормативными представлениями о здоровье и здоровом образе жизни, с одной стороны, и реальным поведением — с другой.

Терминальная ценность здоровья у женщин выше, чем у мужчин: высокая ценность здоровья характерна для 50% мужчин и 65% женщин. Доминирующая потребность в системе терминальных ценностей женщин — здоровье, а мужчин — работа (карьера). Здоровье как ценность в системе терминальных ценностей мужчин находится лишь на третьем-четвертом месте. Мужчины более склонны жертвовать своим здоровьем ради профессиональной карьеры, готовы «сгореть на работе»; это отражает существующие социокультурные нормы.

Несмотря на то, что здоровье как ценность занимает достаточно высокое место в иерархии индивидуальных ценностей как мужчин, так и женщин, для тех и других характерен в целом достаточно низкий уровень активности поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья. Однако следует отметить, что отношение женщин к своему здоровью более деятельно и в большей степени соответствует требованиям здорового образа жизни: они раньше начинают заботиться о своем здоровье, уделяют больше внимания правильному питанию, чаще обращаются к врачам в профилактических целях, реже практикуют вредные для здоровья привычки.

В целом для женщин характерен более высокий уровень адекватности отношения к здоровью по сравнению с мужчинами.

Влияние возраста на отношение к здоровью. Существуют некоторые закономерности развития отношения к здоровью в зависимости от возраста человека.

Прежде всего, необходимо отметить, что существует *возрастная динамика значимости здоровья*. Представители среднего и особенно старшего поколения чаще всего отводят ему приоритетную роль. Молодые люди обычно относятся к проблеме здоровья как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним прямого отношения. В их иерархии ценностей доминируют материальные блага и карьера. Если они и уделяют внимание здоровью, то главным образом его физической составляющей. В понимании молодых людей не находит должного места психическое и социальное здоровье.

Одна из наиболее ярко выраженных возрастных закономерностей заключается в следующем: существует обратная зависимость между возрастом и уровнем ответственности за сохранение своего здоровья. Так, например, в возрастной группе до 35 лет около 25% опрошенных связывают состояние своего здоровья преимущественно с внутренними (личностными) характеристиками. По мере увеличения возраста респондентов индекс ответственности снижается¹. Другими словами, для молодых людей характерна внутренняя ориентация сознания в объяснении возникающих проблем со здоровьем, а для лиц старшей возрастной группы, наоборот, — внешняя.

Что касается возрастных особенностей поведения, связанного со здоровьем, то важно учитывать тот факт, что от возраста во многом зависит степень регулярности заботы человека о своем здоровье. Так, в первой половине жизни (до 30 лет) она обусловлена, главным образом, сформированностью потребности в самосохранении, а во второй половине — фактическим состоянием здоровья. После 30 лет забота о здоровье становится в большей степени вынужденной и связанной с необходимостью поправлять «плохое» самочувствие.

¹ Браун Дж., Русинова Н.Л. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму // Качество населения Санкт-Петербурга / Отв. ред. Б.М.Фирсов. СПб., 1996. С. 132—159.

Возраст и самооценка здоровья находятся в обратной зависимости. Так, например, с возрастом увеличивается количество негативных самооценок и уменьшается количество положительных. Причем рубеж, на котором происходит «скачок» в ухудшении состояния здоровья, — это примерно 35 лет, доказательством чего могут служить существенные различия в самооценке здоровья между возрастной группой 30—34 года и группой 35—39 лет. Значит, при планировании профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья, данной возрастной группе необходимо уделять повышенное внимание.

Влияние профессиональной деятельности на отношение к здоровью. Исследования показывают, что отношение к здоровью имеет свои особенности в зависимости от профессиональной деятельности. Так, например, управленческая деятельность в настоящее время характеризуется большим количеством стрессоров: оперирование большим объемом информации; необходимость принимать решения в условиях дефицита времени; груз ответственности; постоянное нервно-психическое напряжение; конфликты с подчиненными и вышестоящим руководством; ненормированный рабочий день, гиподинамия и т.д. Установлено также, что среди менеджеров широко распространены такие психосоматические заболевания, как хронические головные боли, бессонница, расстройства пищеварения; кроме того, повышен риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Несмотря на все вышесказанное, здоровье руководителей, по данным зарубежных исследований (в основном), подчиняется так называемому *классовому градиенту*, т.е. всегда лучше, чем у других сотрудников организации. А внимание к профессиональному здоровью руководителей обусловлено, таким образом, не худшим его состоянием по сравнению с другими работниками, а тем, что даже незначительное нарушение нервно-психического здоровья оказывает существенное влияние как на эффективность функционирования (или жизнедеятельности) организации в целом, так и на благополучие отдельных ее сотрудников. Следовательно, умение заботиться о своем здоровье — как физическом, так и психическом — может рассматриваться сегодня как профессионально-важное качество менеджера, обеспечивающее высокую эффективность управленческой деятельности. Под эффективностью

профессиональной деятельности в данном случае понимается не только высокая производительность и качество труда, но и их соотношение с теми усилиями, которые человек затратил для достижения результата. А ситуация, когда «ценой» профессионального успеха становится здоровье, не может считаться нормой современной жизни.

Современные руководители правильно оценивают влияние факторов, формирующих здоровье: наиболее существенное влияние на состояние здоровья, по мнению менеджеров, оказывает образ жизни, а наименее важное — качество медицинского обслуживания. Кроме того, нормативные представления менеджеров о здоровом стиле жизни в целом соответствуют современным представлениям о поведении, связанном со здоровьем.

Выявлено также, что среди источников информации о здоровье (газеты/журналы, врачи, научно-популярные книги о здоровье, друзья/знакомые, радио/телевидение) руководители отдают предпочтение информации, полученной в процессе непосредственного общения. Так, на их уровень осведомленности в области здоровья, прежде всего, оказывают влияние врачи, а затем друзья и знакомые. Полученные данные подтверждают важную роль социального микроокружения (семьи, рабочего коллектива, неформальных групп) для передачи и продвижения знаний в области здоровья. Показано, что наименее существенно влияет на менеджеров информация, полученная по телевидению и радио.

Таким образом, отношение человека к здоровью в значительной мере обуславливает определенный вид жизнедеятельности, его отношение к здоровому образу жизни, которое в свою очередь выступает в качестве средства сохранения и укрепления здоровья. Процесс формирования отношения к здоровью, здоровому образу жизни сложный, противоречивый и динамичный, определяется группой как внутренних, так и внешних факторов.

Целенаправленная работа воспитателя в детском саду дает ценную возможность сотрудничества с семьей воспитанников по вопросам укрепления и сохранения здоровья, позволяет сформировать у детей привычку к здоровому образу жизни.

Работа с родителями по формированию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни может проводиться как в коллективной форме, так и в индивидуальной. Работа по

формированию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни будет более эффективна, если будет строиться на основе изучения интереса родителей к данной проблеме, индивидуальных особенностей отношения к здоровью и оценки уровня сформированности культуры здоровья, а также совместной деятельности детей, родителей и педагогов. Для этих целей рекомендуется провести предварительное исследование с помощью опросника или специально разработанной анкеты.

К коллективным формам работы с родителями можно отнести: лекции, творческие группы, группы по интересам, дни здоровья, дни открытых дверей, дискуссии, конференции, семинары и семинары-практикумы, ролевые игры, конкурсы, вечера вопросов и ответов, родительские собрания, семейные клубы, школу для родителей и др. Среди индивидуальных форм работы можно выделить: беседы, консультации, посещение семьи ребенка, поручения родителям, педагогическую библиотеку, тематические выставки-передвижки, видео- и фонотеку и многие другие. Практика показывает, что наиболее эффективными формами работы по формированию культуры здоровья детей, родителей и педагогов является вовлечение в активный процесс здоровьесбережения всех участников образовательного процесса.

Разнообразие форм и методов работы с родителями в условиях ДОУ позволяет реализовать все принципы и задачи здоровьесберегающей педагогики, направленной на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни как у себя лично, так и у детей, а также повысить их культуру здоровья и медицинскую активность.

В заключение следует еще раз обратить внимание на то, что здоровый образ жизни — это индивидуальная система поведения, и выбор пути должен сделать каждый человек лично. А для этого надо стремиться выработать в себе ряд необходимых качеств:

- иметь четко сформулированную цель жизни и обладать психологической устойчивостью в различных жизненных ситуациях;
- знать формы своего поведения, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья;
- стремиться быть хозяином своей жизни, верить в то, что образ жизни, который вы ведете, даст положительные результаты;

— выработать у себя положительное отношение к жизни, воспринимать каждый день как маленькую жизнь, каждый день получать от жизни хотя бы маленькие радости;

— развить в себе чувство самоуважения, осознание того, что вы не зря живете, что все задачи, стоящие перед вами, вы в состоянии решить и знаете, как это сделать;

— постоянно соблюдать режим двигательной активности: удел человека — всегда двигаться, нет никаких средств, которые заменили бы движение;

— соблюдать правила и гигиену питания;

— соблюдать режим труда и отдыха и своевременно очищать организм от продуктов его деятельности;

— быть оптимистом, двигаясь по пути укрепления здоровья, ставить перед собой достижимые цели, не драматизировать неудачи, помнить, что совершенство — в принципе недостижимая цель;

— радоваться успехам; во всех человеческих начинаниях успех порождает успех.

Все это входит в содержание здорового образа жизни. Достичь высокого уровня здоровья можно, если постоянно следовать правилам здорового образа жизни.

Контрольные вопросы и задания

1. В чем заключается физиологическая сущность утомления?
2. Особенности основных психических процессов у детей раннего и дошкольного возраста.
3. Какова цель регулярной смены деятельности в режиме дня?
4. Обоснуйте продолжительность активного внимания у детей раннего и дошкольного возраста.
5. Выделите основные принципы гигиенического нормирования любой деятельности.
6. Обоснуйте, почему некоторые режимные моменты необходимо выполнять ежедневно в одно и то же время.
7. Раскройте понятие «валеологическая культура».
8. Раскройте сущность понятия «отношение к здоровью».

9. Охарактеризуйте факторы формирования отношения к здоровью.

10. Разработайте примерную тематику занятий с педагогами (родителями) по формированию ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни.

2.4. Мониторинг и экспертиза здоровьесберегающей деятельности дошкольного образовательного учреждения

Анализ эффективности средств и методов здоровьесбережения детей раннего и дошкольного возраста в условиях ДОО обуславливает поиск путей и способов оценки здоровьесберегающей деятельности дошкольного образовательного учреждения.

Одним из способов решения данной проблемы можно считать мониторинг и экспертизу здоровьесберегающей деятельности дошкольного образовательного учреждения.

Под *мониторингом*¹ в образовании понимают постоянное наблюдение за каким-либо процессом в образовании с целью выявления его соответствия желаемому результату или первоначальному предположению².

По мнению М.М.Безруких³, *общими принципами оценки здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения являются* следующие:

- 1) оценка деятельности образовательных учреждений по охране здоровья необходима;
- 2) оценка должна быть интегральной, учитывая все направления деятельности;
- 3) предпочтительнее качественная оценка;

¹ Мониторинг (от лат. monitor — «предостерегающий») — специально организованное систематическое наблюдение за состоянием объектов, явлений, процессов с целью их оценки, контроля или прогноза.

² Аверкин В., Аверкина С., Карданова Е. и др. Региональная система управления образованием: мониторинг развития // Народное образование. 2008. № 2. С. 156—164.

³ Безруких М.М. Здоровьесберегающая школа. М., 2004.

4) оценка должна основываться на нормативно-правовой базе в области охраны и укрепления здоровья и проводиться с учетом единых критериальных подходов.

Выделение четких критериев деятельности образовательных учреждений по охране и укреплению здоровья, относящихся к ведению и сфере ответственности органов образования, позволяет оценить целесообразность, рациональность и эффективность этой деятельности.

Базовая модель системной комплексной работы по сохранению и укреплению здоровья в образовательных учреждениях состоит из *шести блоков критериальной оценки*.

Каждый блок включает следующие параметры оценки.

I блок — здоровьесберегающая инфраструктура образовательного учреждения

- состояние и содержание здания и помещений ДООУ в соответствии с гигиеническими нормативами;
- оснащенность спортивного зала, спортплощадок необходимым оборудованием и инвентарем;
- наличие и оснащение медицинского кабинета;
- организация качественного питания;
- необходимый (в расчете на количество детей) и квалифицированный состав специалистов, обеспечивающий работу с воспитанниками (медицинские работники, методисты по физической культуре, психологи, логопеды и т.п.).

II блок — рациональная организация воспитательно-образовательного процесса

- соблюдение гигиенических норм и требований к организации, объему учебной и внеучебной нагрузки;
- использование методов и методик обучения, адекватных возрастным возможностям и особенностям воспитанников;
- введение любых инноваций в воспитательно-образовательный процесс только под контролем специалистов;
- строгое соблюдение всех требований к использованию технических средств в обучении (компьютер, аудио-визуальные средства);
- рациональная и соответствующая требованиям организация занятий физической культурой и занятий активно-двигательного характера в ДООУ.

III блок — организация физкультурно-оздоровительной работы

- полноценная и эффективная работа с детьми всех групп здоровья, в том числе организация занятий с детьми, отнесенными по состоянию здоровья к специальной медицинской группе (СМГ);
- организация работы групп корригирующей гимнастики;
- организация динамических перемен, физкультминуток на занятиях и физкультпауз во время самостоятельной деятельности детей;
- создание условий и организация работы спортивных секций;
- регулярное проведение спортивно-оздоровительных мероприятий.

IV блок — просветительно-воспитательная работа с детьми, направленная на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни

- включение в систему работы дошкольного образовательного учреждения образовательных программ, направленных на формирование ценности здоровья и здорового образа жизни;
- проведение «Дней здоровья», конкурсов, праздников;
- создание общественного совета по здоровью.

V блок — организация системы просветительской и методической работы с педагогами, специалистами и родителями

- лекции, семинары, консультации, курсы по различным вопросам роста и развития ребенка, его здоровья, факторов, положительно и отрицательно влияющих на здоровье, и т.п.;
- приобретение необходимой научно-методической литературы;
- привлечение педагогов и родителей к совместной работе по проведению спортивных соревнований, дней здоровья, занятий по профилактике вредных привычек и т.п.

VI блок — медицинская профилактика и динамическое наблюдение за состоянием здоровья

- использование рекомендованных и утвержденных методов профилактики заболеваний, не требующих постоянного наблюдения врача;
- регулярный анализ и обсуждение на методических (педагогических) советах данных о состоянии здоровья воспитанников ДОУ, доступность сведений для каждого педагога;
- регулярный анализ результатов динамических наблюдений за состоянием здоровья и их обсуждение с педагогами, родителями, введение карты здоровья группы (ДОУ);

- создание системы комплексной педагогической, психологической и социальной помощи детям с проблемами в адаптации, развитии, здоровье;
- привлечение медицинских работников к реализации всех компонентов работы по сохранению и укреплению здоровья детей раннего и дошкольного возраста, просвещению педагогов и родителей.

Оценка системы критериев: количественная и качественная. Включает в себя показатели, используемые для оценки изменений, произошедших в результате использования системы средств и методов охраны и укрепления здоровья детей раннего и дошкольного возраста.

Система индикаторов может включать:

- параметры рациональной организации воспитательно-образовательного процесса;
- параметры рациональной организации режима дня;
- параметры (показатели) изменения функционального состояния, напряженности и текущей заболеваемости;
- параметры изменения физического развития и физической подготовленности;
- параметры изменения отношения детей к своему здоровью, здоровому образу жизни.

В систему индикаторов включены те показатели, которые непосредственно связаны с организацией жизни ребенка в ДООУ, с учебной и внеучебной нагрузкой и отражают адекватность методов, методик и условий воспитания и обучения возможностям организма детей раннего и дошкольного возраста.

Варианты практического использования системы индикаторов и критериев оценки деятельности образовательных учреждений по сохранению и укреплению здоровья в образовательных учреждениях разных типов могут быть выделены только после апробации их введения в практику работы самих образовательных учреждений (самооценка, самообследование) и органов управления образованием (внешняя оценка, внешнее обследование).

Система индикаторов позволяет оценить эффективность деятельности образовательных учреждений по охране и укреплению здоровья, а система критериев позволяет оценить полноту, разнообразие и системность проводимой работы.

Применение системы индикаторов и системы критериев для оценки деятельности образовательных учреждений по охране и укреплению здоровья в значительной степени зависит от вариантов видов и форм здоровьесберегающей деятельности ДООУ.

Методические подходы к использованию критериев оценки здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений

Оценка направленности и системности деятельности образовательных учреждений по охране и укреплению здоровья может проводиться по шести критериальным блокам, описанным выше.

Для оценки (самооценки) используются специально разработанные анкеты (таблицы) на основе нормативно-правовых документов и актов; полученные данные сравнивают с действующими нормативами, принятыми на момент оценки. Оценка может быть хорошей, удовлетворительной или неудовлетворительной.

Параметры изменения отношения детей к своему здоровью, здоровому образу жизни. Для анализа этих изменений следует учитывать те варианты образовательных программ по формированию ценности здоровья и здорового образа жизни, которые реализуются в данном образовательном учреждении. В зависимости от варианта используемых программ необходимо разрабатывать анкеты оценки.

Предложения по использованию индикаторов и критериев оценки деятельности образовательных учреждений во многом будут зависеть от формы оценки: внутренней (самооценка) и внешней (Управлением образования, независимыми экспертами и т.п.).

Для внешней оценки необходима разработка нормативно-правовой базы, без которой органы управления образования, независимые эксперты и т.п. не имеют юридического права проводить оценку.

Внутренняя оценка (самооценка) возможна по решению руководства образовательного учреждения и педагогического коллектива (и попечительского совета). Для внутренней оценки необходимо создание общественного совета по здоровью, в состав которого могут войти: *заведующий ДООУ; зам. по УВР; координатор работы по укреплению и сохранению здоровья; медработник, инструктор по физической культуре; психолог; логопед; представитель родительского комитета; представитель попечительского совета.*

Положение об общественном совете может быть разработано самим образовательным учреждением.

Система оценки, сроки ее проведения, подведение итогов могут быть предписаны специальным распоряжением заведующего ДОУ, а результаты представлены при аттестации образовательного учреждения.

Самообследование — это вид контроля за обеспечением качества образования, включающий самопроверку, самоанализ и самооценку образовательным учреждением своей деятельности. Самообследование является обязательным этапом аттестации и аккредитации образовательных учреждений, проводится самим образовательным учреждением.

Образовательное учреждение может осуществлять самообследование:

- по формам, показателям и критериям, устанавливаемым государственными органами для целей аттестации и аккредитации;
- по аттестационным, аккредитационным, а также другим показателям для проведения «всеобъемлющего анализа» по образовательному учреждению в целом и по отдельным аспектам его деятельности.

На основании полученных материалов самообследования органы образования принимают решение о порядке, сроках проведения или отказе в проведении в предусмотренные сроки внешней аттестационной экспертизы с целью аттестации и (или) аккредитации образовательного учреждения. Самообследование в целях аккредитации и аттестации проводится в течение 1 года до прохождения указанных выше процедур.

Таким образом, предложенные методические подходы к оценке здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений могут иметь различные варианты использования. Целесообразность или преимущество каждого из них могут быть выявлены в результате специальной работы.

Компетентность педагогов дошкольного образования в области здоровьесбережения

Реформирование образования предъявляет особые требования к профессиональной подготовке педагогов на современном этапе развития общества, в том числе к специальным знаниям в области

охраны и укрепления здоровья детей раннего и дошкольного возраста. Компетентность педагога в области здоровьесбережения позволит снизить влияние неблагоприятных факторов среды образовательного учреждения, учебно-воспитательного процесса на здоровье детей и формировать у них убежденность в выборе здорового образа жизни. Профессиональная компетентность педагогов в рассматриваемой области знаний выступает одним из основных факторов формирования здоровья дошкольников и их родителей.

Под **профессиональной компетентностью** понимается интегральная характеристика, определяющая способность решать профессиональные проблемы и типичные профессиональные задачи, возникающие в реальных ситуациях профессиональной деятельности, с использованием знаний, профессионального и жизненного опыта, ценностей и наклонностей.

В соответствии с квалификационными требованиями, критериями профессиональной компетентности педагога, наряду с профессиональными знаниями и умениями, является готовность специалиста обеспечивать охрану жизни и здоровья детей в воспитательно-образовательном процессе.

Сформированность ценностного отношения к здоровью, медико-психолого-педагогические знания о различных аспектах здоровья, способах индивидуальной стратегии и тактики сохранения и развития здоровья, а также наличие личностных установок на здоровьесберегающее поведение характеризуют здоровьесберегающую компетентность.

Критериями компетентности педагога в области здоровьесбережения являются:

знания в области здоровья

— теоретических подходов к сущности понятий: здоровье, болезнь, здоровый образ жизни;

— факторов, укрепляющих и разрушающих здоровье (в том числе и профессиональное);

— методов формирования, укрепления и сохранения собственного здоровья и здоровья детей;

— современных здоровьесберегающих технологий;

— методов пропаганды знаний в вопросах здоровьесбережения среди широких слоев населения;

— методик проведения консультационных и профилактических мероприятий в области здоровьесбережения;

— методов аналитической, прогностической и мониторинговой работы в области здоровьесбережения;

умения в области здоровья

— выявлять факторы, отрицательно влияющие на здоровье и способность сопоставлять уровень здоровья с их влиянием на организм;

— проектировать индивидуальную и групповую работу по здоровьесбережению;

— активизировать внешние и внутренние ресурсы для сохранения своего здоровья и здоровья детей и подростков;

— применять нормативно-правовые акты по охране здоровья в практической деятельности;

— разрабатывать и применять на практике методы и технологии формирования, укрепления и сохранения собственного здоровья и здоровья детей;

— оказывать помощь коллегам и родителям в познании своего здоровья и ресурсов его сохранения и укрепления;

— применять методы формирования мотивационных основ здорового образа жизни у детей и их родителей;

— организовывать индивидуальную и коллективную работу по здоровьесбережению детей;

— формировать у себя и у детей адаптивные возможности;

— организовывать свой образ жизни с позиций здоровьесбережения;

навыки в области здоровья

— ведения здорового образа жизни;

— самодиагностики, саморазвития, самосовершенствования своего образа жизни и здоровья;

— владения культурой общения;

— обладания рефлексивными способностями;

— владения культурой эмоций;

— сохранения профессионального здоровья;

— совладания со стрессами (аутотренинг, релаксация);

характеристики личности

— сформированность мотивационной сферы ведения здорового образа жизни;

— обладание психическими функциями самоконтроля и самокритичности;

— высокий уровень креативности и профессионального самосознания;

— потребность в постоянном самообразовании в вопросах здоровьесбережения;

— коммуникабельность, эмпатичность, открытость, тактичность, терпение, доброта, деликатность и др.;

— физическая тренированность, самовнушаемость и оптимизм.

Сформированность профессиональной компетентности педагога в вопросах здоровьесбережения можно представить на трех уровнях: высокий, средний и низкий (табл. 7).

Таблица 7

Уровни сформированности профессиональной компетентности педагога в вопросах здоровьесбережения

Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
<ul style="list-style-type: none">• знания педагогов в области здоровья систематичные, осознанные и глубокие;• отмечается потребность в постоянном пополнении и совершенствовании знаний;• умения на уровне навыков;• мотивом к здоровьесбережению является понимание ценности здоровья и потребности в его сохранении и укреплении.	<ul style="list-style-type: none">• знания педагогов в области здоровья существенны и дифференцированы;• умения в области здоровьесбережения сформированы, но применяются не в системе;• педагоги убеждены в необходимости ведения здорового образа жизни, но ценность здоровья для них не является потребностью и мотивом к здоровьесберегающему поведению.	<ul style="list-style-type: none">• знания педагогов в области здоровья поверхностны, фрагментарны;• характерно равнодушное, нередко негативное отношение к выполнению действий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;• умения и навыки по сохранению здоровья сформированы лишь на уровне выполнения элементарных гигиенических процедур;• мотивационно-ценностное отношение к здоровью не сформировано.

Таким образом, высокий уровень компетентности здоровьесбережения способствует сохранению и укреплению здоровья, как детей, так и самих педагогов. Низкий уровень может привести к нарушению физического, психического и социального компонентов здоровья и не способствует формированию ценности здоровья и здорового образа жизни, как у самих педагогов, так и у детей и их родителей.

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте толкование понятию «мониторинг в образовании»?
2. Опишите критерии оценки здоровьесберегающей деятельности ДОО (по блокам).
3. Проведите сравнительный анализ системы критериальной оценки и системы индикаторов в экспертизе здоровьесберегающей деятельности ДОО.
4. Выделите принципиальные отличия внешней и внутренней оценки деятельности ДОО по сохранению и укреплению здоровья детей раннего и дошкольного возраста.
5. Что понимается под профессиональной компетентностью педагога дошкольного образования?
6. Какими знаниями, умениями и навыками в области здоровья должен обладать педагог дошкольного образования?
7. Дайте сравнительную характеристику уровней сформированности профессиональной компетентности педагога в вопросах здоровьесбережения.

ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА ТВОРЧЕСКИХ РАБОТ (РЕФЕРАТОВ)

1. Здоровый образ жизни как фактор формирования, сохранения и укрепления здоровья.
2. Роль современных программ дошкольного воспитания в формировании здорового образа жизни ребенка.
3. Роль здоровьесберегающих технологий в сохранении и укреплении здоровья детей раннего и дошкольного возраста.
4. Роль здоровьесберегающих образовательных технологий в сохранении и укреплении здоровья детей раннего и дошкольного возраста.
5. Влияние компьютеризации системы образования на здоровье детей дошкольного возраста.
6. Актуальные проблемы санитарно-гигиенического состояния дошкольных образовательных учреждений и пути их решения.
7. Профилактика нарушений опорно-двигательного аппарата у детей раннего и дошкольного возраста (на примере ДОУ).
8. Роль традиционных и нетрадиционных форм организации физической активности в сохранении и укреплении здоровья детей в ДОУ.
9. Роль семьи в формировании, сохранении и укреплении здоровья детей. Методика формирования культуры здоровья семьи.
10. Проблема формирования, сохранения и укрепления психического здоровья детей раннего и дошкольного возраста на современном этапе.
11. Формирование мотивационных основ здорового образа жизни дошкольников через организацию совместной деятельности ДОУ и родителей.
12. Особенности формирования, сохранения и укрепления здоровья детей, относящихся к «группе риска», в дошкольном образовательном учреждении.
13. Особенности формирования мотивационных основ здорового образа жизни детей среднего дошкольного возраста.
14. Особенности формирования мотивационных основ здорового образа жизни детей старшего дошкольного возраста.

15. Использование методов здоровьесберегающей педагогики в деятельности воспитателя (педагога дополнительного образования, инструктора по физической культуре, музыкального руководителя).

16. Совершенствование занятий по физической культуре с учетом принципов здоровьесберегающей педагогики.

17. Пути формирования культуры здоровья педагогов дошкольного образовательного учреждения.

18. Управление системой здоровьесбережения образовательного учреждения (на примере ДООУ).

19. Компетентностный подход к формированию здорового образа жизни ребенка в условиях ДООУ.

20. Проектирование деятельности по реализации здоровьесберегающих технологий в ДООУ.

21. Программа совершенствования профессионального здоровья воспитателя в условиях дошкольного образовательного учреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруких, М.М. Здоровьесберегающая школа [Текст]. — М.: Московский психолого-социальный институт, 2004.
2. Гаврючина, Л.В. Здоровьесберегающие технологии в ДОУ: Метод. пособие [Текст]. — М.: ТЦ Сфера, 2008.
3. Голубев, В.В. Практикум по основам педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: Учеб. пособие для пед. вузов [Текст]. — М., 2000.
4. Деркунская, В.А. Диагностика культуры здоровья дошкольников: Учеб. пособие [Текст]. — М.: Педагогическое общество России, 2006.
5. Дробинская, А.О. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст]. — М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2003.
6. Здоровый дошкольник: Социально-оздоровительная технология XXI века [Текст] / Авт.-сост. Ю.Е.Антонов, М.Н.Кузнецова, Т.Ф.Саулина. — М.: АРКТИ, 2000.
7. Здоровьесберегающие технологии в начальной школе: Метод. пособие. Методика. Тематическое планирование. Разработки занятий. Разработки внеклассных мероприятий [Текст]. — М.: Изд-во «Глобус», 2010.
8. Здоровьесберегающие технологии в образовательно-воспитательном процессе [Текст]. — М.: Илекса, Народное образование; Ставрополь: Ставропольсервисшкола, 2003.
9. Казин, Э.М., Блинова, Н.Г., Литвинова, Н.А. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст]. — М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2000.
10. Кузнецова, М.Н. Система комплексных мероприятий по оздоровлению детей в дошкольных образовательных учреждениях: Практическое пособие [Текст]. — М.: АРКТИ, 2002.
11. Кучма, В.Г. Гигиена детей и подростков: Учебник [Текст]. — М., 2002.
12. Лазарев, М.Л. Здравствуй!: Программа формирования здоровья детей дошкольного возраста: Руководство для воспит. дошк. образов. учреждений [Текст]. — М.: Академия здоровья, 1997.
13. Митяева, А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст]. — М.: Издательский центр «Академия», 2008.
14. Оздоровительная работа в дошкольных образовательных учреждениях: Учеб. пособие [Текст] / Под ред. В.И.Орла и С.Н.Агаджановой. — СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2006.

15. Овчаров, Е.А. Здоровье: аксиологический, медико-социальный и экологический анализ: Учеб. пособие [Текст]. — Нижневартовск: Изд-во Нижневарт. пед. ин-та, 2002.

16. Овчинникова, Т.С. Организация здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях: Монография [Текст]. — СПб.: КАРО, 2006.

17. Оздоровление детей и подростков в образовательных учреждениях: Учеб.-метод. пособие [Текст] / Л.А.Жданова, Т.В.Руссова, А.М.Ширстов, А.Г.Андреев, Е.А.Мягкова, А.В.Сорокина, Е.В.Селезнева, Н.Н.Нежкина. — Иваново: Иван. гос. мед. академия, 2000.

18. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы: Метод. пособие [Текст] / Под ред. акад. РАМН Г.Н.Сердюковской. — М.: Промедэк, 1993.

19. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе [Текст]. — 2-е изд., испр. и доп. М.: АРКТИ, 2006.

20. Смирнов, Н.К. Руководство по здоровьесберегающей педагогике: Технологии здоровьесберегающего образования: Метод. пособие для педагогов [Текст]. — М.: АРКТИ, 2008.

21. Совершенствование управления процессами формирования, сохранения, укрепления здоровья детей и подростков, их развития на уровне муниципальных образований в Ханты-Мансийском автономном округе [Текст] // Материалы окружной научно-практической конференции (13—14 марта 2002 г., г.Сургут). Ханты-Мансийск, 2002.

22. Современные технологии сохранения и укрепления здоровья детей: Учеб. пособие [Текст] / Под общ. ред. Н.В.Сократова. — М.: ТЦ «Сера», 2005.

23. Тихомирова Л.Ф. Деятельность учреждений образования по охране и укреплению здоровья детей: Учеб.-метод. пособие. — Ярославль: ИПКРО, 2000.

24. Торохова, Е.И. Валеология: Словарь-справочник [Текст]. — М.: Флинта: Наука, 2002.

25. Чупаха, И.В., Пужаева, Е.З., Соколова, И.Ю. Здоровьесберегающие технологии в образовательно-воспитательном процессе [Текст]. — М.: Илекса, Народное образование; Ставрополь: Ставропольсервисшкола, 2003.

26. Швецов, А.Г. Формирование здоровья детей в дошкольных учреждениях: в помощь врачам, мед. и пед. работникам дошк. учреждений [Текст]. — М.: Изд-во «ВЛАДОС-ПРЕСС», 2006.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АМН — академия медицинских наук
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ДОУ — дошкольное образовательное учреждение
ЗОЖ — здоровый образ жизни
ЗСД — здоровьесберегающая деятельность
ЗСТ — здоровьесберегающие технологии
МЗ — Министерство здравоохранения
НИИ — научно-исследовательский институт
ОРВИ — острые респираторно-вирусные инфекции
РАМН — Российская академия медицинских наук
СанПиН — санитарно-эпидемиологические правила и нормативы
СДА — суточная двигательная активность
ЧБД — часто болеющие дети
ЧСС — частота сердечных сокращений
ЧД — частота дыхания

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие.....	3
Раздел I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	5
1.1. Концепция индивидуального здоровья и факторы, его формирующие	5
1.2. Состояние здоровья детей раннего и дошкольного возраста на современном этапе	19
1.3. Факторы риска нарушения здоровья в дошкольном возрасте	23
1.4. Мониторинг состояния здоровья детей раннего и дошкольного возраста в условиях дошкольного образовательного учреждения	28
1.5. Здоровьесберегающая педагогика	39
Раздел II. ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	48
2.1. Здоровьесберегающие технологии в современной системе дошкольного образования	48
2.2. Медико-гигиенические и физкультурно-оздоровительные здоровьесберегающие технологии	59
2.3. Здоровьесберегающая организация воспитательно-образовательного процесса	85
2.4. Мониторинг и экспертиза здоровьесберегающей деятельности дошкольного образовательного учреждения	109
Примерная тематика творческих работ (рефератов).....	119
Литература	121
Список сокращений	123