

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. И. АРАБАЕВА**

На правах рукописи

ДЕМЕШЕВА ГУЛЬМИРА УТЕМИСОВНА

**ФОРМИРОВАНИЕ ОСНОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ
КОМПЕТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА**

13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание учёной степени кандидата педагогических наук

Научный руководитель:

доктор педагогических наук,

профессор Калдыбаева А.Т.

Бишкек – 2022

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.....	13
1.1. Сущность феномена формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста и характеристика основных понятий	13
1.2. Возрастные особенности детей старшего дошкольного возраста, позитивно влияющие на формирование здорового образа жизни	41
1.3. Компетентность родителей детей и педагогов дошкольного образования в области здоровьесбережения	54
Заключение по первой главе.....	60
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	66
2.1. Методы исследования и технологии, способствующие формированию основ здоровьесбережения детей	66
2.2. Модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста	77
2.3. Педагогические условия формирования основ о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста	85
Заключение по второй главе	103
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	106
3.1. Программа формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста	106
3.2. Содержание констатирующего эксперимента	129
3.3. Результаты экспериментальной работы по формированию основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста	156
Заключение по третьей главе	173
ВЫВОДЫ.....	ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:	178
БИБЛИОГРАФИЯ.....	179

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертации. В современных условиях возрастает социальная и педагогическая значимость сохранения здоровья ребенка в процессе образовательной деятельности, которое рассматривается как состояние полного физического, душевного и социального благополучия и способность приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям внешней и окружающей среды и естественному процессу сохранения, а также отсутствие болезней. Формирование у детей потребности к здоровому образу жизни, в сохранении своего здоровья и ответственности за него является одной из стратегий формирования образования в Казахстане. Исследования последних лет констатируют ухудшение здоровья детей и подростков, которое едва достигает пятой доли от их общего числа; около трети детей, поступивших в школу, уже имеют хроническую патологию. В статистическом Сборнике «Дети Казахстана» (2017), по данным исследования уже в дошкольном возрасте приведены такие данные о заболеваемости детей: анемии наблюдаются у 70,3%, детский церебральный паралич – 3,1%, болезни органов дыхания – 72%, болезни органов пищеварения – 54,6%, болезни мочеполовой системы – 13%, врожденные аномалии сердца – 6,7%, травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин – 12,3% врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии – 20,3%. При поступлении в школу лишь 10-15% детей дошкольных организаций считаются здоровыми [57].

Актуальность проблемы сохранения и укрепления здоровья у детей старшего дошкольного возраста обусловлена еще и тем, что это период постепенной подготовки ребенка к систематическому обучению и от состояния здоровья, физического и психического формирования во многом зависит успешность обучения, работоспособность и адаптация к учебным нагрузкам в школе в будущем.

Основу исследования составляют положения, нормативно-правовые

документы Всемирной организации здравоохранения по вопросам воспитания здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья детей. В Уставе ВОЗ принято следующее определение: «Здоровье – это состояние полного телесного, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и повреждений» [39].

В возрасте 5-6 лет происходит активное формирование всех этих сторон здоровья: физического, психического и социального. В психо-социальном развитии детей можно выделить особую роль положительных мотивов выполнения гигиенических процессов, правил и физических упражнений, лежащих в основе здоровьесберегающего поведения.

Воспитательно-образовательный процесс в дошкольных организациях Казахстана независимо от форм собственности и ведомственной подчиненности осуществляется согласно: Закону Республики Казахстан «Об образовании» от 27 июля 2007 года №319 (с изменениями и дополнениями 8 января 2021 Г. № 410-VI ЗРК); Закону Республики Казахстан «О правах ребенка в Республике Казахстан» 8 августа 2002 года №345 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 27.07.2007 г.); Государственному общеобязательному стандарту дошкольного воспитания и обучения (приказ МОН РК от 31 октября 2018 года №604); Типовым учебным планам дошкольного воспитания и обучения № 557 от 20 декабря 2012 года (с изменениями и дополнениями от 10 октября 2018 года №556); Типовой учебной программе дошкольного воспитания и обучения (приказ МОН РК от 12 августа 2016 года №499); Типовым правилам деятельности дошкольных организаций (приказ МОН РК от 30 октября 2018 года №595). Сегодня все внимание государства направлено на совершенствование и разработку новых методических подходов к оценке морфофункционального развития и состояния здоровья детей, проведение гигиенических экспертиз инновационных образовательных технологий, программ, режимов обучения, рационов питания, в том числе и на договорной основе; консультативную и

методическую работу со специалистами по охране здоровья детей и подростков и специалистами смежных областей (педагогами, психологами, педиатрами и др.); подготовка научных трудов, учебных и методических пособий; разработка нормативной и методической документации, необходимой для контроля за санитарно-эпидемиологическим благополучием детей и подростков в образовательных и оздоровительных организациях.

Ожидаемый результат развития детей старшего дошкольного возраста – формирование основ здоровьесберегающей компетентности – признание ребенком здоровья как наиважнейшей ценности человеческого бытия, сформированная потребность быть здоровым, умение заботиться о своем физическом здоровье и соблюдать правила безопасности жизнедеятельности;

В Республике Казахстан по проблемам дошкольного воспитания и образования только за последние 15 лет защищено свыше 20 докторских диссертаций, среди которых рассмотрены преимущественно отдельные компоненты здорового образа жизни. Так, например, изучение проблемы становления и развития валеологии отражены в работах Т.К. Мусафиной (1996), Г.Д. Алимжановой (1987), А.А. Адылханова (1998), З. Брусенко (1999), Н.Т. Торманова (2000), А.С. Имангалиева (1999), А.В. Ахаева (2005); разработкой образовательных программ по проблемам формирования здорового образа жизни в общеобразовательных школах занимаются А. Адылханов (2003), К.А. Жанабердиева (2005), З. Брусенко (2006), С.Т. Сейдуманов (2007); вопросами обоснования и перспективы научного сопровождения пропаганды здорового образа жизни в аспекте физического и гигиенического воспитания детей, подростков и родителей занимаются К.И. Адамбеков (1995), Г.Д. Алимжанова (1997), Ж. Егизбаев (2000), А.С. Жуманова (1997), А.Г. Маджуга (2001), Ботагариев (2001). Проблемы использования казахской народной педагогики в системе физкультурно-оздоровительной работы среди учащихся изучали Т.Ж. Бекпатчаев (1991),

Ж.М. Тулегенов (1992), Е. Мухидинов (1999), Е.Ш. Козыбаев (2006), Ж.С. Хасанова (2008), Ш.И. Джанзакова (2007), Б.К. Утешова (2008), формирование у старших подростков ценностных ориентаций на здоровье в процессе валеологического образования – Ж.Д. Нуржанова (2007); педагогические условия формирования здорового образа жизни младших школьников – А.М. Утешкалиева (2006), Г.Б. Мауленбердиева (2007).

В Кыргызской Республике проблемы здоровьесбережения детей дошкольного возраста не являлись объектом специального научного исследования, но все же имеются труды ученых, посвященные данной проблеме вообще. Это научные труды таких ученых – Г.С. Акиевой А. Мамытова (2007), Ж.А. Бузурманкуловой (2010), М. Алиева (2004), Н. Айсаракуновой М. Субановой и Б. Мундузбаева (2010) в которых уделяется внимание формированию здорового образа жизни у молодежи различными средствами и направлены они на развитие у молодежи мотивационной сферы гигиенического поведения, безопасной жизни, нравственно-психологического компонента здорового образа жизни, на воспитание потребности в самостоятельной двигательной активности, на обеспечение физического и психического саморазвития.

Наряду с пониманием актуальности данного направления обращает на себя внимание ряд **противоречий между:**

– социальным заказом общества на реализацию функций, связанных с формированием личности воспитанника, ведущего здоровый образ жизни и существующими в дошкольной организации традиционными подходами, недостаточно обеспечивающими должный уровень формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста;

– необходимостью формирования основ здоровьесберегающей компетентности у дошкольника и недостаточной научно-методологической

разработанностью системы педагогических воздействий, средств и способов диагностики, при которых в должной мере обеспечивается формирование основ здоровьесберегающей компетентности ;

– значимостью здоровья и здорового образа жизни человека и поздним приобщением детей к усвоению этих понятий ввиду отсутствия теоретически обоснованного и экспериментально апробированного комплекса педагогических условий, способствующих этому.

Поиск эффективных путей разрешения данного противоречия обозначили **проблему исследования:** каковы педагогические условия, обеспечивающие успешное формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей дошкольного возраста?

На основании выделенных противоречий и проблемы была сформулирована тема исследования: «Формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста».

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема исследования входит в план научно-исследовательской работы КГУ им. И. Арабаева с 2015-2020 годы и Атырауского университета им. Х. Досмухамедова Республики Казахстан.

Цель исследования: определить педагогические условия, способствующие формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Объект исследования: педагогические условия формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Предмет исследования: процесс формирования основ

здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Исходя из цели, объекта и предмета поставлены следующие **задачи исследования:**

1. На основе анализа психолого-педагогической литературы раскрыть содержание и компонентный состав понятия «здоровьесберегающая компетентность у детей старшего дошкольного возраста» и рассмотреть возрастные особенности у детей старшего дошкольного возраста, позитивно влияющие на формирование основ здоровьесберегающей компетентности и роль родителей детей и педагогов в данном процессе.

2. Разработать теоретически обоснованную модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

3. Определить совокупность педагогических условий, способствующих формированию основ здоровьесберегающей компетентности и экспериментально проверить их результативность и **разработать практические рекомендации.**

Научная новизна полученных результатов заключается в следующем: на основе компетентностного подхода определены теоретические основы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста как интегративного качества личности ребенка, определен компонентный состав основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста; разработана теоретически и экспериментально обоснована модель процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, включающая: характеристику старшего дошкольника, обладающего здоровьесберегающей компетентностью, определены педагогические условия, способствующие

эффективному формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, как важная составляющая часть учебно-воспитательной работы в дошкольной организации, выражающееся в осознании его ценности как необходимой предпосылки для полноценной жизни человека, сопровождающееся активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению. Сущность понятия «основы основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста», теоретическое обоснование которого определяется с учетом психофизиологических особенностей детей старшего дошкольного возраста, а также внешних и внутренних факторов, обуславливающих активный характер самостоятельной деятельности ребенка в рассматриваемом аспекте.

2. Теоретическая модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, включающая следующие компоненты: когнитивный (представления, знания, суждения), эмоционально-оценочный (эмоции, оценка) и поведенческо-деятельностный (поведенческие реакции, деятельностная направленность), двигательный (выполнение физических упражнений, зарядки и т.д.).

3. Совокупность педагогических условий: создание в образовательной организации здоровьесберегающей среды, направленной на укрепление и охрану здоровья детей; организация взаимодействия дошкольной организации и семьи по вопросам формирования основ о основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста; разработка и внедрение в педагогический процесс программы формирования ЗОЖ; а также реализация современных эффективных здоровьесберегающих технологий в ДОО, способствующих эффективному

формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

4. Результаты экспериментальной работы позволят осуществлять формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста с учетом современных требований в единстве традиционных и нетрадиционных форм обучения.

Практическая значимость исследования определяется тем, что: апробированы педагогические условия формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, разработана и внедрена образовательная программа «Мы здоровыми растем», направленная на формирование у детей старшего дошкольного возраста; Разработанная программа по формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, а также полученные в ходе исследования выводы и рекомендации могут быть использованы в практике и общеобразовательных школ, при подготовке будущих учителей начальных классов в вузах, в институте повышения квалификации работников образования.

Личный вклад соискателя в исследование состоит в: раскрытии теоретических основ формирования коммуникативных и социальных компетенций в процессе формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста; определении педагогических условий, способствующих решению поставленных исследовательских задач; разработке учебной программы с проекцией на формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные выводы и результаты исследования докладывались и получили одобрение на международных, республиканских, региональных конференциях: Международной научно-практической конференции г. Пенза, (2018),

Международной научно-практической конференции г. Екатеринбург (2021), «Актуальные научные исследования в современном мире» сборник научных трудов, г. Пернеяслав-Хмельницкий (2019, 2020), «Европа и тюрский мир: наука, техника и технологии», Международной научно-практической конференции г. Стамбул (2019), нашли отражение в научных статьях, опубликованных в журналах: «Вестник», АГУ им. Х. Досмухамедова (2009), «Поиск» (2010), «Высшая школа» (2010), «Профессионал Казахстана» (2010), «Образование» (2010), «Вестник» ЗКГУ им. М. Утемисова (2013); «OlymPlys» г. Самара (2015), Научном журнале «Образование» Казахской академии образования, г. Астана (2018), «Наука и Просвещение» Международном научном журнале «Наука и жизнь Казахстана» г. Алматы (2020), «Тенденции и перспективы развития науки в условиях глобализации», журнале ВАК КР «Научные исследования в Кыргызской Республике» (2021).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.

Основные положения и выводы исследования были отражены в 29 опубликованных работах, включая издания, рекомендованные НАК КР, вошедшие в информационную систему РИНЦ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы (160 наименований), 6 приложений. Общий объем составляет 170 страниц, включая 22 таблицы, 5 рисунков.

АКИЕВА Г.С. 2. В диссертации и автореферате необходимо четко дифференцировать «методы исследования» и «методы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста» т.е привести в соответствие.

Методы исследования.

Теоретические методы: анализ психолого-педагогической, философской литературы, монографических материалов, учебно-методической литературы; сравнение; обобщение; моделирование. Эмперические методы: педагогическое наблюдение, беседа, диагностический (опрос), изучение и обобщение передового опыта учителей общеобразовательных школ, моделирование проблемных ситуаций,

творческих заданий, метод педагогического эксперимента. Статистические методы: для обработки данных использовались количественные и качественные методики, метод табличного представления результатов эксперимента, обобщение результатов исследования с учетом новых фактов и конкретных условий.

«Методы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста»

При формировании основ здоровьесберегающей компетентности у детей мы использовали, во-первых, традиционную классификацию методов обучения Н.Н. Поддъякова, согласно которой выделяются три группы методов: практические, словесные и наглядные.

1. Наглядные методы

- наблюдение: распознающее, преобразовательное, репродуктивное использование данного метода способствовало формированию у детей представлений об особенностях внешнего строения человека, об индивидуальном своеобразии его внешнего вида, о социальной роли каждого ребенка согласно его половой дифференциации, представлений о зависимости здоровья от факторов его формирующих.

- рассматривание картин, схем, муляжей; демонстрация диапозитивов, диа- и кинофильмов, компьютерных программ

Применение данных методов способствовало расширению представлений детей, указанных в программном содержании, а также формированию наглядных образов внутренних органов и систем организма человека, их функций и условий, обеспечивающих их работоспособность, т.е. наглядных образов таких объектов, восприятие которых непосредственно в жизни обеспечить невозможно.

2. Практические методы

- упражнение: подражательно-исполнительское, конструктивное, творческое.

Организация данного метода способствовало овладению детьми разнообразными способами умственной деятельности, формированию и закреплению навыков: культурно-гигиенических, закаливания, физической культуры, безопасной жизнедеятельности, оказания первой помощи.

-игровой метод

Использование данного метода содействовало закреплению и систематизации представлений и умений детей, обозначенных в программном содержании.

-моделирование: предметное, предметно-схематическое, графическое
Применение данного метода способствовало формированию у детей представлений о строении, функциях органов и систем организма человека, обеспечивая тем самым наглядные образы таких объектов, восприятие которых непосредственно в жизни обеспечить невозможно.

3. Словесные методы

-рассказ педагога и рассказы детей

Использование метода – рассказ педагога – способствовало формированию у детей представлений, обозначенных в программном содержании; тогда как применение метода – рассказы детей – их закреплению и переходу умственного действия и его содержания во внутренний план, т.е. интериоризации.

- чтение художественной литературы

Организация данного метода обеспечивало расширение и обогащение представлений детей в области здоровья, формирование способности детей к восприятию и пониманию содержания, основных связей и действий героев художественного произведения относительно сохранения и укрепления здоровья.

- беседа: предварительная, итоговая (обобщающая).

Применение данного метода способствовало обобщению и систематизации представлений детей дошкольного возраста, обозначенных в программном содержании.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

1.1. Сущность феномена формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста и характеристика основных понятий

Первым уровнем системы непрерывного образования Республики Казахстан, создающим условия для формирования и развития личности ребенка является дошкольное воспитание и обучение. Дошкольный возраст является чрезвычайно важным для формирования интеллекта, личности, социального и эмоционального развития человека. Вовремя полученное дошкольное образование имеет жизненно важное значение как для каждого ребенка, так и для благополучия страны.

У нас появились «цифровые» дети. Психологи бьют тревогу, что гаджеты попросту тормозят психическое развитие ребенка, происходит социальная дезадаптация, нарушается физиологическое развитие ребенка. Если ребенок начинает смотреть привлекающие картинки (игры,

мультфильмы) с плоского экрана телефона или планшета, это может привести к нарушению естественного процесса развития зрительного аппарата и раннему ухудшению зрения, снижению фантазии и повышению тревоги, ребенок не справляется с эмоциями сам. Не стоит также забывать и про вред гаджетов для спины. Со временем это нарушение может стать опасным и даже вызвать хроническую бессонницу, депрессию, биполярное расстройство и неврозы.

В XXI веке обращенность к проблемам здоровья, формирования у молодого поколения ценностного отношения к здоровью и готовности к здоровьесберегающему поведению и формированию, на личность, главной чертой которой становится переход от концепции приобретения знаний, умений и навыков, необходимых для деятельности в стандартных условиях, к образованию, развивающую личность; к поиску новых образовательных технологий, в которых есть место инициативе ребенка и его подчинения требованиям взрослого, сочетанию свободы познания и деятельности и рамок культуры, принятой в обществе является одной из приоритетных задач государства. Именно поэтому в последнее время в педагогике наибольшую популярность приобретает компетентностный подход, акцентирующий внимание на результате образования, причем в качестве результата рассматривается не сумма усвоенной информации, а способность человека действовать в различных нестандартных ситуациях [82, с. 34].

В Государственной программе развития образования в Республике Казахстан на 2011-2020 годы цель образования состоит в: «обеспечении равного доступа всех участников образовательного процесса к лучшим образовательным ресурсам и технологиям; обеспечении полного охвата детей качественным дошкольным воспитанием и обучением, равного доступа детей к различным программам дошкольного воспитания и обучения для их подготовки к школе; формировании в дошкольных учреждениях интеллектуального, физически и духовно развитого гражданина Республики

Казахстан, удовлетворение его потребности в получении образования, обеспечивающего успех в быстро меняющемся мире, развитие конкурентоспособного человеческого капитала для экономического благополучия страны» [45].

Дошкольное детство – период овладения ребенком собственным телом и сознанием, время познавательного и социального развития, половой идентификации и, наконец, становления детской личности. Результатом признания этого мировой общественностью стали документы международного права – Конвенция о «Правах ребенка [92], а также законы РК (Конституция РК, Кодекс о браке и семье РК [90], Законы РК «Об образовании» [68]. и «О правах ребенка в Республике Казахстан») [67].

Здоровье детей старшего дошкольного возраста всегда актуально, так как это период интенсивного развития детского организма, совершенствования и становления всех систем, органов физического и нервно-психического развития. Этот период также характеризуется значительной пластичностью психики, сензитивностью, большой эмоциональной отзывчивостью, новообразованиями в виде осознаваемых мотивов и благодатным для воспитания осознанного отношения к своему здоровью.

В настоящее время в системе образования Республики Казахстан идет процесс модернизации, переход от знаниевого подхода к компетентностному, в контексте которого образование должно быть ориентировано на результат.

С позиции компетентностного подхода здоровье есть способность к самосохранению, саморазвитию и самосовершенствованию. Ценность такого подхода, прежде всего, в том, что здоровье выступает не как результат влияния внешних условий и сопротивления им, а как проявление внутренней созидательной активности, творчества в процессе жизнедеятельности. Следовательно, здоровье можно рассматривать как целевой ресурс личности,

которым можно управлять. У здоровья, как ресурса, должен быть определенный базис. В его роли выступает здоровьесозидающий потенциал.

Государственный общеобязательный стандарт дошкольного воспитания и обучения РК предполагает формирование у детей старшего дошкольного возраста ключевых компетентностей (здоровьесберегающей; коммуникативно-языковой; познавательной; творческой), базирующихся на общечеловеческих и национальных ценностях, воспитание творческой личности, способной к позитивным отношениям в социуме. В том числе отмечено, что здоровьесберегающая компетентность позволяет: заботиться о своем физическом здоровье и соблюдать правила безопасности жизнедеятельности; владеть двигательными навыками; выражать свое эмоциональное состояние по поводу различных событий; владеть навыками личной гигиены и основами здоровьесбережения.

Изучение современного состояния организации образовательного процесса и нормативно-программного обеспечения детских садов, начальных школ, а также анализ научно-исследовательских работ последних лет показывает, что проблема формирования основ здоровьесберегающей компетентности именно у детей старшего дошкольного возраста не была предметом исследования.

На сегодняшний день дошкольным организациям предоставляется большое количество разнообразных общеобразовательных учебных программ по дошкольному воспитанию и обучению. Современные программы нацелены на образование через всю жизнь.

Так, для детей от 1 года дошкольной организации 6 лет Республиканским центром «Дошкольное детство» разработаны программы воспитания и обучения «Алғашқы қадам», «Зерек бала», «Біз мектепке барамыз». Эти программы обеспечивают целостное развитие личности ребенка дошкольного возраста в соответствии с базовыми компетентностями и образовательными областями, предусмотренными стандартом,

содействуют эффективному решению проблемы преемственности между дошкольным и начальным школьным образованием.

В последнее десятилетие отмечаются негативные тенденции в динамике показателей состояния здоровья детей дошкольного возраста. В связи с этим воспитание и обучение ребенка должны рассматриваться во взаимосвязи с точки зрения формирования у детей старшего дошкольного возраста устойчивой работоспособности и предупреждения утомления в процессе обучения.

Организация жизнедеятельности ребенка в дошкольном образовательном учреждении предусматривает не только реализацию педагогической работы, но и осуществление целенаправленной деятельности, обеспечивающей условия для сохранения и укрепления здоровья у детей старшего дошкольного возраста.

Здоровье детей отнесено к приоритетным направлениям государственной политики РК (По определению экспертов ВОЗ, демографический потенциал страны определяют дети в возрасте дошкольной организации 5 лет включительно, проблема сохранения жизни и здоровья которых является важнейшей стратегической задачей сохранения жизни и здоровья населения).

В 2017 году в Астане был выпущен Статистический сборник «Дети Казахстана», благодаря совместной инициативе Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан и Представительства Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Казахстане [57]. Структура и содержание данного сборника были разработаны при поддержке международных и национальных экспертов ЮНИСЕФ, а также при участии представителей заинтересованных государственных органов, неправительственных организаций, которые входят в состав Рабочей группы по систематизации показателей, характеризующих положение детей в Республике. Целью выпуска данного сборника является систематизация

показателей, информирование общественности и удовлетворение спроса со стороны широкого круга пользователей для обеспечения мониторинга положения детей в Республике. Уровень заболеваемости определяется отношением числа больных с впервые установленным диагнозом к среднегодовой численности постоянного населения. Полученный результат умножается на 100000. Для статистической разработки данных о заболеваемости населения применялась международная классификация болезней МКБ-10 «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем».

Для сравнения скажем, что такая же картина наблюдается и в странах СНГ и России. По данным НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей Всероссийского медицинского обследования (обследовано 30 400 000 детей), только 32,4% детей здоровы (I группа здоровья), 51,7% имеют функциональные отклонения (II группа здоровья) и 16,2% –(III-IV-V группы здоровья).

Таблица 1.1. – Уровень заболеваемости детей дошкольной организации 7 лет с впервые установленным диагнозом

	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Всего случаев	96 293,7	101481, 8	97916, 5	94604, 8	91586, 5	86463, 1	87168, 7
в том числе:							
Инфекционные И паразитарные болезни	3882,5	3007,2	2944,0	2894,5	2752,4	2656,3	2385,7
Новообразован	80,9	158,2	107,5	118,4	131,4	133,6	133,8

ия							
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и обмена веществ	1518,4	1537,7	1250	1153,4	1114,4	1078,5	874,7
Болезни крови и кроветворных органов	3769,1	5011,6	4905,2	4732,3	4390,7	3968,0	3849,9
Психические расстройства и Расстройства поведения	239,3	178,0	170,1	148,7	132,8	84,2	88,4
Нервной системы И органов чувств	2669,8	3250,7	3191,1	4808,5	4784,2	3176,1	3274,2
Болезни системы кровообращени я	440,4	486,7	380,3	374,4	337,5	314,6	275,3
Болезни органов дыхания	55451, 4	58959,2	58308, 5	56575	55095, 8	51630	52322, 7
Болезни органов пищеварения	6289,3	6605,9	6498,4	6262,3	6124,8	5 906,4	6 529,3
Болезни	1879,0	1 709,7	1	1	1	1	1

мочеполовой системы			604,4	512,5	403,4	351,9	359,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	5 373,1	5 270,1	4 536,8	5 462,9	5 198,5	3 743,7	3 871,5
Болезни костно-суставной системы, мышц и соединительной ткани	1 242,7	1 083,8	1 002,2	966,6	817,0	757,0	752,9
Врожденные пороки развития (аномалии)	524,3	702,7	761,0	762,8	709,8	747,0	999,0
Травмы, отравления	3 657,1	3 543,9	3 333,3	3 246,2	3 196,1	3 062,2	2 768,6

Источник: Оксамитный Ю.В., Айдапкелов Н.С. Дети Казахстана: Статистический сборник. Астана 2017 [57],

1. Оксамитный Ю.В., Айдапкелов Н.С. Дети Казахстана: Статистический сборник. Астана, 2017. – С. 36 URL: <https://www.unicef.org/kazakhstan/media/146/file> (дата обращения: 13.02.2020).[126]

В настоящее время ведется активный поиск педагогических технологий, способствующих формированию и укреплению здоровья у детей старшего дошкольного возраста, не требующих особых материальных затрат и рассчитанных как на коммерческие, так и на государственные дошкольные учреждения.

Однако Казахстан не может сегодня механически использовать опыт

экономически преуспевающих стран, которые идут по пути реализации отдельных педагогических технологий, исключая влияние таких факторов риска как неблагоприятная экологическая обстановка, неправильное питание, низкая физическая активность и т.п.

В последние годы, в рамках компетентного подхода, в Республике неуклонно растет интерес ученых к проблеме формирования основ здоровьесберегающей компетентности подрастающего поколения. Так в системе высших учебных заведениях ее решали в рамках докторских и кандидатских диссертаций Шерьяздановой Х.Т. «Психологические основы профессиональной подготовки педагогов и психологов дошкольного образования» [162], Мовкебаевой З.А. «Формирование готовности у детей старшего дошкольного возраста с общими недоразвитием речи к школьному обучению» [114], Арзанбаевой Б.О. «Формирование профессионально-ценностных ориентации будущих педагогов на игровую деятельность дошкольников» (на материале казахских народных игр) [12], Бупебаевой Р.Т. «Формирование готовности будущих педагогов дошкольных учреждений к умственному воспитанию детей» [32], Хасановой Ж. «Подготовка воспитателей к использованию казахской народной педагогики в нравственном воспитании у детей старшего дошкольного возраста» [159], Мирза Н.В. «Подготовка будущих педагогов дошкольного образования к профессиональной коммуникативной деятельности» [111].

Авторами делаются попытки решить вопросы проведения активной оздоровительной работы среди детей старшего дошкольного возраста с использованием в режиме дня всех естественных факторов внешней среды, повышения двигательной активности детей, обеспечения максимального пребывания их на открытом воздухе, рационального, богатого витаминами питания, соблюдения санитарно-гигиенических требований.

Цель научных исследований, проводимых учеными разных стран, состоит в гигиенической оценке условий жизнедеятельности детей и

разработка на этой основе научно обоснованных гигиенических рекомендаций и профилактических технологий сохранения и укрепления их здоровья в детских образовательных учреждениях и они направлены на изучение: соответствия возрастным-половым возможностям детей дошкольного различных видов учебно-воспитательной деятельности, вариантов её организации в образовательных учреждениях различного типа; закономерностей роста, развития и формированием здоровья детского населения; состояния здоровья детей, основных тенденций и особенностей динамики его показателей в образовательных организациях, реализующих различные модели обучения и расширенные программы укрепления здоровья детей, содействующих укреплению здоровья; образа жизни воспитанников образовательных организаций; выявление негативных факторов, влияющих на здоровье и жизнедеятельность обучающихся и разработка профилактических программ и мероприятий; разработка мер по его оптимизации; научное обоснование условий и механизмов формирования профилактической образовательной среды на основе использования здоровьесберегающих технологий.

Однако дошкольной организации сих пор еще не сформирована единая система, которая, наряду с созданием необходимых условий для полноценного естественного формирования ребенка, способствует формированию у него *осознанной потребности в здоровье*, пониманию и овладению основами здоровьесберегающей компетентности, обеспечивает возможность практического освоения навыков сохранения и укрепления физического здоровья детей.

Теоретико-методологическую основу исследования составили философские, общенаучные и конкретно-научные концепции, теории, подходы, принципы, законы, идеи в области различных научных дисциплин:

— компетентностный подход в образовании (А.Г. Гогоберидзе, И.Я. Зимняя, П.Ф. Каптерев, Д. Равен, А.В. Хуторской и др.). [44; 78; 160].

– идеи валеологии, определенные И.И. Брехманом, В. П. Казначеевым, Е.А. Овчаровым и др.; [30; 85; 124].

– теория формирования здорового образа жизни (И.А. Аршавский, Н. М. Амосов, Н. Г. Веселов, В.И. Дубровский, Ф. Змановский, Ю.П. Лисицин, В.П. Петленко и др.); [15; 9; 62; 79; 104].

- концептуальные идеи педагогики и психологии здоровья и формирования ЗОЖ (Н.П. Абаскалова, Р.И. Айзман, Н.М. Амосов, Г.Л. Апанасенко, В.К. Бальсевич, Н.И. Брехман, Э.Н. Вайнер, М.Я. Виленский, Г.К. Зайцев, Е.П. Ильин, Ю.П. Лисицин, Л.И. Лубышева, А.Д. Степанов, и др.); [9; 20; 30; 66; 104; 105].

– исследования по проблеме формирования ЗОЖ в условиях ДОУ (Л.В. Абдульманова, Ю.Ф. Змановский, Л.Г. Татарникова и др.); [79]

– современные научные взгляды на здоровье как ценность (Н.П. Абаскалова, Р.И. Айзман, Г.Л. Апанасенко, В.К. Бальсевич, И.И. Брехман, Э.Н. Вайнер, М.Я. и др.). [20; 30]

При описании конкретного педагогического опыта мы опирались на методологические положения организации и проведения педагогического исследования, отраженные в работах Ю.К. Бабанского, В.И. Загвязинского, Н.И. Загузова, В.В. Краевского и др. [75]

В ходе теоретического исследования системы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста нами:

– рассмотрена сущность и содержание основных понятий «компетенция», «компетентность родителей»;

– определены показатели и уровни сформированности профессиональной компетентности педагогов дошкольного образования;

– описана модель системы формирования у них профессиональной компетентности;

– определены педагогические условия совершенствования процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Важным аспектом в диссертационной работе стало определение понятийного аппарата исследования.

В.М. Полонский считает, что «состояние понятийно-терминологического аппарата науки позволяет судить о степени развития соответствующей ему теории, высветить различные стороны, отношения реальных объектов и многообразие задач, возникающих в процессе обучения и воспитания человека. Оперирование понятиями является необходимым условием для изучения и построения теоретических моделей, осмысления процессов воспитания и обучения в динамике и перспективе, позволяет более ясно обозначить предмет исследования и построить исследовательскую концепцию о нем» [129, с. 6.].

Каждая историческая эпоха вырабатывает свою собственную модель образованности. Сегодня все чаще возникает вопрос о формировании в процессе образования некоторого набора специфических субъектных качеств, определяемых как «компетентности» и «компетенции». В отличие от устаревшей «знаниевой», ориентированной на передачу определенной суммы знаний от одних членов общества другим, новая парадигма образования должна быть направлена на формирование потребностей в постоянном пополнении и обновлении знаний, совершенствовании умений и навыков, их закреплении и превращении в компетенции [6, с. 14].

В рамках модернизации казахстанского образования компетентностный подход рассматривается как одно из направлений обновления образования. В этой связи в основу содержания общего образования положены «ключевые компетентности». В мировой образовательной практике понятие компетентности выступает в качестве центрального узлового понятия, ибо компетентность, во-первых, объединяет

в себе интеллектуальную и навыковую составляющую образования; во-вторых, в понятии компетентности заложены идеология интерпретации содержания образования, формируемого от «результата» («стандарт на выходе»); в-третьих, ключевая компетентность обладает интегративной природой, ибо вбирает в себя ряд однородных или близкородственных умений и знаний, относящихся к широким спектрам культуры и деятельности (информационной, правовой и др.).

В системе начальных компетентностей ребенка А.Г. Гогоберидзе выделяет начальные ключевые и начальные специальные (допредметные) компетентности. В старшем дошкольном возрасте психо-физиологические, психические, личностные достижения формирования, относительная автономность и самостоятельность ребенка в поведении, решении элементарных бытовых проблем, организации доступной деятельности (игровой, художественной, познавательной), характер взаимодействия со сверстниками и взрослыми свидетельствуют о становлении начальных ключевых компетентностей [44]. Для них характерна многофункциональность, их овладение позволяет ребенку решать различные проблемы в повседневной жизни и деятельности, они универсальны, переносимы и применимы в различных ситуациях. Кроме того, они требуют целостного формирования ребенка (его личностной, эмоционально-чувственной, интеллектуальной сферы) как субъекта деятельности и поведения.

Начальные ключевые компетентности многомерны, в них представлены результаты личного опыта ребенка во всем его многообразии (отношения, знания, умения, творчество, субкультура). В структуре начальных ключевых компетентностей, по мнению исследователей, которые мы считаем наиболее важными, могут быть представлены следующие: (таб. 1.2).

Таблица 1.2. – Начальные ключевые компетентности у детей старшего дошкольного возраста

Начальная здоровьесберегающая компетентность	Начальная личностно-социальная компетентность	Начальная учебно-познавательная компетентность
Готовность самостоятельно решать задачи, связанные с поддержанием здоровья.	Готовность самостоятельно решать задачи, связанные с общением и взаимодействием со сверстниками и взрослыми.	Готовность самостоятельно решать задачи, связанные с освоением содержания образования и способов их получения на основе формирования основных познавательных процессов.

Результатом образования является начальная здоровьесберегающая компетентность ребенка как готовность самостоятельно решать задачи, связанные с поддержанием, укреплением и сохранением здоровья. Под здоровьесберегающей компетентностью мы понимаем интегративное качество личности ребенка, включающее совокупность знаний о человеке и его здоровье, здоровом образе жизни; мотивы, имеющие эколого-сохранительную направленность по отношению к себе и окружающему миру, побуждающие к ведению здорового образа жизни; потребность в освоении способов сохранения своего здоровья, ориентированных на самопознание и самореализацию.

Поскольку здоровье является одной из главных ценностей образования дошкольного периода детства, образовательная траектория должна быть направлена на формирование у ребенка начальных компетентностей в области охраны и укрепления здоровья.

До настоящего времени проблема формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного

возраста в научных исследованиях и практике представлена недостаточно, что вызывает необходимость разработки новых идей, новых концептуальных подходов, которые могли бы лечь в основу совместной деятельности детей, родителей, педагогов.

В исследованиях, посвященных проблемам образовательных результатов, компетентность рассматривается как качество человека, которое приобретается в процессе обучения и является одним из его продуктов.

Проведенный анализ свидетельствует, что термины «компетентность» и «компетенция» в теоретической и научно-методической литературе рассматриваются не как часть и целое, причина и следствие, действие и результат, а в основном, как идентичные или синонимичные категории, причем, термин компетентность является наиболее устоявшимся, более распространенным.

Возможность формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей дошкольного возраста подтверждается разнообразными научными исследованиями и теориями. Так, педагоги под понятием «здоровьесберегающая компетентность» понимают:

- характеристики и свойства личности, направленные на сохранение физического, социального, психического и духовного здоровья – своего и окружения;

- динамическую черту личности, проявляющуюся в способности организовать здоровый образ жизни, адекватно оценивать свое поведение, реализовывать свои здоровьесберегающие взгляды и позиции в различных, в том числе неблагоприятных, условиях, исходя из усвоенных моральных норм и принципов;

- цель и результат учебно-воспитательной работы, которые подразумевают приобщение к здоровому образу жизни, отказ от вредных привычек, знание и применение правил личной гигиены;

- совокупность ценностно-смысловых ориентаций,

здоровьесберегающих знаний, умений и навыков, готовности и способности, обуславливающих формирование опыта эффективной здоровьесберегающей деятельности в ситуациях реальной действительности [7; 8; 10].

Л.Т. Кузнецова при этом подчеркивает, что начальная здоровьесберегающая компетентность подразумевает качество личности ребенка, включающее: совокупность знаний о человеке и его здоровье, здоровый образ жизни; мотивы, имеющие эколого-здоровьесберегающую направленность в отношении себя и окружающего мира и побуждающие к ведению здорового образа жизни; потребность в освоении способов сохранения своего здоровья, ориентированных на самопознание и самореализацию [97].

Среди компонентов основ здоровьесберегающей компетентности Н.А. Зимняя отмечает следующие: готовность к проявлению компетентности (мотивационный компонент); владение знанием содержания компетентности (когнитивный компонент); опыт проявления компетентности в разнообразных ситуациях (поведенческий компонент); отношение к содержанию компетентности и объекте ее приложения (ценностно-смысловой компонент); способность регулировать процесс и результат проявления компетентности (эмоционально-волевой компонент) [77].

Становление компетентности в области укрепления здоровья должно осуществляться в процессе активной деятельности. Оно органично связано с возрастными новообразованиями, с особенностями формирования личности ребенка, с окружением, с формирующимся личным социальным опытом. Так, большинство детей уже дошкольном возрасте владеют набором простейших норм и способов поведения, являющихся предпосылками к здоровьесбережению. Поэтому задача взрослых в детском саду и семье заключается в том, чтобы способствовать формированию способности и готовности ребенка к деятельности по охране и укреплению здоровья.

А.В. Хуторской трактует понятие «компетентность» как совокупность

взаимосвязанных компетенций, необходимых для осуществления личностно и социально-значимой продуктивной деятельности по отношению к объектам реальной действительности, к составляющим основ здоровьесберегающей компетентности у детей дошкольного возраста и туда же относят социально-коммуникативные компетенции [160].

Вопрос содержания социально-коммуникативных компетенций детей дошкольного возраста рассматривался Г.Б. Алипкалиевой, В.Г. Алямовской, Н.М. Андреевой которые выделяют следующее содержание социально-коммуникативной компетенции ребенка дошкольного возраста;

- формирование самооценки;
- успешная адаптация;
- умение разрешать конфликтные ситуации;
- регулировать поведение;
- уровень тревожности;
- социальный статус;
- положительное отношение к детскому саду;
- совокупность умений, обеспечивающих возможность установления субъектом межличностных отношений,
- проявление рефлексивного поведения, внимания к сверстнику, стремление к сотрудничеству,
- формирование способности к достижению согласия [7; 8; 10].

Социально-коммуникативные компетенции ребенка в здоровьесформирующей деятельности рассматриваются нами как качество личности, которое подразумевает готовность и способность ребенка к личностно ориентированному решению задач здорового образа жизни.

Параметрами социально-коммуникативных компетенций детей дошкольного возраста являются следующие:

- уважительное отношение к сверстникам и взрослым (умение слушать, слышать, договариваться);

- готовность помогать другим в различных жизненных ситуациях, не оставаясь равнодушным;
- умения конструктивного взаимодействия со сверстниками, взрослыми (в игровой, трудовой деятельности и пр.);
- знание, как и когда позвать взрослого на помощь в опасных для здоровья и жизни ситуациях;
- умения выражать симпатию и проявлять сочувствие по отношению к сверстникам и взрослым;
- оказание элементарной медицинской, психологической самопомощи и помощи.

Следовательно, понятие «основы здоровьесберегающей компетентности – это особое отношение человека к здоровью, выражающееся в осознании его ценности как необходимой предпосылки для полноценной жизни человека и сопровождающееся активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению.

Таким образом, на основании вышесказанного, можно сделать выводы:

- компетентностный подход в современных социокультурных условиях призван решать задачи о самом процессе обучения, сформировать навыки, которые помогут им в будущем находить, анализировать, синтезировать новую информацию, эффективно действовать в разнообразных социальных и практических ситуациях, самостоятельно решать проблемы и задачи, иными словами, формировать компетентность;
- начальная элементарная здоровьесберегающая компетентность детей дошкольного возраста характеризуется как совокупность ценностно-смысловых ориентаций, здоровьесберегающих знаний, умений и навыков, готовность и способность решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения, оказания элементарной медицинской и психологической помощи и самопомощи в непредвиденных и опасных для здоровья ситуациях, с одной стороны, и оформляющаяся позиция субъекта

здоровьесозидания – с другой;

– к составляющим основ здоровьесберегающей компетентности у детей дошкольного возраста мы относим и социально-коммуникативные компетенции, необходимых для осуществления лично и социально-значимой продуктивной деятельности по отношению к себе, к объектам реальной действительности, к здоровью и ценностному отношению к нему.

В ходе теоретического исследования системы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста нами:

– рассмотрена сущность и содержание основных понятий «компетенция», «компетентность родителей»;

– определены показатели и уровни сформированности профессиональной компетентности педагогов дошкольного образования;

– описана модель системы формирования у них профессиональной компетентности;

– определены педагогические условия совершенствования процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Согласно поставленной задаче исследования, здесь мы раскрываем сущностные характеристики понятий «образ жизни», «здоровье» и «здоровый образ жизни».

Разработка любой теории всегда требует глубокого анализа ряда ее категорий, так как от того, как формируются основные понятия, зависит построение самой теории. В нашей работе, безусловно, к основным понятиям относятся определения «образ жизни», «здоровье» и «здоровый образ жизни».

Образ жизни, по сути, является социологической категорией, охватывающей совокупность типичных видов жизнедеятельности индивида, социальной группы, общества в целом, которая берется в единстве с

условиями жизни, определяющими ее [61, с. 327].

Категория «образ жизни» – весьма сложное понятие. Анализ литературных источников показывает, что на сегодняшний день существуют различные подходы к трактовке данной категории.

В широком смысле «образ жизни» трактуется как философско-социальная категория, охватывающая совокупность различных видов жизнедеятельности индивида, которая берется в единстве с условиями жизни, как определенный, исторически обусловленный тип, вид жизнедеятельности или определенный способ деятельности в материальной и духовной сферах жизни людей, как способ целенаправленной деятельности человека [143].

По мнению И.М. Новиковой: «образ жизни – это не способ поведения, а целостная картина (образ) отношений с миром, окружающими людьми и самим собой во внутренней системе восприятия человека, которое лежит в основе индивидуального поведения, жизнедеятельности и становления личности как субъекта социальных отношений» [122].

А.С. Вульфович, рассматривая категорию «образ жизни», развивает мысль о том, что у каждого народа современности свой образ жизни, который несет на себе отпечаток обычаев предшествующих эпох и отражает ту общественно-экономическую формацию, в условиях которой данный народ живет. «Образ жизни современного человека характеризуется гиподинамией и гипокинезией, перееданием, информативной нагруженностью, психоэмоциональным перенапряжением, злоупотреблением лекарственными препаратами и т.д., что приводит, в конечном счете, к формированию так называемых болезней цивилизации». В образе жизни современного человека проявляется борьба между биологическим (желанием получить удовольствие) и социальным (разумом, моралью). В зависимости от преобладания тех или иных тенденций человек организует свой индивидуальный образ жизни [41].

При таком подходе понятие «образ жизни» выражает личностную сторону общественных отношений. Образ жизни является не только отражением существующих объективных условий, но и результатом деятельности людей, продуктом их творчества. Определяя для себя понятие «образ жизни», человек превращает жизнедеятельность в предмет своей воли и сознания, обладает возможностью выбора средств, форм, условий бытия.

Следующим ключевым понятием в нашей работе является «здоровье». “Здоровье как явление и состояние организма представляет интерес буквально для каждого”, считают О. Булавенко, И.В. Муравов [31;117]. Внимание к этому явлению специалистов всего мира, начиная с середины XX века, после работ Г. Сигериста и, особенно, после дискуссий, проходивших в период создания Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в Женеве, резко возросло. ВОЗ было принято следующее определение «Здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов».

За годы, прошедшие после опубликования этой дефиниции здоровья, многие исследователи обращались к ней, отмечая неопределенность и непригодность в отношении решения практических задач.

Так, например Г.И. Царегородцев считает, что “Здоровье – это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции. Понятие «здоровье» связывают и со способностью человека приспособливаться к воздействию окружающей среды, где не последняя роль отводится величине резервных мощностей основных функциональных систем организма” [161].

Более широкое понимание категории «здоровья» включает в себя способность к выполнению не только психобиологических, но и социальных функций. Академик В.П. Казначеев определяет здоровье «как процесс сохранения и формирования физиологических, биологических и психических

функций, оптимальной трудовой и социальной активности при максимальной продолжительности активной творческой жизни» [84].

В то же время имеются принципиально иные подходы к определению здоровья, при которых оно рассматривается как понятие статическое, характеризующееся комплексом демографических показателей. Такие принципиальные различия в определении понятия «здоровье» обусловлены наличием разных объектов изучения: в одном случае изучается здоровье на индивидуальном уровне, а в другом – на популяционном, то есть здоровье индивидуума трактуется как динамический процесс и как категория социальная.

Разными учеными термин «здоровье» трактуется по-разному. Т.С. Грядкина под здоровьем понимает процесс сохранения и формирования биологических, физиологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни [51].

В.В. Краевский [1994] здоровье определяет, как состояние равновесия между требованиями среды и силами организма.

Н.А. Амосов рассматривает здоровье как количественный показатель [9]. Количество здоровья можно определить как сумму резервных мощностей основных функциональных систем, которые следует выразить через коэффициент резерва как максимальное количество функций, соотнесенное к ее нормальному уровню. «Здоровье ради здоровья не нужно, оно ценно тем, что составляет неперемное условие эффективной деятельности (в сферах семьи, общества, природы, вещей и т.д.), через которую достигается счастье».

В работах И.И. Брехмана [30], В.П. Казначеева [85] здоровье рассматривается как единство физиологического, психологического и социального компонентов, оказывающих взаимное влияние друг на друга. На всех этих уровнях основу здоровья составляет гомеостаз – способность

организма обеспечивать постоянство своей внутренней среды вопреки внешним изменениям. Согласно принципу гомеостаза, здоровье сохраняется, если поддерживается постоянство внутренней среды организма. И наоборот, оно ухудшается (возникает болезнь), если нарушение гомеостаза носит стойкий характер.

Таким образом, здоровье (как внутреннее состояние) управляется с помощью системы обратных связей, обеспечивающих контроль за внутренней средой организма и поддерживающих ее постоянство. Стремление к внутреннему постоянству и есть важнейший механизм организма, обеспечивающий здоровье. Но организм человека, как известно, на протяжении всего своего формирования не находится в состоянии равновесия или уравновешенности с окружающей средой. Он постоянно приспосабливается к окружающей среде, реагируя на поступающие из нее раздражители. “Жизнедеятельность (а значит и здоровье) человека, наряду с гомеостазом, обеспечивается еще одной фундаментальной способностью организма – адаптацией”, – пишет Е.К. Айдаркин [4].

К настоящему времени число дефиниций «здоровье» возросло многократно и сегодня превышает число 300.

И, тем не менее, несмотря на столь неопределенное трактование «здоровья», специалисты выделяют факторы, влияющие на него. Здесь, есть практически единая точка зрения. Так, по мнению большинства специалистов, здоровье человека, формируемое под влиянием ряда факторов, во многом детерминировано их социальной сущностью.

Г.И. Царегородцев [161] считает, что здоровье человека более чем на 50% зависит от образа жизни, на 20-25% – от окружающей среды, и настолько же – от наследственности и системы здравоохранения. Он отмечает в качестве ведущих факторов режим дня, экологию, внутреннюю среду помещений, организацию физического воспитания, медико-санитарную помощь и т.д.

Анализ представленных данных убедительно показывает, что главная роль в сохранении и укреплении здоровья человека заключается в его образе жизни. Следовательно, образ жизни, способствующий укреплению и сохранению здоровья, можно назвать «здоровым». Определение понятия «здоровый образ жизни» дается в философских работах А.А. Потапчук [131], Г.И. Царегородцева [161], И.Н. Смирнова [147], и др.; в медицинских исследованиях Ю.П. Лисицина [104], И. И. Брехмана [30] и др.; в педагогических работах Л.И. Алешинной, А.Н. Веракса [35], Г.К. Зайцева [66], Ю.В. Науменко [121], И.М. Новикова [122] и др.

Согласно мнению Г.К. Зайцева [66], ЗОЖ следует рассматривать как условие и предпосылку социальной активности человека, полноты выражения его духовных и физических сил, продуктивного долголетия. ЗОЖ предполагает целенаправленное формирование сознания и поведения, соответствующих требованиям здоровья.

Он считает, что здоровьесбережению составляет часть всего образа жизни личности. Такие его составляющие, как уклад, уровень, качество жизни, оказывают влияние на ЗОЖ. «Здоровье большинством людей признается глобальной и важной ценностью, однако, сознательное построение своего образа жизни в целях сохранения, укрепления здоровья достигается далеко не всяким. Конкретная повседневная реализация ЗОЖ – неотъемлемая часть культуры человека, богатство его духовного мира, жизненных целей и ценностных ориентаций» [66].

Ю.П. Лисицын пишет, что традиционно «здоровый образ жизни» понимается как отсутствие вредных привычек, соблюдение режима дня, двигательной активности, использование физических упражнений, закаливания, правильного рационального питания [104].

По мнению Т.П. Авдуловой, ЗОЖ является «системой индивидуальных проявлений личности (нравственных, духовных, физических) в сферах различной деятельности (учебной, бытовой, общественной,

коммуникативной)» [3]. Эта система проявлений личности отражает отношение к себе, социальной среде, окружающей природе с позиций ценностей здоровья и способствует сохранению соответствующей возрасту устойчивости организма, максимальной активности личности в повседневной жизни и профессиональной деятельности».

А.С. Вульфович приходит к выводу, что здоровый образ жизни – «это не только способ жизнедеятельности, а чрезвычайно сложный социальный, психологический и педагогический феномен, суть которого заключается в гармонизации личности с самим собой, природой и обществом. Формирование здорового образа жизни – проблема комплексная. Речь не может идти о способах и методах укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Необходимо повышение роли личностных качеств в сознательном и волевом принятии принципов ЗОЖ, а забота о здоровье, его укреплении должны стать ценностными мотивами поведения» [41].

Новикова И.М. [122], связывая категории «образ жизни» и «здоровье», приходит к предположению «наличия у субъекта гибкого механизма внутриличностного восприятия (отражения) картины мира (образа), позволяющего адекватно осваивать и строить физическое, психическое и социальное пространство в соответствующей временной последовательности.

Таким образом, исследования Т.П. Авдуловой [3], А.С. Вульфовича [41] Новиковой И.М. [122] приводят к мысли о том, что здоровый образ жизни не стоит рассматривать лишь как способ организации всех сторон жизнедеятельности, направленных на укрепление здоровья и выполнения общепринятых норм и правил здорового образа жизни. Данная категория предусматривает выработку у человека нравственных ценностей, приоритетной среди которых является здоровье, формирование осознанного отношения к собственному здоровью, и на этой основе выбор личностью

своего поведения в сферах различной деятельности, позволяющей строить физические, психические и социальные отношения.

Исходя из этого определения, «здоровый образ жизни», в большей мере относится к сфере педагогики, чем медицины, и, следовательно, может выступать как объектом, так и предметом нашего исследования.

Человек представляет собой сложную «живую» систему. Его жизнедеятельность обеспечивается *на трех уровнях: биологическом, психическом и социальном.*

Здоровье на биологическом уровне связано с организмом и зависит от динамического равновесия всех внутренних функций, их адекватного реагирования на влияние окружающей среды.

Здоровье на психическом уровне связано с личностью и зависит от таких личностных характеристик, как эмоционально-волевая и мотивационно-потребностная, от формирования самосознания личности и осознания ценности для личности собственного здоровья и здорового образа жизни.

Здоровье на социальном уровне связано с влиянием на личность других людей, общества в целом и зависит от места и роли человека в межличностных отношениях, от нравственного здоровья социума. Социальное здоровье социума складывается под влиянием родителей, друзей, любимых людей и т.п.

В здоровом обществе формируются здоровые личности. Недостатки воспитания и неблагоприятные влияния окружающей среды могут вызвать деградацию личности. Личность с развитым сознанием и самосознанием, самостоятельная и ответственная может противостоять воздействию внешних условий, бороться с трудностями и препятствиями, достигать поставленных целей и оставаться здоровой физически, психически и социально.

В последние годы ученые склоняются к тому, что верное по смыслу определение, выдвинутое Всемирной организацией здравоохранения, тем не

менее, не отражает всех возможных состояний человека. Самым серьезным недостатком этого определения является отсутствие в нем каких-либо упоминаний о мировоззрении человека, его отношения к самому себе, к окружающей среде, к окружающей действительности и месту человека в ней. Мировоззрение складывается на базе тех знаний, навыков, умений, которые человек получает в самом раннем детстве. Именно знания формируют культуру человека.

С учетом изучения трудов ученых различного направления мы взяли за основу следующее определение здоровья: «Здоровье человека – это не только отсутствие болезней и благополучие, это не в меньшей степени наличие гигиенического мировоззрения и гигиенической культуры».

Таким образом, проанализировав научную литературу, мы пришли к выводу, что под основами здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста мы будем понимать совокупность знаний, умений, сознательно сформированных привычек, отношение к здоровью, направленных на формирование, поддержание и укрепление здоровья и профилактику заболеваний. Также мы считаем, что формирование основ здоровьесберегающей компетентности наиболее эффективно происходит в дошкольном возрасте и обусловлено возрастными особенностями у детей старшего дошкольного возраста.

В структуре основ здоровьесберегающей компетентности можно выделить мотивационно-поведенческий, эмоциональный, когнитивный и двигательный компоненты.

Мотивационный компонент характеризуется желанием, интересом к физической культуре, своему здоровью.

Поведенческий компонент включает умения и навыки, инициативность и самостоятельность, направленные на ведение здорового образа жизни, выполнения физических упражнений.

Мотивационно-поведенческий компонент – это интерес и мотивы, которые характеризуют поведение и особенности поведения в случае ухудшения здоровья.

Когнитивный компонент представлен знаниями дошкольника о своем здоровье и основных факторах, оказывающих влияние на здоровье человека, эмоциональный – отношением к здоровью, переживаниями и чувствами, связанными с состоянием здоровья, а также особенностями эмоционального состояния, обусловленными ухудшением физического или психического самочувствия.

В эмоциональном компоненте выделяются переживания, отношение к проблемам здоровья и болезни, их оценка, эмоциональное отношение и потребность в выполнении физических упражнений. Формированию ЗОЖ должен соответствовать положительный эмоциональный настрой, который связан с радостными эмоциями и ощущениями собственной активности, занятиями спортом, которые обусловлены внутриличностными ресурсами дошкольника, а не столько положительной стимуляцией окружающей среды.

Следующим компонентом является двигательный. Регулярность правильно организованной тренировки в процессе занятий физическими упражнениями, подвижными играми имеет огромное значение для формирования двигательной активности у детей старшего дошкольного возраста. Профессор В.К. Бальсевич констатирует, что гигиенической нормой двигательной активности дошкольника считают такой уровень, который соответствует биологической потребности организма в движении, способствует укреплению здоровья. Уровень двигательной активности считается оптимальным, если находится на верхней границе возможностей организма дошкольника [20].

1.2. Возрастные особенности детей старшего дошкольного возраста, позитивно влияющие на формирование здорового образа жизни

Рассматривая возрастные особенности детей старшего дошкольного возраста, позитивно влияющие на формирование основ здоровьесберегающей компетентности, мы выделили три группы таких особенностей – анатомо-физиологические, особенности психического развития и психологические особенности.

Проанализируем *анатомо-физиологические особенности* старшего дошкольного возраста.

Для детей на этом возрастном этапе характерен быстрый рост скелета, изменение показателей физического развития, в этот период быстро развиваются условно-рефлекторные связи, различные способности, что подчеркивает необходимость и значительность применения физической культуры в дошкольном возрасте.

В период 5-6 лет у ребенка происходит: стремительное увеличение роста и веса, общей мышечной силы, снижение жировой прослойки, крупная мускулатура становится выраженной. В этот период формируется осанка, поэтому в этом возрасте необходимо следить за осанкой у детей старшего дошкольного возраста и избегать чрезмерных физических нагрузок. В старшем дошкольном возрасте существенно увеличивается объем двигательной деятельности, появляются новые движения и возможность применения различных спортивных игр. Отметим, что усвоение любого движения дошкольником сопровождается значительной интеллектуальной работой.

Динамика развития происходит следующим образом.

В возрасте 5 лет расширяются возможности у детей старшего дошкольного возраста (дифференцированное двигательное восприятие, возможность проводить элементарный анализ), координация движений улучшается, походка становится равномернее, движения рук и ног

скоординированными, появляется точность движений. Как верно считает Е.В. Купавцева: “ дошкольникам в этом возрасте легче удерживать исходные положения, сохранять темп и амплитуду движений. В этот период осанка у ребенка является активной, мышечной, но статически уравновешенная осанка еще не сформирована. Со временем дети дошкольного возраста начинают понимать полезность выполнения физических упражнений, стараются самостоятельно выполнять их” [99, с. 19].

Возрастные особенности ребенка 6 лет характеризуются тем, что отмечается слабость мелких мышц (особенно кисти рук), в то время как мышцы туловища и конечностей развиты хорошо. Следовательно, дети данного возраста легко усваивают упражнения с элементами ходьбы, бега и прыжков. Важно формировать у ребенка чувство равновесия. Следующей особенностью данного возраста является то, что дети способны дифференцировать мышечные усилия и способны выполнять упражнения с различной амплитудой и темпом. Формированию двигательных навыков и качеству их выполнения способствуют знания детей дошкольного возраста направлений движений (вверх, вниз и т.д.) [128].

Плавность, точность и выразительность движений, особенно при выполнении общеразвивающих упражнений, отмечается уже в возрасте 6-7 лет, когда дошкольники могут легко повторить заданный темп выполнения упражнений. Л.И. Пензулаева отмечает, что у детей старшего дошкольного возраста появляется способность анализировать и замечать ошибки при выполнении отдельных упражнений [128]. Таким образом, дошкольники осваивают прыжки, метание, плавание, лазание, катание на велосипеде, коньках и т.д.

Важно отметить, что развитие двигательной сферы у детей старшего дошкольного возраста связано с формированием центральной нервной системы и основных систем организма.

В настоящее время в мире наблюдается неблагоприятная ситуация, связанная с увеличением количества детей с патологией опорно-двигательного аппарата, а также снижением уровня физической подготовки. Для повышения физического развития и физической подготовленности у детей старшего дошкольного возраста необходимо развитие двигательной активности, применение современных оздоровительных технологий, профилактика заболеваний [76].

Физические упражнения повышают уровень жизнедеятельности, оказывают стимулирующее действие на организм дошкольника. Важно соблюдать моторную плотность и двигательную активность, достаточный объем и характер нагрузки на занятии, чтобы не привести к переутомлению [20; 98; 101].

Для детей 5-6 лет в период формирования осанки отмечается возможность отставания в физическом развитии, слабость мышечного корсета. Отметим, что слабая осанка может быть не только причиной нарушений опорно-двигательного аппарата, но и психосоматических заболеваний ребенка [98; 11; 121].

Таким образом, такие анатомо-физиологические особенности у детей старшего дошкольного возраста, как улучшение координации и точности движений, укрепление мышечного корсета, что дает возможность сохранять различные исходные положения, темп и амплитуду движений; увеличивать физическую нагрузку; позитивно влияют на формирование основ здоровьесберегающей компетентности. Дошкольный возраст является важным для процесса формирования осанки, перестройки работы нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем, увеличения объема двигательной деятельности, плавности, точности и выразительности движений, появления новых движений и возможности применения различных спортивных игр.

Взаимосвязь физического и умственного воспитания проявляется непосредственно (прямое воздействие на развитие умственных способностей,

познавательные ситуации на занятии) и опосредованно (укрепление здоровья и физическое воспитание является необходимым условием для умственного развития). А.Н. Леонтьев отмечал, что «деятельность человека в виде труда, физических упражнений имеет большое значение для процесса познания» [102]. По его мнению, физическое образование представляет собой педагогический процесс, который решает общие задачи воспитания. Умственный рост и развитие требуют соответствующего физического развития.

Проанализируем психические особенности детей старшего дошкольного возраста, позитивно влияющие на формирование основ здоровьесберегающей компетентности.

Особенностями психического развития детей старшего дошкольного возраста являются: развитие памяти; формирующегося логического мышления, речи, которая активно стимулирует психофизическое развитие ребенка и является главной интеллектуальной функцией на этом возрастном этапе.

Взаимосвязь физических и психических функций дошкольника обусловлена тем, что развитие двигательных качеств связано с совершенствованием психической деятельности (памяти, внимания, мышления), развитием центральной нервной системы (созревание коркового отдела двигательного анализатора, формирование связей отделов мозга). Колоссальная роль отводится собственному опыту у детей старшего дошкольного возраста в приобретении знаний об окружающем мире, а также осмыслению данного опыта, развитию мышления и формированию физических качеств.

В результате двигательной деятельности улучшается мозговое кровообращение, активизируются психические процессы, улучшается функциональное состояние центральной нервной системы, повышается умственная работоспособность человека. В педагогической литературе

имеются данные о том, что благодаря выполнению физических упражнений происходит увеличение объема памяти, ускорение зрительно-двигательных реакций, а также повышение устойчивости внимания. Двигательная активность способствует профилактике умственного утомления, вызывает положительные эмоции, стимулирует интеллектуальную деятельность у детей старшего дошкольного возраста. Через двигательную активность ребенок познает окружающий мир, следовательно, развиваются и психические процессы (мышление, внимание, самостоятельность и др.) [21, 38, 77].

Современные исследователи также рассматривают взаимосвязь интеллектуального и физического развития детей дошкольного возраста. А.В. Запорожец исследовал формирование двигательных действий дошкольника, обуславливающих его психическое развитие. Р.Р. Магомедов говорит о том, что «дети, имеющие большой объем двигательной активности в режиме дня характеризуются средним и высоким уровнем физического развития, адекватными показателями состояния центральной нервной системы, вследствие чего, у ребенка улучшается память и все мыслительные процессы, которые определяют интеллект» [164].

Н.К. Смирнова отмечает, что «память дошкольника является центральной психической функцией, которая определяет остальные процессы» [147, с. 320], мышление дошкольника в значительной степени зависит от памяти, т.к. мыслительный процесс для дошкольника опирается на его прежний опыт.

Так, память у детей старшего дошкольного возраста становится произвольной, ребенок ставит цель что-либо запомнить, узнать, прилагая намеренные усилия; начинает складываться понимание мотивов деятельности и ее результатов. Также в этот период формируется логическое мышление, которое позволяет структурировать информацию, развивается речь (познавательная функция общения). В связи с развитием речи

происходит развитие вербального интеллекта: способности отразить мыслительный процесс в речи. Речь активно стимулирует психофизическое развитие ребенка. Происходит накопление словарного запаса [68].

Развитие мышления осуществляется при помощи расширения области основ, присоединения мыслительных операций к процессу двигательной активности, действиями с игровым и спортивным оборудованием. Важно отметить, что на каждом занятии физической культурой должны присутствовать операции анализа, синтеза, сравнения, классификации и обобщения. Для следующего этапа мыслительной деятельности необходимы инструкции, вопросы, способствующие осуществлению наблюдения дошкольниками, подводят их к самопроизвольным умозаключениям.

Отмечено, что при выполнении физических упражнений у детей старшего дошкольного возраста гораздо быстрее происходит формирование различных видов мышления (словесно-логическое, наглядно-образное и наглядно-действенное) [21].

В.С. Кузнецов и Ж.К. Холодов отмечают, что «в содержании умственного воспитания в процессе физического воспитания можно различить две стороны: образовательную (передача знаний) и воспитательную (развитие сообразительности, быстроты мышления)» [97, с. 154]. Важно отметить, что при этом мышление детей дошкольного возраста развивается в двух направлениях: воспроизводящее (репродуктивное) и продуктивное (творческое). Понимание дошкольниками своих действий после инструкции соответствует воспроизводящему мышлению.

Как отмечает Э.Я. Степаненкова, для стимулирования и умственной и двигательной деятельности у детей старшего дошкольного возраста в процессе выполнения физических упражнений важно использовать мелкие предметы для развития мелкой моторики, а также игровые образы и поддержание положительных эмоций на занятии, что способствуют стимулированию мыслительных процессов [150].

Многообразие двигательных игровых ситуаций и сюжетов дает возможность расширить круг интересов дошкольника, способствует формированию целостной картины мира, что является важнейшей целью познания. Формирование зрительно-двигательных координаций у детей дошкольного возраста постоянно сопровождается речью взрослого. Возникновению общих двигательных восприятий способствует называние действий и их многократное повторение. Указания, вопросы формируют наблюдение у детей старшего дошкольного возраста и подводят их к самостоятельным умозаключениям (прокатывать мяч 2-3-5 раз, бег под музыку – развитие внимания, слухового восприятия, слухомоторной координации) и являются следующей периодом активизации мыслительной деятельности (левой рукой достать правое ухо и др.).

Мы считаем необходимым отметить, что в процессе занятий важно организовывать проблемные ситуации, решение которых требует интеллектуальных операций (прием и переработка информации, анализ, принятие решений и др.).

Источником развития дошкольника является его взаимоотношения и общение с окружающими людьми. Общение дошкольника с взрослым имеет три характерные черты: общение ребенка с взрослым ситуационно; определенный стиль поведения дошкольника с каждым из взрослых; характер общения постепенно становится деловым (содержательным) [82].

Важно отметить, что общение влияет на развитие всех сторон психического развития (познавательная сфера – развитие высших психических функций, эмоциональное благополучие, взаимоотношения между людьми).

Общение с взрослыми занимает основное место в становлении осознанности поведения у детей старшего дошкольного возраста. Ключевая роль речи заключается в том, что она является средством преодоления

важной, воспринимаемой ситуации, объединяет действия дошкольника во времени, что создает возможность для планирования поведения.

М.И. Лисицина отмечает, что на здоровье и эмоциональное состояние у детей старшего дошкольного возраста оказывают влияние межличностные отношения со сверстниками. При планировании работы с детьми для формирования дружеских отношений и преодоления конфликтности важно включать игры и упражнения по развитию коммуникативной сферы, т.к. тревожность и страхи мешают адекватному общению и развитию личности дошкольника.

Дети старшего дошкольного возраста уже могут понимать важность дружеских взаимоотношений, особенно со сверстниками, а также зависимость характера данных взаимоотношений от самого ребенка. Дошкольник, обладающий способностью адаптироваться к различным условиям, может конструктивно строить общение и защищать собственные интересы, чувствовать эмоциональное состояние другого, быть доброжелательным [104].

Л.В. Гаврючина отмечает роль общения со сверстниками: «если правило еще не стало образцом для собственных действий ребенка, оно лучше усваивается и соблюдается в условиях коллективной деятельности со сверстниками, когда ребенок соотносит свое поведение с поступками сверстников, а поступки сверстников могут быть понятны как соответствующие или не соответствующие образцу, правилу» [Цит. 43, с. 25].

В формировании правильного представления о себе имеет значение сочетание индивидуального опыта и оценок, получаемых ребенком при общении со сверстниками и взрослыми. Правила здоровьесберегающего поведения усваиваются по тем же закономерностям, что и социальные нормы поведения [163].

Е.В. Агафонова, И.Б. Куркина, Т.К. Марченко выделяют следующие показатели психического здоровья и благополучия у детей старшего

дошкольного возраста: поведение, мысли и чувства дошкольника, положительный эмоциональный фон, приемлемые в социуме способы самовыражения, своевременное развитие психических процессов, доброжелательное отношение к окружающим.

Таким образом, формирование основ здоровьесберегающей компетентности тесно связано с особенностями психического развития у детей старшего дошкольного возраста. В дошкольном возрасте формируются память, внимание, мышление, речь, у дошкольника расширяются познавательные интересы, формируется воображение и произвольное поведение.

Рассматривая психологические особенности детей дошкольного возраста, необходимо отметить, что ведущим видом деятельности в этом возрасте выступает игра, следовательно, при планировании занятий с дошкольниками, необходимо включать игровой компонент. Игра занимает ключевые позиции в системе средств воспитания и обучения у детей старшего дошкольного возраста, она способствует развитию двигательных способностей, усвоению различных знаний и умений, развитию всех психических процессов и личности дошкольника. Содержание занятий с дошкольниками должно быть наполнено игровыми сюжетами, что дает возможность поддерживать высокий эмоциональный настрой, повышать интерес к двигательной деятельности на занятиях, снизить утомляемость на занятии, обеспечивает двигательную потребность у детей старшего дошкольного возраста, положительное отношение к занятиям.

Именно в игре происходит интенсивное формирование мотивационно-потребностной сферы дошкольника. Д.Б. Эльконин отмечал, что в игре происходит «первичная эмоционально-действенная ориентация в смыслах человеческой деятельности, возникает осознание своего места в системе человеческих отношений и желание быть взрослым (быть старше, лучше, умнее, сильнее и пр.)» [163]. Важно подчеркнуть, что в дошкольном возрасте

формируется личность и направленность мотивов, дошкольник начинает самостоятельно определять свои действия.

В старшем дошкольном возрасте просыпается интерес к достижению результата в играх и эстафетах. Благодаря игре дошкольник видит результаты деятельности, которая становится целенаправленной и организованной.

Игра оказывает значительное влияние на интеллектуальное развитие детей дошкольного возраста. Оперирование в мыслимом, условном пространстве начинает происходить благодаря действиям с предметами-заместителями, которые становятся опорой для мышления. Со временем происходит сокращение игровых действий, дошкольник начинает действовать во внутреннем, умственном плане [163].

А.Н. Леонтьев считал, что «подвижная игра является упражнением, посредством которого ребенок готовится к жизни» [102]. Интересное содержание и эмоциональная яркость игры способствует определенным умственным и физическим усилиям дошкольника. В процессе игры совершенствуются и закрепляются двигательные навыки, формируются качества личности детей дошкольного возраста [102].

В старшем дошкольном возрасте вместе с сюжетными и несюжетными играми, необходимо проводить игры с элементами соревнования, игры-эстафеты, спортивные игры.

Физкультминутки (2-3 упражнения по 2-3 мин.) мы применяем для профилактики утомления, отдыха, повышения умственной работоспособности, проводятся на занятиях, где необходима концентрация внимания, активная умственная работа.

Использование педагогом интегративного подхода при организации образовательного процесса способствует эффективному решению образовательных задач. При планировании занятий с детьми дошкольного возраста важно организовать оптимальную двигательную активность во всех

видах деятельности, что способствует решению образовательных задач и стимулирует физическое развитие. Принцип интеграции предусматривает физическое развитие у детей старшего дошкольного возраста при выполнении физических упражнений, подвижных игр, а также посредством физкультурминуток, дидактических игр с движением, подвижные игры с элементами развития речи [132].

Большое значение в период дошкольного возраста имеет рационально организованный двигательный режим. В силу возрастных особенностей детей дошкольного возраста, профилактики утомления, для повышения работоспособности чередуют подвижные игры малой и средней интенсивности [14].

П.А. Виноградов, Т.В. Головина и др. говорят о том, что двигательная активность является сильным стимулирующим фактором для интеллектуального и эмоционального развития ребенка, связана с процессом обучения навыкам ЗОЖ.

Физические, психические и нравственные качества, самостоятельность детей дошкольного возраста комплексно развиваются в процессе физкультурно-оздоровительной работы. Занятия физической культурой формируют потребность у детей старшего дошкольного возраста в двигательной активности, способствуют совершенствованию техники основных движений, развивают психофизические качества, развивают интерес к подвижным играм, формируют основы о здоровьесбережении.

Таким образом, в возрасте 5-6 лет у детей старшего дошкольного возраста просыпается интерес к достижению результата в играх и эстафетах, возможно выполнение упражнений в различных вариантах. Также необходимо отметить, что при возросшей силе движений, наблюдается уменьшение скорости движений, связанное с интенсивностью развития второй сигнальной системы, усовершенствованием центральных и периферических механизмов регуляции, формируется умение

самостоятельно проводить подвижные игры. У детей дошкольного возраста появляется способность замечать свои ошибки при выполнении физических упражнений, выделять в упражнениях элементы и детали, осваивать более точные движения в действии. Старшим дошкольникам становится легче выполнять упражнения с прыжками и метанием, катание на велосипеде и т.д., следовательно, создаются предпосылки для обучения основам техники физических упражнений [14, 175].

6.2 Вторая задача диссертационного исследования в части возрастных особенностей у детей старшего дошкольного возраста не совсем раскрыта в работе, не нашла своего отражения в выводах.

В исследовании введено ограничение: нами рассматриваются педагогические условия формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей только старшего дошкольного возраста. Выбор возрастной категории обусловлен тем, что данный возраст является наиболее благоприятным периодом формирования основ здоровьесберегающей компетентности. Об этом свидетельствуют особенности психического развития детей, выявленные отечественными психологами, а именно: 1) возникновение соподчинения мотивов (Л.Н.Леонтьев, В.В. Давыдов, Е.О. Смирнова, И.Ю. Кулагина), 2) формирование произвольного поведения (А.А. Люблинская, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин), 3) развитие самосознания (Р. Берне, Л.Ф. Обухова, Г.А. Урунтаева), 4) формирование внеситуативно-личностной формы общения (Е.О. Смирнова, Г.А. Урунтаева), 5) становление познавательной деятельности (А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин, Н.В. Нижегородцева).

Периоды интенсивного развития детского организма резко повышают его чувствительность к внешним воздействиям и грамотно проводимые в этот период оздоровительные мероприятия могут существенно повлиять на улучшение детского здоровья. Например, закаливание, традиционно

рекомендованное всеми базовыми программами по дошкольному воспитанию, в старшем дошкольном возрасте, при методически правильном его проведении, приводит к значительному улучшению всех показателей здоровья: снижению респираторной заболеваемости, улучшению функционального состояния всех систем организма, особенно дыхательной, росту физического и моторного развития детей, что играет огромную роль в укреплении здоровья детей перед началом школьного обучения.

В-третьих, на развитие детского организма влияют не только внутренние, но и внешние факторы: климатические, медицинские, педагогические и др. Несмотря на успехи профилактической медицины, существенного улучшения состояния здоровья современных детей не произошло, поэтому, учитывая психо-соматическое единство здоровья, необходимо подключить к этой работе психологов, педагогов, и направить совместные медико-психолого-педагогические усилия на исправление данной ситуации. Специальные исследования роли социально-гигиенических факторов в развитии заболеваний показали, что образ жизни детей обуславливает в зависимости от возраста от 3 до 11% заболеваемости.

В-четвертых, в деле формирования здорового образа жизни дети являются наиболее перспективной возрастной категорией. Именно в этом возрасте происходят усвоение основных объемов информации, выработка фундаментальных жизненных стереотипов. В ДО для этой работы складываются исключительно благоприятные условия. Весь уклад жизни ребенка построен правильно, на научных принципах, последовательность режимных процессов, их длительность, рациональное питание, двигательный режим, закаливание – их проведение формирует у ребенка привычки ЗОЖ. Однако необходимо, чтобы ребенок из объекта для проведения оздоровительных мероприятий превратился в активного участника этого процесса, т.е. научился понимать важность этих процедур для здоровья и

осознанно и активно их использовал в повседневной жизни не только в ДО, но и дома с родителями, а в будущем и в период обучения в школе.

1.3. Компетентность родителей детей и педагогов дошкольного образования в области здоровьесбережения

В образовательной деятельности по формированию основ здоровьесберегающей компетентности у воспитанника в силу возрастных особенностей активными субъектами становятся родители и педагоги, без тесного взаимодействия с которыми невозможно осуществлять поставленную задачу.

В современной педагогической литературе представлены разнообразные направления и формы работы с семьей, однако механизм педагогического взаимодействия взрослых участников образовательного процесса практически не затрагивается. При реализации системы взаимодействия педагогов и родителей возникают проблемы, связанные с тем, что большая часть родителей оказывается не готовой к новым формам сотрудничества с педагогами в решении вопросов социального и личностного становления дошкольника. Это вызвано отсутствием мотивации, то есть внутреннего родительского интереса и потребности в формировании у детей знаний, умений, навыков в определенных видах и областях деятельности, в том числе и в ведении здорового образа жизни. Помочь семье ориентироваться на психологию ребенка и создать полноценные условия для его развития, осознать проблемы в межличностных отношениях ребенка со взрослыми и детьми дома, найти пути их решения – одна из важнейших проблем современности.

Целью воспитания родителей является не передача им научных педагогических знаний, а формирование у них педагогической компетенции и педагогической рефлексии или коррекция их педагогической позиции, позволяющих понимать своего ребенка, строить правильно общение с ним и

совместную деятельность. Педагогическая компетентность – это способность понять потребности детей и обеспечить возможность удовлетворять их, сделать ребенка счастливым, умение видеть какие-то вещи с точки зрения перспективы развития ребенка (Т.А. Куликова).

Характеризуя компетентность родителей в области здоровьесбережения у детей старшего дошкольного возраста ученые выделяют восемь основных позиций, отражающих наиболее благоприятные воздействия:

1. Полноценный отдых.
2. Сбалансированное питание.
3. Активная жизненная позиция.
4. Высокая медицинская активность.
5. Удовлетворенность работой, физический и духовный комфорт.
6. Экономическая и материальная независимость.
7. Регулярная физическая активность.
8. Психологическая удовлетворенность в семье.

Безусловно, говоря о здоровом образе жизни дошкольника, нельзя подразумевать под этим ведение здорового образа жизни в полном понимании этого слова в силу возрастных и психофизических особенностей детей, т.к. они еще не обладают теми качествами и свойствами личности, которые необходимы для полноценного ведения здорового образа жизни: самостоятельность, произвольность, сформированность установок и т.д.

Здоровый образ жизни дошкольника – это целенаправленная, сознательно-волевая деятельность ребенка, направленная на сохранение и укрепление здоровья (совокупность привычек компонентов здорового образа жизни). Для того, чтобы выработалась привычка вести здоровый образ жизни необходимо: сформировать знания и основы о здоровье, способах ведения здорового образа жизни; развивать потребность получать удовлетворение от имеющихся в этой области умений. Поэтому в детстве ребенок лишь

приобщается к такому образу жизни, а помогает и организует здоровый образ жизни дошкольника взрослый. В связи с этим актуальным становится формирование у педагогов и родителей здоровьесберегающей компетенции, направленной на выработку личностно-ценностных и деятельностно-практических ориентиров сохранения и укрепления здоровья своих воспитанников.

Общая характеристика видов и компонентного состава компетентности представлена в работах И.А. Зимней. Она указывает, что компетенции это потенциальные, сокрытые психологические новообразования: знания, алгоритмы действий, системы ценностей и отношений, которые выявляются в деятельностных проявлениях. Согласно И.А. Зимней, компетенция здоровьесбережения включает знание и соблюдение норм здорового образа жизни, гигиеническую и физическую культуру, свободу и ответственность выбора образа жизни.

Таким образом, компетенция здоровьесбережения есть личностная характеристика, которая выражается в здоровьесберегающем поведении индивидуума [78].

На основании всего вышеизложенного дадим определение понятия *«здоровьесберегающая компетентность родителей детей дошкольного возраста»*, что это совокупность мотивационных, когнитивных и деятельностных характеристик личности, которые проявляются в готовности и способности принимать здоровье как ценность, овладевать базовыми знаниями об основах здорового образа жизни и использовать разнообразные способы сотрудничества с детьми в деятельности здоровьесберегающего характера.

На основании данного выше определения нами разработана структура основ здоровьесберегающей компетентности родителей, включающая в себя следующие компоненты:

– мотивационный, который проявляется в интересе и потребностях родителей к формированию основ здоровьесберегающей компетентности (осознание ценности здоровья; осознание необходимости создания здоровьесберегающей среды; мотивация к ведению здорового образа жизни);

– когнитивный, который представлен системой знаний о закономерностях сохранения и развития здоровья, а также стремлением к самообразованию в вопросах здоровьесбережения (владение знаниями о закономерностях сохранения и укрепления здоровья; владение знаниями о формировании основ здоровьесберегающей компетентности ; владение знаниями о здоровьесберегающих технологиях);

– деятельностный, который проявляется во владении поведенческими моделями здорового образа жизни и здоровьесберегающими технологиями (готовность реализовывать модель здорового образа жизни; готовность нести ответственность за свое здоровье и здоровье других; готовность к применению здоровьесберегающих технологий; способность к рефлексии).

Все компоненты основ здоровьесберегающей компетентности взаимосвязаны между собой. О сформированности основ здоровьесберегающей компетентности можно говорить тогда, когда родитель не только владеет знаниями о здоровье, здоровом образе жизни, здоровьесберегающих технологиях, осознает ценность здоровья, мотивирован к здоровьесберегающей деятельности, но и готов реализовать знания на практике. Семья для ребенка – важная среда, формирующая его образ жизни. Углубление валеологических знаний детей только в образовательной организации без повышения уровня культуры здоровья в семьях будет носить однобокий характер.

Для оценки основ и знаний о здоровом образе жизни, здоровье и здоровьесформирующих привычках родителей мы использовали различные варианты анкет (приложение 6).

1. Назовите основные документы, регулирующие мониторинг

здоровьесберегающей деятельности в дошкольной организации.

2. Каковы основные принципы организации диагностической работы в дошкольной организации?

3. Что считают объектом и предметом диагностики в мониторинге организации образовательного процесса в дошкольной организации?

4. Перечислите маркеры качественной организации здоровьесберегающей деятельности в дошкольной организации?

5. Назовите процедуры для мониторинга развития воспитанника.

6. Какие основные функциональные качества развиваются в период 5-6 лет?

Для достижения цели исследования нам необходима оценка компетентности педагогов в вопросах здоровья. Это важное условие эффективной здоровьесберегающей деятельности в дошкольной организации.

На современном этапе развития общества реформирование образования предъявляет особые требования к профессиональной подготовке педагогов, 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 образовательной организации, учебно-воспитательного процесса на здоровье детей и сформировать у них убежденность в выборе здорового образа жизни.

Профессиональная компетентность педагогов в рассматриваемой области знаний выступает одним из основных факторов формирования здоровья у детей старшего дошкольного возраста и их родителей. *Под профессиональной компетентностью педагога понимается интегральная характеристика, определяющая способность решать профессиональные проблемы и типичные задачи, возникающие в реальных ситуациях*

профессиональной деятельности, с использованием знаний, профессионального и жизненного опыта, ценностей и наклонностей.

В соответствии с квалификационными требованиями, критерием 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 педагогов.

Критериями компетентности педагога в области здоровьесбережения являются:

Знания:

- основной нормативно-правовой базы;
- 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 просвещения 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;
- разрабатывать и применять на практике методы и технологии формирования, укрепления и сохранения собственного здоровья и здоровья детей;
- оказывать помощь родителям в познании своего здоровья и ресурсов его сохранения и укрепления;
- применять методы формирования мотивационных основ здоровьесберегающей компетентности у и их родителей;
- организовывать индивидуальную и коллективную работу по здоровьесбережению детей.

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).

Актуальным является вопрос о состоянии здоровья педагогов, которые работают в дошкольной организации 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 ДО;
- 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 ДО, тогда можно говорить об эффективном использовании здоровьесберегающей педагогики в ДО.

Заключение по первой главе

Изучение современного состояния организации образовательного процесса и нормативно-программного обеспечения детских садов, а также анализ научно-исследовательских работ последних лет показывает, что проблема формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста не была предметом исследования.

Охрана жизни и укрепление здоровья детей, приобщение их к ценностям здорового образа жизни являются основными целями дошкольного воспитания и обучения.

На сегодняшний день дошкольным организациям предоставляется большое количество разнообразных общеобразовательных учебных программ по дошкольному воспитанию и обучению. Современные программы нацелены на образование через всю жизнь.

На основе компетентного подхода определены теоретические основы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей

старшего дошкольного возраста как интегративного качества личности ребенка. Формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, как важная составляющая часть учебно-воспитательной работы, выражается в осознании его ценности как необходимой предпосылки для полноценной жизни человека и сопровождается активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению.

Сущность понятия «основы здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста», теоретическое обоснование которого определяется с учетом психофизиологических особенностей детей старшего дошкольного возраста, а также внешних и внутренних факторов, обуславливающих активный характер самостоятельной деятельности ребенка в рассматриваемом аспекте.

Государственный общеобязательный стандарт дошкольного воспитания и обучения РК предполагает формирование у детей старшего дошкольного возраста ключевых компетентностей (здоровьесберегающей; коммуникативно-языковой; познавательной; творческой), базирующихся на общечеловеческих и национальных ценностях, воспитание творческой личности, способной к позитивным отношениям в социуме. В том числе отмечено, что здоровьесберегающая компетентность позволяет: заботиться о своем физическом здоровье и соблюдать правила безопасности жизнедеятельности; владеть двигательными навыками; выражать свое эмоциональное состояние по поводу различных событий; владеть навыками личной гигиены и основами здоровьесбережения.

Становление компетентности в области укрепления здоровья должно осуществляться в процессе активной деятельности. Оно органично связано с возрастными новообразованиями, с особенностями формирования личности ребенка, с окружением, с формирующимся личным социальным опытом. Так, большинство детей уже дошкольном возрасте владеют набором простейших

норм и способов поведения, являющихся предпосылками к здоровьесбережению.

Формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста обусловлено возрастными особенностями:

– анатомо-физиологические особенности: совершенствование координации, ловкости, равновесия, силы, продолжается процесс окостенения позвоночника, повышается физическая подготовка, что способствует своевременному физическому развитию у детей старшего дошкольного возраста;

– психическое развитие: памяти; формируется логическое мышление (возможность действовать в плане общих основ), речь, память, внимание, что позволяет складываться произвольному поведению и личному самосознанию ребенка.

– психологические особенности – появление интереса к достижению результата в играх и эстафетах, повышение мотивации деятельности и ее результатов; включение в игру как способ развития двигательных способностей, что влияет на формирование произвольности поведения и всех психических функций.

Таким образом, изучение и анализ философской, психологической и педагогической литературы позволил нам выделить содержание и компонентный состав понятия «основы здоровьесберегающей компетентности». Здоровьесберегающая компетентность представляет и процесс осмысления личностью ценности какого-либо социального объекта, и результат этого процесса – отношение человека к чему-либо как к личной ценности. Одновременно структура рассматриваемой категорий включает три компонента: когнитивный, эмоционально-оценочный и поведенческо-деятельностный.

Следовательно, понятие «основы здоровьесберегающей компетентности» – это особое отношение человека к здоровью,

выражающееся в осознании его ценности как необходимой предпосылки для полноценной жизни человека и сопровождающееся активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Методы исследования и технологии, способствующие формированию основ здоровьесбережения детей

Объектом исследования являются педагогические условия формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, тогда как предметом исследования выступают процесс формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Для выявления сущности основ здоровьесберегающей компетентности, разработки педагогических условий формирования, способствующих формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста и для решения поставленных задач мы использовали, во-первых, традиционную классификацию методов обучения, согласно которой выделяются три группы методов: практические, словесные, наглядные, обработка данных: количественный анализ с использованием методов математической статистики (критерий Фишера), качественный анализ результатов.

1. *Наблюдение.* Использование данного метода способствовало формированию у детей старшего дошкольного возраста основ об особенностях внешнего строения человека, об индивидуальном своеобразии его внешнего вида, о социальной роли каждого ребенка согласно его половой дифференциации, основ о зависимости здоровья от факторов его формирующих.

Рассматривание картин, схем, муляжей; демонстрация диапозитивов, диа- и кинофильмов, компьютерных программ. Применение данных методов способствовало расширению основ здоровьесбережения детей, указанных в программном содержании, а также формированию наглядных образов внутренних органов и систем организма человека, их функций и условий,

обеспечивающих их работоспособность, т.е. наглядных образов таких объектов, восприятие которых непосредственно в жизни обеспечить невозможно.

2. *Упражнение: подражательно-исполнительское, конструктивное, творческое.* Организация данного метода способствовало овладению детьми разнообразными способами умственной деятельности, формированию и закреплению навыков: культурно-гигиенических, закаливания, физической культуры, безопасной жизнедеятельности, оказания первой помощи.

3. *Игровой метод.* Использование данного метода содействовало закреплению и систематизации основ и умений детей, обозначенных в программном содержании.

4. *Моделирование:* предметное, предметно-схематическое, графическое. Применение данного метода способствовало формированию у детей основ о строении, функциях органов и систем организма человека, обеспечивая тем самым наглядные образы таких объектов, восприятие которых непосредственно в жизни обеспечить невозможно.

5. *Словесные методы:* рассказ воспитателя и рассказы детей. Использование метода – рассказ воспитателя – способствовало формированию у детей основ, обозначенных в программном содержании; тогда как применение метода – рассказы детей – их закреплению и переходу умственного действия и его содержания во внутренний план.

6. *Чтение художественной литературы.* Организация данного метода обеспечивало расширение и обогащение основ детей в области здоровья, формирование способности детей к восприятию и пониманию содержания, основных связей и действий героев художественного произведения относительно сохранения и укрепления здоровья.

7. *Беседа: предварительная, итоговая (обобщающая).* Применение данного метода способствовало обобщению и систематизации основ у детей старшего дошкольного возраста, обозначенных в программном содержании.

Во-вторых, при формировании ценностного отношения к здоровью у детей 5-6 лет мы использовали также *элементы сказки*. По мнению Л.В. Филипповой, Ю.В. Филиппова, И.Н. Кольцовой и др., в сказке присутствует "функция воспитания здорового образа жизни, охраны человека от пагубных, наносящих урон здоровью увлечений, пристрастий, действий, поведенческих актов", иначе сказка имеет здоровьесберегающее направление, "цель которого – сохранение и развитие индивидуального здоровья личности, утверждение здорового образа жизни" (173, С. 38). Среди приемов работы со сказкой в данном направлении Фесюкова Л.Б. (190, С. 24) выделяет следующие:

1. *"Знакомые герои в новых обстоятельствах"*. Использование данного метода способствовало созданию условий, при которых герои сказки попадают в совершенно другие обстоятельства, близкие к жизни детей; а значит, обеспечивает возможность формирования у детей старшего дошкольного возраста основ и навыков безопасной жизнедеятельности на улице, в детском саду, дома.

2. *"Спасательные ситуации в сказках"*. Применение данного метода способствовало формированию навыков оказания первой помощи в необходимых случаях.

Результативность методов во многом определяется соответствием их возрастным особенностям у детей старшего дошкольного возраста (умение подражать и стремление следовать живому примеру). Одним из самых специфичных методов обучения является *демонстрация двигательного действия*. Следовательно, педагог может применять методические приемы, помогающие развивать у детей дошкольного возраста интерес к систематическим занятиям.

Правильный и четкий показ образца движения, применение зрительных ориентиров для формирования ориентировки в пространстве, обеспечивают наглядно-зрительные методы. *Методы, основанные на непосредственной*

помощи инструктора, который уточняет и направляет положение отдельных частей тела, предполагают тактильно-мышечную наглядность. Применение *наглядно-слуховых приемов* (музыка, ритм барабана и т.д.) способствуют звуковой регуляции движений. Применение слуховой наглядности регулирует темп и ритм, улучшает качество движений, способствует эмоциональному подъему.

Готовность ребенка к осознанному подражанию обуславливает действие следующих факторов: способность подвергать анализу увиденное действие, соответствие психофизиологической зрелости ребенка сложности повторяемого упражнения; уровень знаний, интерес к подражаемому действию, наличие своевременного и качественного контроля и самоконтроля за подражанием.

Наглядные методы обеспечивают зрительное и слуховое восприятие изучаемого действия, формируют представления о движении, развивают сенсорные способности.

Важную роль в обучении ребенка движению, организации деятельности и общении с дошкольниками играют приемы словесного (вербального) метода. *Вербальные методы* стимулируют сознание ребенка и помогают осмыслить поставленные задачи, пониманию выполнения физических упражнений. Благодаря слову увеличивается эффективность всего процесса обучения, происходит формирование более полного представления, осмысления, что приводит к активному восприятию поставленной задачи. К вербальным приемам относятся *рассказ* и применяется он при организации игровой деятельности, *описание, указания о выполнении движения, беседа, уточнение* последовательности двигательных действий, сюжета подвижной игры и т.д.; краткое одновременное описание и объяснение физических упражнений.

Таким образом, педагог использует следующие функции слова: смысловая (содержание) и эмоциональная (воздействие на чувства). Для

передачи смыслового содержания, важную роль играет речь педагога, которая должна быть точной и понятной дошкольникам: соответствие особенностям у детей старшего дошкольного возраста и задачам обучения, способствовать выявлению взаимосвязи между отдельными движениями в действии.

Диагностические методики представлены анкетированием родителей и педагогов, а также исследование компонентов здоровьесберегающей компетентности у детей дошкольного возраста. Работа осуществлялась в трех направлениях: среди детей старшего дошкольного возраста – для выявления компонентов формирования основ здоровьесберегающей компетентности (мотивационно-поведенческого, когнитивного, эмоционального и двигательного) в результате внедрения разработанной нами программы, среди воспитателей и родителей – для выявления их осведомленности в вопросах формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

В каждом компоненте здоровьесберегающей компетентности нами были выделены *высокий, средний и низкий уровни*.

Когнитивный компонент характеризует знания дошкольника о своем здоровье и его роли, факторах, влияющих на здоровье и т.п.

Эмоциональный компонент характеризует эмоции ребенка, связанные со здоровьем, выполнением физических упражнений и т.д.

Мотивационно-поведенческий компонент характеризует действия, направленные на ведение основ здоровьесбережения и выполнения физических упражнений, особенности мотивации и поведения на сохранение и укрепление здоровья, особенности поведения при ухудшении здоровья.

Двигательный компонент формирования основ здоровьесберегающей компетентности мы определяли при помощи осмотра врача для оценки состояния осанки у детей старшего дошкольного возраста.

Изучив опыт развитых стран, в работе мы приводим наименования современного комплекса здоровьесберегающих технологий, используемых в дошкольной организации и особенности методики проведения, которые так необходимы и важны сегодня и для нашей страны.

Таблица 2.1. – Комплекс здоровьесберегающих технологий, используемых в дошкольной организации

Здоровье сберегающая технология	Время проведения в режиме дня	Особенности методики проведения
Цветотерапия (хромотерапия)	Ежедневно образовательной деятельности, в режимных моментах и самостоятельной деятельности детей	С учетом индивидуальных особенностей детей
Фитонцидотерапия	В осенне-весеннее время	Использование полезных свойств лука и чеснока с учетом индивидуальных особенностей детей
Фитотерапия	2 раза в неделю после посещения бассейна и сауны	Комплексное оздоровление детей под руководством медицинского персонала
Технология энергии полного дыхания	Пропевание гласных звуков на выдохе в течение 1 мин. Ежедневно по мере необходимости	Развитие жизненного объемалегких. Психоэмоциональное регулирование
Элементы йога- терапии	Один раз в неделю с детьми старшего	Комплексное применение различных движений для

	дошкольного возраста	оздоровления детей (инструктор по физическому воспитанию)
Сказкотерапия	На занятиях специалистов, педагога-психолога и учителя-логопеда с детьми с нарушением речи, нарушением эмоциональной сферы и отклонением в поведении	Использование для коррекции речи, эмоционального состояния и поведения ребенка, творческого развития
Куклотерапия	В организованной, совместной деятельности педагога с детьми и самостоятельной деятельности детей, начиная с младшей группы	Использование для коррекции речи, эмоционального состояния и поведения ребенка, творческого развития
Смехотерапия (элементы)	В организованной и совместной деятельности педагога с детьми, начиная с младшей группы	Подбор материала зависит от возраста детей, темы и вида деятельности (воспитатель, специалисты)
Арттерапия (изотерапия)	В совместной и индивидуальной деятельности педагогов с детьми	Проводится с целью творческого развития, релаксации и коррекции психоэмоционального состояния ребенка

		(воспитатель, педагог-психолог, руководитель изостудии)
Бумажная пластика	В совместной и индивидуальной деятельности педагогов с детьми	Проводится с целью творческого развития, релаксации и коррекции психоэмоционального состояния ребенка (воспитатель, педагог-психолог, руководитель изостудии)
Песочная терапия	В совместной и индивидуальной деятельности педагогов с детьми	Проводится с целью творческого развития, релаксации и коррекции психоэмоционального состояния ребенка (воспитатель, педагог-психолог, руководитель изостудии)
Глинотерапия («Живая глина – Живой песок»)	В совместной и индивидуальной деятельности педагогов с детьми	Проводится с целью творческого развития, релаксации и коррекции психоэмоционального состояния ребенка (воспитатель, педагог-психолог, руководитель изостудии)

Камнетерапия	В совместной индивидуальной деятельности педагогов с детьми	и Проводится с целью релаксации и коррекции психоэмоционального состояния ребенка (воспитатель, педагог-психолог, руководитель изостудии)
Музыкотерапия	Прослушивание записей в образовательном процессе, в режимных моментах, самостоятельной деятельности детей (в т.ч. игра детей на простейших музыкальных инструментах)	в Включается в оздоровительно-профилактический комплекс (воспитатель, музыкальный руководитель)
Ритмопластика	2 раза в неделю по 30 мин., начиная со среднего возраста	Проводится с целью формирования художественной пластики (хореограф)

Сивцова А.М. «Использование здоровьесберегающих педагогических технологий в дошкольных образовательных учреждениях» Методист. – 2007.

Мы согласны с точкой зрения В.Г. Алямовской о важности того, «чтобы каждая из рассмотренных технологий имела оздоровительную направленность, а используемая в комплексе здоровьесберегающая деятельность в итоге сформировала бы у ребенка стойкую мотивацию на здоровый образ жизни, полноценное и неосложненное развитие» [8].

Мы уверены, что ни одна, даже самая лучшая, система оздоровительной работы не сможет дать полноценных результатов, если она не решается *совместно с семьей*. В связи с этим система работы с

родителями включает:

1. Ознакомление родителей с результатами диагностики состояния здоровья ребенка.

2. Ознакомление родителей с содержанием физкультурно-оздоровительной работы в ДО, направленной на физическое, психическое и социальное развитие ребенка.

3. Обучение специалистами конкретным приемам и методам оздоровления (ЛФК, самомассаж, разнообразные виды закаливания и т.д.).

4. Широкое использование информации в родительских уголках, в папках-передвижках; консультаций.

5. Совместные физкультурные досуги и праздники.

Беседуя с родителями о ребенке, о результатах выполнения тех или иных заданий, прибегаем к примерам, описанным в литературе; не сравниваем конкретного ребенка с другими детьми группы, потому что мера здоровья и развития ребенка строго индивидуальна: что хорошо и нормально для одного, не всегда целесообразно и полезно для другого. По результатам анкетирования 72% семей воспитанников поддерживают формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей, 28% родителей – не всегда.

Благодаря системе работы в соответствии с моделью формирования профессиональной компетентности педагогов дошкольной организации в вопросах здоровьесберегающей деятельности на протяжении всего лишь года, наметилась динамика, то есть мы выявили значительное повышение уровня сформированности компетентности педагогов дошкольной организации в данных вопросах на промежуточном этапе эксперимента. Так с высоким уровнем компетентности в вопросах здоровьесберегающей деятельности стало 18 педагогов, что составило 72%, со средним уровнем – 6 педагогов (24%), с низким уровнем 1 педагог (4%). И это было началом целенаправленной деятельности коллектива в сфере здоровьесберегающей

деятельности в соответствии с компетентностным подходом.

Оценка эффективности использования здоровьесберегающих технологий показала, что данная работа с детьми оказалась результативной. Были зафиксированы позитивные изменения: снижение заболеваемости, улучшение состояния здоровья, о чем свидетельствуют показатели распределения детей по группам здоровья. Возросла физическая подготовленность детей (высокий уровень – 70%, средний уровень – 30%, низкого уровня нет). Значительно повысился уровень валеологического образования детей (2010 г. – 34% (высокий уровень), 2013 г. – 88%). Анализ работы по сохранению и укреплению психического здоровья детей показал снижение заболеваемости в адаптационный период, снижение уровня тревожности.

Принципами создания здоровьесберегающей среды развития ребенка являются:

– *принцип доступности*, обуславливающий расположение предметов в пространстве таким образом, что это дает возможность достичь их независимо от высоты их расположения и уровня развития физических качеств ребенка. Для этого используются спортивный комплекс для развития движений детей старшего дошкольного возраста (веревочная лестница, кольца, перекладины, канат на относительно небольшой площади в 4-х квадратных метрах);

– *принцип дополнительности*, состоящий в том, что дошкольник может использовать каждый предмет многофункционально, что обеспечивает не только его физическое, но и интеллектуальное и эстетическое развитие (атрибуты народной подвижной игры, макеты для реализации игр драматизаций, иллюстрации, помогающие ребенку понять, как заботиться о своем здоровье и др.);

– *принцип повышенной трудности*, предполагающий такое расположение предметов в пространстве, которое обуславливает развитие

двигательной активности, ориентированное на зону ближайшего развития ребенка. Все снаряды и пособия, предметы предполагают выполнение движений разными способами, т.е. отличаются степенью сложности;

– *принцип результативности*, дающий возможность каждому ребенку успешно выполнить движение, развернуть деятельность, удовлетворить его интерес и выразить к этому отношение. Его реализация гарантирует достижение результата независимо от уровня развития ребенка;

– *принцип уважения к потребностям, нуждам ребенка*, означающий удовлетворение потребности ребенка в движении, общении и познании. При планировании интерьера целесообразно придерживаться нежесткого центрирования (зонирования): центр игры, центр здоровья, центр науки и т.д.;

– *принцип уважения мнения ребенка*, учитывающий мнение каждого ребенка, всех детей группы. Необходимо выслушивать предложения детей и по возможности их удовлетворять или же тактично объяснить причину отказа;

– *функциональности*, означающий подбор только тех материалов, которые востребуются детьми и выполняют развивающую функцию;

– *принцип динамичности-статичности*, предполагающий построение среды и ее реорганизацию через два месяца.

2.2. Модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста

Для эффективной организации процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, на основе анализа педагогической литературы и выявленных в первой главе теоретических положений и опыта практической деятельности, нами была разработана модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста (рис. 1), которая

может способствовать гармоничному развитию дошкольника, организации процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности в ДО.

Модель процесса развития основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста включает программу «Мы здоровыми растем», технологию развития основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, диагностический инструментарий.

Педагогическая модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста включает цель, задачи, принципы, содержание, формы и методы, направленные на повышение эффективности формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Отметим, что на этапе разработки модели формирования, мы учитывали необходимость организации двигательного режима, наблюдения за физическим развитием в динамике; корректировали методику проведения и организацией занятий с детьми старшего дошкольного возраста.

Разработанная нами модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста состоит из четырех блоков: целевой, методологический, организационно-деятельностный и результативный.

В модели мы обозначили цель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста (целевой блок) – формирование системы поведения у детей старшего дошкольного возраста, которая направлена на профилактику заболеваний и вызывает положительные эмоции от выполнения физических упражнений, гармоничное развитие ребенка.

Методологический блок включает методологические подходы и принципы. При проектировании модели формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного

возраста мы обозначили следующие методологические подходы: системный, деятельностный, антропологический, аксиологический и личностно-ориентированный.

Системный подход ориентирован на раскрытие целостности образовательного процесса формирования здорового образа жизни у детей старшего дошкольного возраста как систему (В.П. Беспалько [24], Л.Г. Касьянова [88], Н.В. Кузьмина [98], И.М. Новикова [122]). При этом педагог выявляет разнообразные связи основ формирования здоровьесберегающей компетентности и сводит их в определенное единство, оценивает результат.

Под системой необходимо понимать множество взаимосвязанных структурных компонентов, которые объединены единой целью и функционируют в процессе, целью которого является воспитание потребности в здоровьесбережении у детей старшего дошкольного возраста. Данная цель является главным системообразующим фактором формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей дошкольного возраста. У детей дошкольного возраста должна быть сформирована система основ о функционировании организма, гигиене тела, питании, режиме, сущности здоровьесбережения.

Системный подход позволяет представить работу по формированию основ здоровьесберегающей компетентности дошкольника в соответствии с его компонентами: когнитивный, эмоциональный, двигательный и мотивационно-поведенческий. Их единство, представляющее собой целостный педагогический процесс по формированию основ здоровьесберегающей компетентности дошкольника, обеспечивает становление физических качеств, а также формирует систему основ о физиологических особенностях организма, гигиене тела, питания, режима, необходимых для здоровьесбережения.

Деятельностный подход (Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский [42], П.Я. Гальперин, А.Н. Леонтьев [102], С.Л. Рубинштейн, Д.Б. Эльконин [163], и

др.) позволяет организовать процесс обучения и воспитания таким образом, чтобы главное место отводилось активной, разносторонней и самостоятельной познавательной деятельности дошкольника, когда он не только воспринимает готовое знание, но и самостоятельно принимает участие в формировании привычек здоровьесбережения.

У дошкольной организации есть большие возможности для формирования у детей старшего дошкольного возраста здоровьесберегающей культуры, что связано с системностью дошкольного образования, возможностью поэтапной реализации поставленных задач. В практике работы дошкольной организации сложились тенденции к применению традиционных методов проведения физкультурно-оздоровительной работы с детьми дошкольного возраста (гимнастика, физкультурные занятия, подвижные и спортивные игры, закаливание, игры-беседы о здоровье).

Антропологический подход к образованию (В.М. Бехтерев, Б.М. Бим-Бад, П.Ф. Каптерев, Т.Ф. Орехова и др.) – соответствие знаний об образовательных явлениях и процессах и знаний о природе человека, предполагает комплексный анализ формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Сущность антропологического подхода к формированию основ здоровьесберегающей компетентности состоит в следующем: формирование целенаправленного поведения на соблюдение основ здоровьесбережения, создание целостного образовательного процесса, направленного на понимание ценности здоровья.

Аксиологический подход (С.Ф. Анисимов, Е.В. Бондаревская, А.С. Кузнецов, и др.) основан на традиционных и современных ценностях образования), который позволяет построить процесс формирования здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста на основе таких ценностей, как человек, его здоровье, здоровый образ жизни.

Цель – формирование здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста

Методологический блок

Методологические подходы:
– системный, – деятельностный
– компетентностный, аксиологический

Принципы:
– системности
– последовательности
– положительного эмоционального фона,
– учета индивидуальных

Задачи: воспитательные, обучающие, развивающие,

Методы: практический, наглядный, словесный

Организационно-деятельностный блок – программа формирования ЗОЖ старших дошкольников «Мы, зорымы растем»

Диагностика компонентов ЗОЖ у дошкольников

Диагностические методики

Анкетирование родителей и педагогов ДО

Компоненты
Когнитивный
Эмоциональный
Двигательный
Мотивационно-поведенческий

– знания о здоровье и ЗОЖ, факторах, влияющих на здоровье (показатели: осознанность, обобщенность, системность, полнота представлений)
– эмоциональное отношение к проблемам здоровья (показатели: эмоциональная окрашенность, оценочная деятельность)
– выполнение физических упражнений, зарядки и т.д. (состояние здоровья детей, уровень физической подготовленности и двигательной активности)
– действия, направленные наведение ЗОЖ, особенности мотивации и поведения на сохранение и укрепление здоровья, особенности поведения при ухудшении здоровья (показатели: инициативность, самостоятельность)

Критерии и показатели

Педагогические условия

1. Создание в образовательной организации здоровьесберегающей среды
2. Организация взаимодействия дошкольной организации и семьи
3. Разработка и внедрение в педагогический процесс программы формирования здоровьесбережения
4. Реализация современных эффективных здоровьесберегающих технологий в дошкольных организациях

Уровень сформированности компонентов ЗОЖ: высокий, средний, низкий

Основные направления и формы работы по формированию компонентов ЗОЖ

Работа с родителями:

- беседы
- анкетирование
- собрания
- открытие занятия

Работа с дошкольниками
(индивидуальная, групповая)

Инвариант: учет индивидуальных и возрастных особенностей, физические упражнения и т.д.
Вариант: формирование компонентов ЗОЖ подбор специальных физических упражнений и т.д.

Работа с педагогами:

- семинары
- методические объединения
- методическая помощь
- консультации

Сотрудничество

РЕЗУЛЬТАТ: сформированная компетентность здоровьесберегающей компетентности у детей

Рисунок 2.1. Модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

В диссертации необходимо доработать модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

ЗАМЕЧАНИЕ МАМЫТОВА И АКИЕВОЙ ОДИНАКОВЫ.

ТЕХНИЧЕСКИЕ НЕ ПОЛАДКИ ИСПРАВЛЕННЫ.

Сущность аксиологического подхода к формированию здоровьесберегающей компетентности заключается в ценности здоровья для личности и общества в целом, понимание важности соблюдения и формирования привычек.

Здоровьесберегающую компетентность необходимо рассматривать как особый род культурной деятельности, результаты которой полезны для общества и личности.

Сущность лично-ориентированного подхода к формированию основ здоровьесберегающей компетентности состоит в следующем: индивидуальный подход к каждому ребенку, учет возрастных особенностей, создание педагогических условий для гармоничного развития, самовоспитания, самосовершенствования и саморазвития личности в плане обучения, формирования здоровья и физической активности; создание условий для успешной организации учебно-воспитательного процесса является организация уроков формирования здоровьесберегающей компетентности.

Роль среды в лично-ориентированном подходе – развивающая и связана с созданием педагогом условий для реализации уникальности и неповторимости учащегося на основе проявления его субъектной активности.

Результатом реализации лично-ориентированного подхода являются: позитивная мотивация к занятиям, благоприятное психофизическое состояние дошкольника, самостоятельность и активность,

развития волевых качеств личности, гармонизация развития, педагогическая поддержка и сопровождение.

В модели формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей дошкольного возраста также обозначена совокупность принципов данного процесса.

Мы выделили две группы принципов – общепедагогические, дидактические.

К общепедагогическим принципам относятся – систематичность, наглядность, регулярность, длительность, постепенность, учет возрастных особенностей, индивидуального подхода, комплексности; важными педагогическими принципами являются: раннее начало и непрерывность занятий, соответствие средств, методов и задач уровню развития ребенка; оптимальное соотношение физических и педагогических воздействий, доступность; подбор, продолжительность и оптимальное число повторений каждого упражнения; темп, степень сложности и ритм движений; принцип цикличности (повторение последовательности занятий), профилактика переутомления, принцип оздоровительной направленности [13; 26; 53; 143].

Организационно-деятельностный блок модели представлен программой формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста «Мы здоровыми растем» (способствует гармоничному развитию у детей старшего дошкольного возраста, формированию у них основ формирования здоровьесберегающей компетентности, правильной осанки, потребности в выполнении физических упражнений, формированию компонентов здоровьесберегающей компетентности) и содержит задачи и методы формирования (словесный, наглядный, практический).

Результативность методов во многом определяется соответствием их возрастным особенностям у детей старшего дошкольного возраста, которые

подробно описаны нами в параграфе 1.2. и включены в схему теоретической модели.

В каждом компоненте здоровьесберегающей компетентности нами были выделены высокий, средний и низкий уровни.

В формировании личности дошкольника особую роль играет усвоение им накопленного опыта (способов деятельности, знаний и т.д.). В разработанной нами модели физического воспитания для усвоения и развития дошкольниками двигательного опыта, мы применяли групповые и индивидуальные занятия, а также использовали следующие методы обучения: практический, наглядный и словесный [175, 200].

Э.Я. Степаненкова отмечает, что «при планировании двигательного материала важно учитывать следующие факторы: выбор упражнения, положительный эмоциональный настрой, выбор методов обучения и выполнение задач физического воспитания в соответствии с возрастными особенностями у детей старшего дошкольного возраста, постепенное планирование обучения и закрепления двигательных навыков; своевременное повышение квалификации воспитателей в области физического воспитания и инструкторов, взаимодействие с родителями, совместная деятельность по улучшению здоровья и всестороннего физического развития детей» [150, с. 287].

Созданная нами модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности предусматривает использование различных форм взаимодействия педагогов и родителей в процессе формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

В результативном блоке модели формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста представлены результаты программы: повышение качества учебно-воспитательного процесса в дошкольной организации на основе внедрения в

практическую деятельность педагогического коллектива разработанной программы, формирование компонентов здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Таким образом, разработанная нами модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста является теоретической основой процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, способствует их гармоничному развитию. Модель формирования состоит из четырех блоков: целевой, методологической, организационно-деятельностной и результативной, учитывает задачи формирования здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, методологические подходы.

2.3. Педагогические условия формирования основ о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста

Педагогическая система может эффективно функционировать и развиваться только при соблюдении определенных условий. Специфической чертой определения «педагогические условия» является то, что оно содержит в себе элементы всех составляющих процесса формирования ценностей здорового образа жизни.

По мнению Н.М. Андреевой, педагогические условия – это обстоятельства процесса обучения, которые являются результатом целенаправленного отбора, конструирования и применения элементов содержания, методов, а также организационных форм обучения для достижения определенных дидактических целей [10].

Формирование основ формирования здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста будет более результативным, если реализовать следующие педагогические условия: создание в образовательной организации здоровьесберегающей среды,

направленной на укрепление и охрану здоровья детей; организация взаимодействия дошкольной организации и семьи по вопросам формирования основ формирования здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста; разработка и внедрение в педагогический процесс программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности; а также реализация современных эффективных здоровьесберегающих технологий, способствующих эффективному формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Рассмотрим подробно каждое педагогическое условие.

Первое педагогическое условие – создание в образовательном учреждении здоровьесберегающей среды, направленной на укрепление и охрану здоровья детей.

Создание педагогами, родителями, медицинским персоналом здоровьесберегающей среды, позволяющей обеспечить здоровье детей в образовательном процессе и преимущество в укреплении здоровья, является одним из важнейших направлений деятельности по формированию здорового образа жизни детей.

Общую цель этой деятельности можно обозначить как создание благоприятной образовательной и культурной среды, способствующей развитию личности, формированию здоровья. При этом необходимо учесть интегрированное влияние на здоровье ребенка различных факторов образовательной среды [23, с. 52].

Т.А. Тарасова предлагает рассматривать образовательную среду как структуру, включающую несколько взаимосвязанных уровней: глобальный (общемировые тенденции развития культуры, экономики, политики и образования), региональный (образовательная политика стран, регионов с учетом местных социальных и национальных норм, обычаев) и локальный (структура, микроклимат конкретного образовательного учреждения,

ближайшее окружение ребенка). Анализируя влияние условий образовательной среды на развитие ребенка, исследователь отмечает, что в образовательном процессе личность ребенка взаимодействует с образовательной средой образовательного учреждения как с субъектом культуры, в которой структурно можно выделить следующие компоненты: наличие определенной системы диагностики здоровья детей; формирование знаний для сохранения и укрепления здоровья; обеспечение здоровьесберегающей пространственной среды; наличие эмоционально-положительной установки на формирование потребности в здоровом образе жизни; практическая включенность всех участников образовательного процесса [153]. При этом необходимо подчеркнуть значение индивидуально-ориентированного подхода в формировании у детей дошкольного возраста основ здоровьесберегающей компетентности.

В настоящее время за основу создания развивающей среды в дошкольном образовательном учреждении принята Концепция построения развивающей среды, разработанная творческим коллективом В.А. Петровского, Л.П. Стрелковой, Л.М. Клариной, Л.А. Смывиной и др. Данная Концепция призвана обеспечить личностно ориентированные отношения между педагогами детского сада и его воспитанниками. Кроме того, она определяет принципы личностно ориентированной модели построения развивающей среды в дошкольном образовательном учреждении:

- принцип дистанции, позиции при взаимодействии;
- принцип активности;
- принцип стабильности-динамичности развивающей среды;
- принцип комплексирования и гибкого зонирования;
- принцип эмоциональности среды, индивидуальной комфортности и эмоционального благополучия ребенка и взрослого;
- принцип сочетания привычных и неординарных элементов в эстетической организации среды;

- принцип открытости – закрытости;
- принцип учета половых и возрастных различий детей [40, с. 13].

Перечисленные принципы нами интерпретированы и использованы при построении здоровьесберегающей среды в дошкольном образовательном учреждении.

Каковы же особенности организации здоровьесберегающей среды в дошкольной организации? Здоровьесберегающая среда должна быть организована не только в соответствии с требованиями СанПин 2.4.1.2660-10 от 01.10.2009 г., но и с учетом психофизиологических возможностей детей через адекватизацию учебной нагрузки, дифференциацию и индивидуализацию образовательного процесса, валеологическую коррекцию (с привлечением компетентных специалистов) отдельных педагогических технологий. Кроме того, для организации самостоятельной двигательной деятельности детей, спортивных развлечений, формирования ценностей здорового образа жизни целесообразна организация детской игровой комнаты. Т.Л. Богина указывает, что организация подобной комнаты позволяет детям в соответствии со своими интересами и желаниями свободно заниматься в одно и то же время, не мешая друг другу, разными видами деятельности: физкультурой, музыкой, рисованием, экспериментированием, инсценировать сказки, устраивать игры-драматизации. Она применима для организации самостоятельных игр детей, спортивных развлечений. [25]

Создания здоровьесберегающей среды – это приемы использования разнообразных средств, ориентированных на сохранение, поддержание и укрепление здоровья воспитанников. В ДО применяются способы специфического характера и общепедагогические приемы организации здоровьесберегающего пространства. Специфические методы ориентированы на применение в целях построения здоровьесберегающей среды, тогда как, общепедагогические приемы могут использоваться в разных направлениях воспитательной работы. К специфическим методам построения

здоровьесберегающей среды ДО относятся: Строго регламентированное упражнение. Он ориентирован на организацию обучения и воспитания, реализацию разных направлений деятельности в строго установленных рамках: лимит времени, нагрузки, соблюдение последовательности действий, операций, обязательные интервалы между действиями.

Создание условий, органично сочетающих игровые типы жизнедеятельности, позволяют дошкольникам ярко проживать жизнь, реализовать потребность в самоутверждении и самореализации, а это, в свою очередь, обеспечивает педагогический эффект самообновления и самоусовершенствования личности. Игровое пространство не ощущается как тренажер социальной и личностной активности, это и есть сама жизнь, в которой всегда находится место творчеству и импровизации [25, с. 23].

Развитие детей дошкольного возраста во многом зависит от рациональной организации здоровьесберегающей среды в учебном кабинете, где все имеет значение: цвет стен, мебель, разделение пространства на функциональные зоны, наличие места для самостоятельных игр и уединения ребенка, уставшего от вынужденного постоянного общения со сверстниками. Дизайн учебных кабинетов призван способствовать художественно-эстетическому и познавательному развитию ребенка. Оформление должно быть выдержано в современном стиле, предусматривающем простоту формы, комфорт и удобство за счет продуманного решения, а художественную сторону оформления характеризовали бы гармоничное соотношение отдельных элементов, подчинение их целому.

Подводя итог вышесказанному, отметим, что цель создания здоровьесберегающей среды в образовательном учреждении реализуется посредством сохранения аналогии здоровьесберегающей среды, организованной в дошкольном образовательном учреждении. Кроме того, необходимым условием создания такой среды является контроль за соблюдением гигиенических требований к организации образовательной

среды в соответствии с СанПиН 2.4.1.2660-10 и СанПиН 2.4.2.2821-10, устанавливающими гигиенические требования к условиям обучения и отдыха детей в образовательном учреждении, с учетом рекомендаций специалистов для «группы риска» по медико-социальным показателям.

Таким образом, здоровьесберегающая среда в образовательном учреждении не только непосредственно влияет на состояние здоровья детей, но и способствует формированию у детей установки к ведению ими здорового образа жизни.

Велико значение как традиционных, так и нетрадиционных форм взаимодействия дошкольной организации и семьи. Эти формы работы очень эффективны и могут использоваться в целях реализации второго педагогического условия. Слаженная работа дошкольной организации и семьи по приобщению детей старшего дошкольного возраста по здоровьесбережению немыслима друг без друга на данном этапе развития общества.

Второе педагогическое условие – организация взаимодействия дошкольной организации и семьи по вопросам формирования основ формирования здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста. Родители обязаны заложить основы физического, нравственного и интеллектуального развития личности ребенка и сотрудничать с ДО.

Признание государством приоритета семейного воспитания, требует иных взаимоотношений и образовательного учреждения, а именно сотрудничества, взаимодействия и доверительности.

Семья остро нуждается в помощи специалистов на всех этапах дошкольного детства. Очевидно, что семья и ДО, имея свои особые задачи и функции, не способны заменить друг друга и должны взаимодействовать ради полноценного развития ребенка-дошкольника.

Семья – это источник и важное звено передачи детям социально исторического опыта и, изначально, опыта эмоциональных и деловых взаимоотношений между гражданами. При этом, можно считать, что семья была, есть и будет главным институтом воспитания, социализации детей.

Для того, чтобы общение воспитателя с родителями не ограничивалось взаимными претензиями, нужно взаимодействие с родителями выстраивать на доверии, диалоге, партнёрстве, учёте интересов родителей и, самое основное, – их опыте в воспитании ребенка. Неспроста, Л.Н. Толстой, К.Д. Ушинский писали о необходимости получения родителями педагогических знаний, о значительности и целенаправленности семейного воспитания, о необходимости знания и опыта. В этом нынешним родителям оказывают помощь педагоги дошкольных организаций, несмотря на то, что данные по вопросам воспитания детей можно получить сейчас различными путями. С помощью периодических изданий, и сети Интернет, и многочисленной популярной литературы для родителей. Воспитатель каждый день может общаться с детьми и родителями, видеть проблемы, трудности, а также положительный опыт любой семьи, оказывать помощь родителям в различных формах. А.Н. Веракса [35].

На данном этапе педагоги могут использовать нетрадиционные формы работы с родителями, но мероприятие, проводимое эпизодически, не может заменить систематической работы с родителями, и не имеет положительного эффекта.

Выделим наиболее эффективные формы работы с родителями:

- *информационные стенды медицинских работников* о медицинской профилактической работе с детьми в ДО;
- *приобщение родителей к участию в физкультурно-массовых мероприятиях дошкольной организации* (соревнования, спортивные праздники, дни открытых дверей, дни и недели здоровья, встречи детей дошкольной организации с родителями-спортсменами и др.);

– *консультации, беседы с родителями по вопросам здоровьесбережения.*

– *индивидуальные консультации* – одна из важнейших форм взаимодействия педагога с семьей. В ГОСстандарте дошкольного образования сказано, что индивидуальный подход необходим не только в работе с детьми, но и в работе с родителями [47];

– *педагогический совет*, в котором участвуют родители, целью является привлечение родителей к активному осмыслению проблем воспитания детей в семье на основе учета индивидуальных потребностей;

– *с помощью родительской конференции* – одной из форм повышения педагогической культуры родителей. Ценности этого вида работы в том, что в них участвует не только родитель, но и общественность. На конференции выступает педагог, работник районного отдела образования, представитель медицинской службы, педагог-психолог и т.д.;

– *«круглый стол»* в нестандартной обстановке, где обсуждаются наиболее значимые проблемы воспитания детей с обязательным участием специалистов;

– *вечера вопросов и ответов* – форма, где родители могут уточнить свои педагогические знания и применить их на практике, узнать о инновациях, пополнить знаниями друг друга, обсудить наиболее важные проблемы развития детей;

– *уголок для родителей*. Невозможно представить детский сад без красиво и оригинально оформленного родительского уголка. В родительском уголке размещается полезная для родителей и детей информация: расписание занятий, ежедневное меню, режим дня группы, полезные статьи и справочные материалы-пособия для родителей;

– *еженедельные записки, адресованные непосредственно родителям*, в которых сообщается семье о настроении, здоровье, поведении ребенка в

дошкольной организации, о его любимых предпочтениях в еде, наиболее предпочитаемых видах деятельности и другую информацию;

– *личные блокноты*, которые передаются родителям из дошкольной организации и наоборот. Семьи могут извещать воспитателей об значимых семейных событиях, таких, как дни рождения, новая работа, поездки, гости. В свою очередь воспитатели могут фиксировать в блокнотах важную информацию для родителей.

Все вышеперечисленные формы с семьями воспитанников помогают педагогам и родителям в легкой и непринужденной форме ответить на все интересующие вопросы, которые касаются формирования культуры здорового образа жизни. Родители смогут не только слушать специалистов, но и самостоятельно подготовить какую-либо информацию по проблеме здоровьесбережения, что углубит их познания о здоровьесбережении [40].

В последние годы из-за изменений в обществе происходят изменения и в работе дошкольной организации с родителями. Увеличивается ответственность семьи за воспитание ребенка, расширяется взаимодействие между родителями и общественной организацией, которая занимается воспитанием детей. В это время изучаются проблемы взаимодействия детского сада и родителей в педагогических коррекциях отношения дошкольника со сверстниками специфики педагогических позиций воспитателей по отношению к семье, детско-родительское отношение в семье с нарушенным кровным родством, работы детского сада с молодыми семьями.

Ядром педагогической модели взаимодействия дошкольной организации и родителей по созданию основ здоровьесберегающей компетентности является воспитание не только физически крепких детей, но и цельных личностей с устойчивой нервной системой, готовых к успешным бытовым, трудовым и социальным адаптациям к реальным условиям жизни, к интеграции в обществе [38].

Педагоги и родители являются партнерами в обучении и воспитании у детей старшего дошкольного возраста: это единое понимание педагогами и родителями целей и задач воспитания и обучения детей.

Помощь, уважение и доверие к ребенку, должно быть как со стороны педагогов, так и со стороны родителей.

Понимание здоровья как ведущей ценности в жизни человека всеми участниками образовательного процесса (детьми, родителями, педагогами) обусловлено заключениями Л.С. Выготского об окружающих взрослых как необходимом условии социального, в том числе и в области сохранения своего здоровья, развития дошкольника, о том, что здоровье и здоровый образ жизни полноправно можно отнести к категории ценностей [42].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что взаимодействие дошкольной организации с семьей играет важную роль в формировании основ формирования здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста. Родители являются примером для своих детей, поэтому они должны знать основы здоровьесберегающей компетентности и взаимодействовать с ДО. Исследования ученых, говорят о необходимости связи семейного и общественного воспитания как двух взаимодополняющих социальных институтов в рамках формирования здорового образа жизни. Без тесного взаимодействия в системе «ребенок – родитель – педагог» невозможно эффективное физическое развитие дошкольника.

Третье педагогическое условие – реализация современных здоровьесберегающих технологий в дошкольной организации.

Понятие «здоровьесберегающие образовательные технологии» у каждого автора определяются по-своему. Н.К. Смирнов, как основоположник определения «здоровьесберегающие образовательные технологии» утверждал, что их можно рассматривать как технологическую базу здоровьесберегающей педагогики, как комплекс форм и методов организации обучения детей без ущерба для их здоровья, как качественную

характеристику любой педагогической технологии по критерию ее воздействия на здоровье ребенка и педагога. Автор считает, что как прилагательное понятие «здоровьесберегающая» относится к качественной характеристике любой педагогической технологии, показывающей, насколько при реализации данной технологии решается задача сохранения здоровья основных субъектов образовательного процесса – детей и их родителей, педагогов [147].

На стр. 90 определены 6 видов здоровьесберегающих технологий, но в тексте рассмотрены всего 5, а последняя 6 технология пропущена.

Можно выделить следующие виды здоровьесберегающих технологий в дошкольном образовании: 1.медико-профилактические; 2.физкультурно-оздоровительные; 3.технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка; 4. здоровьесбережения и здоровьесобогащения педагогов дошкольного образования; 5.валеологического просвещения родителей; 6. здоровьесберегающие образовательные технологии в ДО.

Рассмотрим обозначенные виды здоровьесберегающих технологий в дошкольной организации подробнее.

1.Медико-профилактическая технология в дошкольном образовании – технология, обеспечивающая сохранение и преумножение здоровья ребенка под руководством медицинского персонала дошкольной организации согласно медицинскому требованию и норме, с применением медицинских средств. К ней относятся: организации мониторинга здоровья детей дошкольного возраста и разработка рекомендации по улучшению детского здоровья; организации и контроля питания у детей старшего дошкольного возраста, физическое развитие у детей старшего дошкольного возраста, закаливание; организации профилактических мероприятий в детском саду; организации контроля и помощи в обеспечении требования СанПиНов; организация здоровьесберегающей среды в дошкольной организации.

2. Физкультурно-оздоровительная технология в дошкольном

образовании – технология, направленная на физическое развитие и укрепления здоровья дошкольника: развития физического качества, двигательной активности и становления физической культуры дошкольника, закаливания, дыхательные гимнастики, массажа и самомассажа, профилактики плоскостопия и формирования правильной осанки, воспитания привычек к повседневной физической активности и заботе о здоровье и др. Упражнение на степе тренирует сосудистую систему, усиливает обмен веществ в организме, влияет на сердце и лёгкие, увеличивает потребность организма в кислороде, улучшает эмоциональное и психологическое состояние детей [56].

Применение этих технологий, как правило, осуществляется специалистами по физическому воспитанию и воспитателями дошкольной организации в условиях специально организованных форм оздоровительной работы. Здоровьесбережение – это правильное, последовательное и гармоничное обучение детей, без ущерба для их здоровья.

3. Технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка – понимается совокупность мероприятий, обеспечивающих комфортное и позитивное пребывание ребенка в детском саду.

К таким технологиям относятся: игротерапия, сказкотерапия, куклотерапия, анималотерапия, музыкотерапия, арт-терапия.

Игротерапия. Метод коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, в основу которого положен свойственный ребенку способ взаимодействия с окружающим миром – игра. (М.В.Киселева).

Игровая терапия. Игры с правилами, игры соревнования, длительные совместные игры. Сюжетно-ролевая игра в коррекции демонстративного поведения. Игры драматизации, образно-ролевые игры. Коллективные дидактические игры по коррекции демонстративного поведения. Режиссерские игры в коррекции агрессивного поведения. Народная игра как

универсальное средство коррекции недостатков личностного развития и неконструктивного поведения.

Сказкотерапия. Метод, использующий сказочную форму для интеграции личности детей, речевого развития, развития творческих способностей, расширения сознания, совершенствования взаимодействия с окружающим миром.

Приемы работы над сказкой. Рассказывание сказки по определенной проблеме (народной, литературной или сочиненной воспитателем). Обсуждение, ответы на вопросы, высказывание ребенком своего мнения об услышанном, сочинение новой концовки сказки (при необходимости), рисование (позволяет снять напряжение, вызванное обсуждением проблемы), драматизация сказки.

Куклотерапия. Метод комплексного воздействия на детей, предполагающий использование кукол и театрализованных приемов для профилактики и коррекции эмоционально-личностных проблем у ребенка. Задачи куклотерапии: совершенствовать мелкую моторику руки и координацию движений, развивать способы выражения эмоций, чувств, состояний, движений, которые по каким-либо причинам ребенок не может или не позволяет себе проявлять, обучать способам адекватного телесного выражения эмоций, чувств, состояний и др.

Музыкотерапия. Контролируемое использование музыки в коррекции психоэмоциональной сферы ребенка. Музыка - это лекарство, которое слушают. Осуществляется в форме подгрупповых занятий с ритмическими играми, дыхательной гимнастикой, воспроизведением заданного ритма с постепенным замедлением темпа. Звук не должен быть громким, и в то же время чрезмерно тихим. Положительное воздействие оказывает классическая музыка. Успокаивающие произведения Баха, Моцарта, Бетховена. Возбуждающий эффект - произведения Вагнера, Оффенбаха, Равеля. Тяжелый рок вызывает стрессовые реакции.

4. Технологии здоровьесбережения и здоровьедобогащения педагогов – технологии, направленные на развитие культуры здоровья педагогов, в том числе культуры профессионального здоровья, развитие потребности к здоровому образу жизни.

5. Технологии валеологического просвещения родителей: задача данных технологий – обеспечение валеологической образованности родителей воспитанников дошкольной организации .

6. Здоровьесберегающая образовательная технология в дошкольной организации – технология воспитания валеологической культуры или культуры здоровья дошкольника. Целью является: воспитать осмысленное отношение ребенка к здоровью и жизни человека, накопления знаний о здоровье и развитии умения оберегать, поддерживать и сохранять его. [36]

На сегодняшний день ведущее место должно быть отведено использованию технологий сохранения и стимулирования здоровья, а также технологиям обучения по здоровьесбережению. К ним относятся:

1. *Стретчинг* – это упражнения направленные на растяжку мышц, часто применяется в системе массажа, в лечебной физкультуре. Упражнения стретчинга – это средство достижения расслабления. Стретчинг доступен всем, если врачи не запрещают заниматься общеразвивающей подготовкой. Для выполнения стретчинга не требуется больших залов, денежных затрат, спортивных снарядов. Стретчинг можно выполнять как в группах, так и индивидуально, растяжка воздействуют на все группы мышц и суставы, повышает эластичность связок, снижает риск отложения в суставах шлаков, увеличивает подвижность суставов. Упражнения стретчинга рассчитаны на вовлечение в работу всего организма, включая психику, направлены на релаксацию, настройку и восстановление функции мышц. Это позволяет без труда использовать защитные силы организма, предупредить разные

заболевания, так как воздействуя на позвоночник, органы, мышцы, железы внутренней секреции, дыхательную и нервную системы, вырабатывают естественную сопротивляемость организма. Стретчинг повышает двигательную активность, выносливость, снижает эмоциональное, психическое напряжение.

2. *Динамические паузы* – ведутся в период занятий, 2-5 минут, по мере утомляемости детей. Рекомендуются для всех у детей старшего дошкольного возраста в качестве профилактики утомления. Содержат в себе компоненты гимнастики для глаз, дыхательной гимнастики и других в зависимости от вида занятия. К динамическим паузам в дошкольной организации относят подвижные, хороводные игры, игры с мелкими предметами, пальчиковые игры. Также сюда включается и проверка осанки, массаж лица. Разнообразные динамические паузы, хождение по ребристым дорожкам, неровной поверхности.

Динамические паузы носят воспитательный характер, в это время формируются нравственные и моральные качества, прослеживаются развивающие и обучающие моменты. Даются и закрепляются навыки, полученные в совместной деятельности с воспитателем, а также умения и знания. Динамические паузы развивают память, мышление, активизируют речь детей. Можно отметить лечебную, профилактическую и коррекционную стороны динамической паузы.

3. *Подвижные и спортивные игры* – используются как часть физкультурного занятия, во время прогулки, в групповой комнате – малой, средней и высокой степени подвижности. Подвижные игры подбираются в соответствии с возрастными особенностями ребенка, местом и временем ее проведения.

4. *Релаксация* – цель: способствовать снятию у детей старшего дошкольного возраста внутреннего мышечного напряжения, приведению нервной системы и психики детей в нормальное состояние покоя. Важное

условие выполнения упражнений на релаксацию является то, что каждое действие должно доставлять приятные ощущения и удовольствие, способствовать хорошему самочувствию. В силу того, что у детей старшего дошкольного возраста хорошо развито воображение и преобладает нагляднообразное мышление, желательно, чтобы названия упражнений и их содержание носили образный характер. Нужно учесть и возрастные особенности детей. Детям старшего дошкольного возраста гораздо легче будет расслабиться и получить удовольствие от выполняемых упражнений, если релаксация будет построена в форме игры. Желательно при выполнении релаксации использовать тихую, спокойную музыку. Музыка поможет дошкольникам отвлечься от посторонних мыслей и успокоиться.

5. *Гимнастика пальчиковая* – представляет собой комплекс упражнений, цель которых, направлена на развитие мелкой моторики рук, т.е. совместных действий систем организма человека (мышечной, зрительной, нервной, костной), формирующих способность выполнять точные, мелкие движения пальцами и кистями рук.

Заниматься с ребенком в этом направлении следует с самого раннего возраста. Пальчиковые упражнения делятся на две группы – пассивные и активные. Пальчиковая гимнастика первой группы – это манипуляция взрослых (массаж ладошки ребенка, сгибание, разгибание его пальчиков), а упражнения второй группы выполняют дети.

6. *Гимнастика для глаз* – цель: формировать у детей дошкольного возраста представления о необходимости заботиться о своем здоровье, о важности зрения, как составной части сохранения и укрепления здоровья. Для того чтобы, гимнастика для глаз была интересной и эффективной, она проводится в форме игры, в которой дошкольники могут проявить свою активность. Гимнастика для глаз используется: для улучшения циркуляции крови и внутриглазной жидкости глаз, для укрепления мышц глаз, для улучшения аккомодации (это способность глаза человека к хорошему

качеству зрения на разных расстояниях). Гимнастику для глаз необходимо проводить регулярно 2-3 раза в день по 3-5 минут. Для гимнастики можно использовать мелкие предметы, различные тренажеры. Гимнастику можно проводить по словесным указаниям, с использованием художественного слова.

7. *Гимнастика дыхательная* – целью проведения является – укрепление здоровья у детей старшего дошкольного возраста. Значимость такой гимнастики для общего физического развития детей старшего дошкольного возраста велико: гимнастика для органов дыхания помогает наполниться кислородом каждой клеточке организма дошкольника; упражнения учат детей дошкольного возраста управлять своим дыханием; правильное дыхание улучшает работу головного мозга, сердца и нервной системы ребёнка, дыхательной и пищеварительной системы организма, укрепляет общее состояние здоровья; дыхательная гимнастика – отличная профилактика болезней органов дыхания.

8. *Гимнастика ортопедическая* – рекомендуется детям с плоскостопием и в качестве профилактики болезней опорного свода стопы. Цель: укрепление мышц свода стопы у детей дошкольного возраста через комплекс специальных упражнений. В проведении ортопедической гимнастики существуют свои особенности. Гимнастика должна проходить в строгой регулярности и последовательности. Дети выполняют упражнения босиком. Необходимо помнить, что взрослый является активным участником, помощником в проведении ортопедической гимнастики. Т.В.Бахнова [22].

Таким образом, использование современных здоровьесберегающих технологий имеет большое значение в здоровьесбережении, оздоровлении и укреплении здоровья у детей старшего дошкольного возраста, активно помогает дошкольной организации в решении главных задач: повышает качество дошкольного образования, имеет огромную роль в воспитании

детей, формировании основ о здоровом образе жизни. Используемые в комплексе современные здоровьесберегающие технологии в итоге формируют у ребенка стойкую мотивацию на здоровый образ жизни. Только здоровый дошкольник с удовольствием включается во все виды деятельности, он жизнерадостен, оптимистично настроен, открыт в общении со сверстниками и педагогами. Использование современных здоровьесберегающих технологий залог успешного развития всех сфер личности ребенка, всех ее свойств и качеств.

Результат педагогического процесса развития основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста представлен *характеристикой ребенка-дошкольника, обладающего здоровьесберегающей компетентностью*: у него сформированы основы о самооценности здоровья и человеческой жизни; развиты ценности здоровья и здорового образа жизни; он мотивирован к сбережению своей жизни и здоровья, здоровья окружающих его близких людей. Это ребенок, знающий свои возможности и верящий в собственные силы, ощущающий себя субъектом здоровья и здоровой жизни. Ребенок, осознающий и разделяющий нравственные эталоны жизнедеятельности (гуманность, доброту, заботу, понимание, уважение, честность, справедливость, трудолюбие и др.).

Это ребенок, который имеет основы о том, что такое здоровье, здоровый образ жизни и знает, как поддержать, укрепить и сохранить его. Он умеет самостоятельно решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения; умеет обслужить себя и владеет элементарными навыками личной гигиены; умеет определить состояние своего здоровья; умеет правильно питаться; различает вредные и полезные для здоровья продукты питания, разумно употребляет их; владеет культурой приема пищи. Также он умеет выполнять дыхательную гимнастику, физические упражнения, укрепляющие мышцы, осанку, опорно-двигательный аппарат, соблюдает правила безопасного поведения в подвижных играх, в спортивном уголке

группы; готов оказать элементарную помощь себе самому и другим (промыть глаза, ранку, обработать ее, обратиться за помощью к взрослым), привлекает внимание взрослого к сложной ситуации, требует от него помощи.

Заключение по второй главе

Проблема раннего формирования основ о здоровом образе жизни актуальна, современна и достаточно сложна. Известно, что дошкольный возраст является определяющим в формировании фундамента психического и физического здоровья. Именно в период дошкольного детства идет интенсивное развитие органов и становление функциональных систем организма, формируются основные черты личности, отношение к себе и окружающим. Важно на этом этапе сформировать у дошкольника основу знаний и практических навыков здорового образа жизни, осознанную потребность систематических занятий физической культурой и спортом.

Взаимодействие с семьей играет важную роль в формировании основ формирования здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста. Родители являются примером для своих детей, поэтому они должны знать все основы и взаимодействовать с дошкольной организацией. Исследования ученых, подтверждают необходимость связи семейного и общественного воспитания как двух взаимодополняющих социальных институтов, в рамках формирования основ о здоровом образе жизни.

Использование современных здоровьесберегающих технологий имеет огромное значение в здоровьесбережении, оздоровлении, укреплении здоровья у детей старшего дошкольного возраста, активно помогает дошкольной организации в решении главных задач: повышает качество дошкольного образования, играет огромную роль в воспитании детей, в формировании основ здоровьесберегающей компетентности.

Соблюдение обозначенных выше педагогических условий будет способствовать повышению эффективности процесса формирования основ здоровьесберегающей компетенции у детей старшего дошкольного возраста.

Кроме того, в современной социокультурной ситуации возрастает роль и ответственность семьи за воспитание детей. Однако, как доказывает практика, многие родители, ориентированные на активное участие в воспитании собственных детей, испытывают недостаток знаний в области педагогики и психологии, имеют низкую педагогическую и психологическую культуру.

Взаимодействие с родителями, таким образом, следует рассматривать как важнейшую задачу, решаемую как в традиционных формах консультирования и просвещения, так и в достаточно новой форме совместных (дети и родители) семинаров-тренингов по развитию навыков общения, сотрудничества.

Для формирования гармонично развитой, здоровой личности принципиальное значение имеет здоровьесберегающая образовательная среда, представляющая собой комплекс социально-гигиенических, психолого-педагогических, морально-этических, физкультурно-оздоровительных, образовательных системных мер, которые обеспечивают психическое и физическое благополучие ребенка, комфортную моральную и бытовую среду в дошкольном образовательном учреждении и семье.

Таким образом, соблюдение педагогических условий формирования основ здоровьесберегающей компетенции у детей старшего дошкольного возраста будут способствовать появлению качественных изменений в развитии детей, обеспечению целостности педагогического процесса и комплексности целей, активности и равного партнерства в педагогическом взаимодействии всех участников образовательного процесса.

Во второй главе были использованы нижеследующие методы научного исследования:

Теоретические методы: анализ психолого-педагогической, философской литературы, монографических материалов, учебно-методической литературы; сравнение; обобщение; моделирование.

Эмперические методы: педагогическое наблюдение, беседа, диагностический (опрос), изучение и обобщение передового опыта педагогов дошкольных организации и образования, моделирование проблемных ситуаций, творческих заданий, метод педагогического эксперимента.

Статистические методы: для обработки данных использовались количественные и качественные методики, метод табличного представления результатов эксперимента, обобщение результатов исследования с учетом новых фактов и конкретных условий.

6.4.3. На стр. 80 перечислены педагогические условия формирования основ о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста, их всего указано 4, но при рассмотрении этих условий и выводах представлено только 3 условия.

Первое педагогическое условие – создание в образовательном учреждении здоровьесберегающей среды, направленной на укрепление и охрану здоровья детей.

Второе педагогическое условие- организация взаимодействия дошкольной организации и семьи по вопросам формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста;

Третье педагогическое условие- разработка и внедрение в педагогический процесс программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности;

Четвертое педагогическое условие - реализация современных эффективных здоровьесберегающих технологий, способствующих эффективному формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Здоровьесберегающая образовательная технология в дошкольной организации – технология воспитания валеологической культуры или культуры здоровья дошкольника. Целью является: воспитать осмысленное отношение ребенка к здоровью и жизни человека, накопления знаний о здоровье и развитии умения оберегать, поддерживать и сохранять его.

Таким образом, использование современных здоровьесберегающих технологий имеет большое значение в здоровьесбережении, оздоровлении и укреплении здоровья у детей старшего дошкольного возраста, активно помогает дошкольной организации в решении главных задач: повышает качество дошкольного образования, имеет огромную роль в воспитании детей, формировании основ о здоровом образе жизни. Используемые в комплексе современные здоровьесберегающие технологии в итоге формируют у ребенка стойкую мотивацию на здоровый образ жизни. Только здоровый дошкольник с удовольствием включается во все виды деятельности, он жизнерадостен, оптимистично настроен, открыт в общении со сверстниками и педагогами. Использование современных здоровьесберегающих технологий залог успешного развития всех сфер личности ребенка, всех ее свойств и качеств.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ОСНОВ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

3.1. Программа формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста

В соответствии с Законом «Об образовании» дошкольное учреждение имеет право выбирать программу, по которой будет осуществлять воспитание дошкольника. Э.Я. Степаненкова отмечает, что «каждое учреждение вправе самостоятельно разрабатывать стратегию и тактику

построения работы по формированию основ здоровьесберегающей компетентности, ориентированные модели воспитания и физической культуры; обеспечивать условия для развития движений, активности, самостоятельности и творчества ребенка» [150, с. 63].

Для проведения экспериментальной работы нами была разработана программа формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста «Мы здоровыми растем».

Программа разработана в соответствии с нормативными правовыми документами, действующими в сфере дошкольного образования РК: Закон Республики Казахстан «Об образовании» от 27 июля 2007 года №319; Закон Республики Казахстан «О правах ребенка в Республике Казахстан» 8 августа 2002 года №345; Государственная программа развития образования и науки РК на 2016-2019 годы, Указ Президента Республики Казахстан от 1 марта 2016 год № 205; Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к дошкольным организациям и домам ребенка», приказ Министра здравоохранения РК от 17 августа 2017 года № 615; Государственный общеобязательный стандарт дошкольного воспитания и обучения РК, ППРК от 23 августа 2012 года №1080; Типовой учебный план дошкольного воспитания и обучения, приказ МОН РК от 20 декабря 2012 года № 557; Типовая учебная программа дошкольного воспитания и обучения, приказ МОН РК от 12 августа 2016 года №499; Типовые правила деятельности дошкольных организаций, ППРК от 17 мая 2013 года № 499.

Цель программы: формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста процессе взаимодействия дошкольной образовательной организации и семьи.

Задачи программы:

-воспитательные (воспитание у детей старшего дошкольного возраста потребности в здоровьесберегающей компетентности);

-обучающие (соблюдение режима дня, гигиенических навыков);

-организационные (консультирование и обучение родителей, семьи по вопросам формирования здоровьесберегающей компетентности, взаимодействие специалистов, рациональное планирование, организация контроля, составление плана занятий, создание психологической атмосферы на занятиях).

Направленность программы предусматривает овладение двигательной культурой, создание условий для успешного овладения физическими упражнениями, формирование у детей самостоятельности при подборе подвижных игр, выполнение утренней гимнастики, расширение знаний о функционировании организма и пользе здорового образа жизни.

Критерии программы:

- повысить уровень овладения двигательной культурой;
- повысить создание условий для успешного овладения физическими упражнениями;
- формировать у детей старшего дошкольного возраста самостоятельность при подборе подвижных игр;
- повысить выполнение утренней гимнастики, расширить знания о функционировании организма в пользу здоровьесберегающей компетентности.
- повысить количество родителей в участии на мероприятиях дошкольной организации по вопросам здоровьесберегающей компетентности.
- повысить педагогическую компетентность родителей и педагогов.

Ожидаемые результаты реализации программы.

В результате поэтапной и систематической работы с детьми, родителями и педагогами ожидается:

1. Повышение качества воспитательного процесса в дошкольной организации на основе внедрения в практическую деятельность педагогического коллектива.

2. Эффективная структура мотивационно-потребностной сферы детей, обеспечивающая необходимые условия для активного и сознательного отношения детей к здоровьесберегающей компетентности, физическим упражнениям, достижение дошкольниками необходимого уровня развития основных физических качеств.

3. Повышение заинтересованности детей старшего дошкольного возраста в формировании положительного отношения к двигательной активности, выработать умения и навыки выполнения физических упражнений.

4. Повышение у большинства родителей уровня компетентности в вопросах формирования здоровьесбережения детей дошкольного возраста.

5. Повысить демонстрацию заинтересованности в формировании представлении о здоровьесберегающей компетентности у детей и готовыми к сотрудничеству с педагогами в указанном направлении.

6. Педагоги дошкольной организации будут осуществлять взаимодействие с родителями дошкольников, повышать компетентность в вопросах формирования здоровьесберегающей компетентности у детей в семье.

Формы и методы реализации программы: Цикличное (учет времени года) и спиралевидное (в соответствии с возрастными особенностями постепенное усложнение двигательных действий) т.е учитывая возрастные особенности у детей старшего дошкольного возраста .

Оздоровительные мероприятия:

– Физминутки и паузы. Физкультурные минутки включаются в учебную деятельность каждый день.

– Эмоциональные разрядки. Проводятся упражнения на расслабление мышц лица, плечевого пояса, мышц шеи, корпуса в повседневной жизни детей в группе: по 1-2 упражнению около 5-7 минут.

– Гимнастика (оздоровительная утренняя и после сна). Проводится утром и после сна в комплексе с дыхательной гимнастикой, самомассажем и водными процедурами ежедневно.

– Дыхательная гимнастика. Используются упражнения дыхательной гимнастики

– Корректирующая гимнастика. Необходимо включать упражнения корректирующей гимнастики в комплексы утренней гимнастики и во время проведения физкультурных занятий.

– Пальчиковая гимнастика. Проводится ежедневно во время интеллектуальных игр и НОД.

– Кислородный коктейль. Кислородные коктейли в детском саду дети принимают 2 раза в год (в осенний и весенний сезоны)

– Музыкалотерапия. Проводится ежедневно при помощи оснащения группы аудиотехникой, а также совместно с музыкальным руководителем.

– Закаливающие процедуры. Прогулки на свежем воздухе.

Программа «Мы здоровыми растем» в рамках педагогического эксперимента прошла апробацию в условиях Государственных детских садов №17 «Арман» и №55 «Жадыра», г. Атырау реализовывалась в течение двух лет, предусматривала индивидуальные и групповые занятия с детьми, а также работу с родителями и педагогами.

Программа формирования «Мы здоровыми растем» способствует гармоничному развитию детей старшего дошкольного возраста, формированию у них представлений о здоровьесбережении, правильной осанки и мышечного корсета, потребности в выполнении физических упражнений, формированию мотивационно-поведенческого, когнитивного, эмоционального и двигательного компонентов. Программа реализует идею объединения усилий педагогов и родителей с целью эффективного и успешного решения образовательных, воспитательных и оздоровительных задач для умственного и физического развития дошкольника.

Разработанная нами программа формирования основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников предусматривает овладение двигательной культурой (профилактика нарушений осанки), создание условий для успешного овладения физическими упражнениями, формирование у детей самостоятельности при подборе подвижных игр, выполнении утренней гимнастики, расширение знаний о функционировании организма, пользе здоровьесбережения.

При планировании в разработанной нами программе формирования основ здоровьесберегающей компетентности наиболее подходящим для нас явилось графическое планирование. В план -графике мы применяли способ спирального планирования (учили одни и те же упражнения на протяжении нескольких занятий подряд, возвращались к ним спустя некоторое время). На протяжении одного занятия дошкольники изучали 2-4 упражнения (в соответствии с рекомендациями). План-график был составлен с учетом сложности выполнения упражнения, его воздействия на физическое развитие организма, соответствие последовательности упражнений способности дошкольников их усваивать (упражнения с элементами ходьбы, бега, удержания равновесия).

Мы применяли следующие принципы: поочередное выполнение легких и сложных упражнений, статических и динамических; наличие физической нагрузки при выполнении упражнений; подбор упражнений для развития основных групп мышц (рук, плеч, брюшного пресса, ног).

План-график предусматривает уровень освоения и возможность правильного выполнения, психофизиологическое назначение некоторых упражнений. На одной части занятия отводится время на обучение упражнению, а остальные посвящены повторению и закреплению. Подвижные игры подбираются таким образом, чтобы было соответствие с содержанием и активностью упражнений, которые направлены на обучение основным движениям (упражнения с большой нагрузкой, спокойная игра).

В календарном плане отражены даты изучения и совершенствования основных движений, а также перечень мероприятий по работе с родителями дошкольников (тематические игры-беседы о физическом развитии дошкольников, об укреплении их здоровья в дошкольном учреждении и дома и т.п.). Также в календарном плане изложено краткое содержание комплекса упражнений.

Содержание программы формирования здорового образа жизни детей старшего дошкольного возраста подробно представлено в Приложении 6.

Программа рассчитана на 72 занятия в год (по 2 занятия в неделю). Длительность одного занятия – 25-30 минут.

Педагогический анализ знаний и умений детей (диагностика) проводится 2 раза в год: в начале и в конце учебного года.

Реализация межпредметных связей способствует целостному развитию личности ребенка: наряду с обучением различным видам движений, предусмотрена работа педагога по формированию нравственной сферы воспитанника, развитию двигательных способностей (общих и специальных), творческих, познавательных процессов, воспитанию качеств, которые, в свою очередь, обеспечивают успешность овладения дошкольниками основными движениями.

Программа состоит из: занятия физической культурой, подвижные игры и занятия дома, самостоятельная двигательная активность.

Таблица 3.1. – Модель режима двигательной активности детей

Виды занятий	Варианты содержания	Особенности организации
Утренняя гимнастика	Традиционная гимнастика Аэробика Ритмическая гимнастика Корректирующая гимнастика	Ежедневно утром, на открытом воздухе или в зале. Длительность 10-12 мин.
Физкультурные занятия	Традиционные занятия Игровые и сюжетные занятия	Два занятия в неделю в

	<p>Занятия тренировочного типа</p> <p>Тематические занятия</p> <p>Контрольно-проверочные занятия</p> <p>Занятия на свежем воздухе</p>	<p>физкультурном зале.</p> <p>Длительность 20-35 мин.</p>
<p>Физкультминутки</p> <p>Музыкальные минутки</p>	<p>Упражнение для снятия общего и локального утомления</p> <p>Упражнения для кистей рук</p> <p>Гимнастика для глаз</p> <p>Гимнастика для улучшения слуха</p> <p>Дыхательная гимнастика</p> <p>Упражнения для профилактики плоскостопия</p>	<p>Ежедневно проводятся во время занятий по развитию речи, ИЗО, формированию математических представлений.</p> <p>Длительность 3-5 мин.</p>
<p>Корригирующая гимнастика после сна</p>	<p>Разминка в постели – корригирующие упражнения и самомассаж</p> <p>Оздоровительная ходьба по массажным и ребристым дорожкам</p> <p>Развитие мелкой моторики и зрительно-пространственной координации</p>	<p>Ежедневно, при открытых фрамугах в спальне или группе.</p> <p>Длительность 7-10 мин.</p>
<p>Подвижные игры и физические упражнения на прогулке</p>	<p>Подвижные игры средней и низкой интенсивности</p> <p>Народные игры</p> <p>Эстафеты</p> <p>Спортивные упражнения (езда на велосипедах, катание на санках)</p> <p>Игры с элементами спорта (футбол, бадминтон, городки, баскетбол, хоккей)</p>	<p>Ежедневно, на утренней прогулке.</p> <p>Длительность 20-25 мин.</p>
	<p>Игры, которые лечат</p> <p>Музыкальные игры</p> <p>Школа мяча</p>	<p>На прогулке во второй половине дня</p> <p>Длительность 15-20 мин.</p>
<p>Оздоровительный бег</p>		<p>2 раза в неделю, группами по 5-7 человек, проводится во время утренней прогулки.</p> <p>Длительность 3-7 мин.</p>
<p>«Недели здоровья»</p>	<p>Занятия по валеологии</p>	<p>4 раза в год (в</p>

	Самостоятельная двигательная деятельность Спортивные игры и упражнения Осенние и весенние чемпионаты по прыжкам, бегу. Совместная трудовая деятельность детей, педагогов и родителей Развлечения.	октябре, январе, марте, июле)
Спортивные праздники и физкультурные досуги	Игровые Соревновательные Сюжетные Творческие Комбинированные Формирующие здоровый образ жизни	Праздники проводятся 2 раза в год. Длительность не более часа. Досуги - один раз в квартал. Длительность не более 30 мин.
Самостоятельная двигательная деятельность	Самостоятельный выбор движений с пособиями, с использованием самодельного или приспособленного инвентаря.	Ежедневно, во время прогулки, под руководством воспитателя. Продолжительность зависит от индивидуальных особенностей.
Участие родителей в физкультурно-оздоровительных, массовых мероприятиях, занятия		Подготовка и проведение физкультурных досугов, праздников, дней здоровья.

Первый раздел программы содержит диагностические методики исследования компонентов здоровьесбережения дошкольников (когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий, двигательный), а также анкетирование педагогов и родителей (Приложение 1, Приложение 2).

Дети старшего дошкольного возраста имеют разный уровень физического развития. В диагностическом разделе программы содержится

описание методик, по которым определяется уровень развития формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей по компонентам:

– исследование когнитивного, мотивационно-поведенческого компонента - игра-беседа;

– исследование эмоционального компонента – игра-беседа, проективная методика рисунка «Здоровье и болезнь» О.С. Васильевой, О.Р. Филатова;

– исследование двигательного компонента – антропометрия, занятия ЛФК с дошкольниками.

Когнитивный компонент. Игра-беседа об отношении к здоровью и болезни (Приложение 3) проводилась индивидуально с каждым ребенком. Рисуночный тест «Здоровье и болезнь» – проводился с группами дошкольников по 3-5 человек.

Дошкольники отличаются друг от друга по уровню развития познавательной деятельности. И.М. Новиковой на основе предложенных Л.Г. Касьяновой показателей и критериев оценки представлений о физическом состоянии и здоровье, были разработаны следующие показатели и критерии.

[122; 88]

Когнитивный компонент характеризуют знания дошкольника о своем здоровье и его роли, факторах, влияющих на здоровье и т.п.

В нашем исследовании мы выделяем следующие уровни сформированности когнитивного компонента у дошкольников: *низкий уровень* (отсутствует ответ вообще), *средний уровень* (когнитивно-простой) и *высокий* (когнитивно-сложный), где присутствует системность и обобщенность.

Переживания, чувства, связанные с состоянием здоровья, а также особенности эмоционального состояния, обусловленные ухудшением физического или психического самочувствия отражает эмоциональный компонент и может быть представлен следующими уровнями: средний

уровень (простой), высокий уровень (сложный) и низкий уровень (не сформированный).

В дошкольном возрасте в значительной степени на формирование отношения к себе, здоровью оказывает влияние окружение. Дошкольник отражает себя и мир посредством конкретно-чувственного опыта, постепенно складывающегося в целостную картину, возникают связи между ощущениями, связанными с процессами, имеющими отношение к здоровью (лечение лекарствами, уколы и т. п.) и ощущениями нездоровья. Имеют значение и оценки, которые применяют взрослые при общении с детьми (воспринимает и применяет как критерий собственного мнения, действий, направленных на укрепление здоровья).

Для определения эмоционального компонента формирования основ здоровьесберегающей компетентности мы применяли проективную методику рисунка «Здоровье и болезнь» О.С. Васильевой, О.Р. Филатова, целью которой является: определение степени сформированности представлений о здоровье и болезни, характера эмоционального отношения к проблемам здоровья. Для проведения тестирования каждому дошкольнику необходимы стандартный чистый лист бумаги формата А 4, набор из 8-10 цветных карандашей. В соответствии с инструкцией на одном листе, предварительно разделив его на две части, необходимо нарисовать здоровье и болезнь (как ты его представляешь) [47]. стандарт

Основные показатели, оцениваемые методикой: детализация рисунка (говорит о сложности представлений и эмоциональной значимости), динамика и сложность изображения (активная и пассивная позиция отношения к здоровью); цветовая гамма и использование (эмоциональное отношение к проблемам здоровья сформировано, если использованы более 3 цветов); оригинальность рисунка, символика (отражает степень влияния устойчивых социальных представлений о здоровье).

При анализе рисунка дошкольнику задаются уточняющие вопросы (ответы фиксируются на отдельном листе), обсуждаются отдельные детали.

Мотивационно-поведенческий компонент включает инициативность и самостоятельность, характеризует действия, направленные на ведение здорового образа жизни, выполнения физических упражнений, особенности мотивации и поведения на сохранение и укрепление здоровья, особенности поведения при ухудшении здоровья.

Поведенческий компонент характеризуется позицией по отношению к здоровью, которая может быть: пассивной, направленной на собственную активность.

Мотивационный компонент характеризуется уровнем представлений о физическом состоянии и здоровье.

В нашем исследовании под средствами формирования основ здоровьесберегающей компетентности мы будем понимать комплекс различных средств: физические упражнения и игры, гигиенические факторы, оздоровительные силы природы, соблюдение режима дня, питания. Применение всех этих средств в комплексе способствует разностороннему воздействию на организм, формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста (параграф 1.1).

Работа с детьми. Выполнение заданий диагностического комплекса позволяет выявить детей с недостаточными представлениями о собственном физическом состоянии и здоровье, «что важно для отбора содержания и определения уровня сложности сообщаемой детям информации с позиции индивидуально-дифференцированного подхода» [Цит. по: 124, с. 26].

Целью игр-бесед о физической культуре и здоровье является: ознакомление у детей старшего дошкольного возраста с термином «здоровье», «здоровый образ жизни», «физическая культура»; формирование представлений о двигательных качествах человека, о значении физических

упражнений для здоровья. Темы игр-бесед с дошкольниками представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2. – План работы педагогов с дошкольниками

Месяц	Темы игр-бесед
Сентябрь	«Овощи и фрукты – полезные продукты», «Витамины я люблю -
	«Мой режим дня», «Здоровье в порядке, спасибо зарядке!»
Октябрь	«Чистота – залог здоровья».
	«Не боимся мы дождей и осенних хмурых дней!».
Ноябрь	«Что я знаю о себе? Мой организм».
Декабрь	«Зимняя прогулка».
	«Азбука здоровья».
Январь	«Полезные и вредные привычки».
	«Если дома ты один», «Телевизор, компьютер и здоровье».
Февраль	«Игра «Больница»
	«Прогулка для здоровья». «Всем ребятам надо знать, как по улице шагать».
Март	«Правильная осанка».
	«На зарядку становись!».
Апрель	«Питание и здоровье», «Мы всегда моем руки».
	«Солнце, воздух и вода – наши лучшие друзья».

Программа формирования основ здоровьесберегающей компетентности «Мы здоровыми растем» рассчитана на занятия с детьми старшего дошкольного возраста и включает комплекс упражнений общеукрепляющего и профилактического характера. Мы применяли индивидуальные и групповые формы работы. Специфика подбора физических упражнений у детей старшего дошкольного возраста состоит в том, что они должны соответствовать возрастным особенностям, психомоторному развитию, лечебным задачам [101].

Формирование основ здоровьесберегающей компетентности оказывает значительное воздействие на формирование нравственных, волевых и психических качеств, становящимися постоянными чертами личности

(трудолюбие, дисциплинированность, ответственность, смелость, целеустремленность и др.) [52].

Исходя из общепринятых рекомендаций, занятие состоит из разминки, основной и заключительной частей. Благодаря общей разминке решается задача активизации опорно-двигательного аппарата, деятельности внутренних систем организма (особенно сердечной и дыхательной). Разминка включает медленный бег, гимнастические упражнения на все группы мышц. В основной части занятия происходит обучение и совершенствование техники выполнения физических упражнений, воспитание физических качеств. Постепенное снижение функциональной активности и приведение организма в спокойное состояние обеспечивается заключительной частью (ходьба, медленный бег, упражнения на расслабление с медленным дыханием) [52].

Для детей дошкольного возраста применяют следующие формы: физкультурные занятия, утренняя гимнастика, физкультминутки, подвижные игры, физкультурные праздники и физкультурный досуг, самостоятельная двигательная активность [114].

Комплекс физических упражнений направлен на профилактику различных нарушений осанки и общее укрепление организма дошкольника, а для дошкольников с нарушением осанки составлялся комплекс упражнений для самостоятельного выполнения в домашних условиях и индивидуальных занятий.

Одним из важнейших оздоровительных мероприятий в режиме дошкольной организации является утренняя гимнастика, которая активизирует работу организма и повышает его работоспособность. Отметим, что ежедневное выполнение упражнений дисциплинирует, воспитывает интерес к выполнению физических упражнений, способствует эмоциональному подъему, положительно влияет на формирование правильной осанки. Длительность утренней гимнастики для детей старшего

дошкольного возраста – 12-15 мин. Физкультминутки (включают 2-3 упражнения продолжительностью 2-3 мин.) применяют для профилактики утомления, повышения умственной работоспособности.

Физические упражнения занимают главное место в коррекции нарушений осанки, которые предупреждают атрофию и ослабление мышц. Важно использование комплексного подхода по коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата, созданию мышечного корсета [157].

В литературе по физическому воспитанию выделяют 3 группы физических упражнений в ЛФК: гимнастические (общеразвивающие и дыхательные, активные и пассивные, без снарядов и на снарядах); спортивно-прикладные (ходьба, бег, бросание мячей – набивных, баскетбольных, волейбольных и др., прыжки, плавание, катание на коньках и др.); игры (малоподвижные, подвижные и спортивные) [18, 24].

Общеукрепляющие упражнения применяют с целью укрепления и оздоровления организма, повышения физической работоспособности, активизации кровообращения и дыхания. В то время как избирательное воздействие на опорно-двигательный аппарат оказывают специальные упражнения.

Задачей корригирующих упражнений является восстановление правильного положения позвоночника, грудной клетки и нижних конечностей.

Ежедневно проводятся подвижные игры, которые способствуют не только созданию благоприятной психологической атмосферы, но и увеличивают двигательную активность, воспитывают нравственно-волевые качества.

Важно отметить, что самостоятельная двигательная деятельность детей организуется в течение дня, проводится при участии и под наблюдением педагога, ориентирована на активизацию двигательной деятельности, а также способствует формированию привычки к систематическим самостоятельным

занятиям физическими упражнениями. Характер двигательной деятельности и длительность зависят от потребностей и индивидуальных особенностей детей старшего дошкольного возраста.

Мы отдавали предпочтение тем методическим приемам, которые соответствуют программному содержанию двигательного материала, возрастным особенностям дошкольников и их общему развитию, а также степени их владения движениями.

Таким образом, физические упражнения являются естественными и специально подобранными движениями, которые используются в ЛФК. Занятия ЛФК способствуют развитию организма в целом, создают благоприятные условия для формирования осанки и обеспечения общего и статико-динамического двигательного режима. При выполнении физических упражнений происходит формирование нового динамического стереотипа, который способствует уменьшению или исчезновению нарушений осанки.

Вторым важным направлением в программе «Мы здоровыми растем» является работа с родителями. Сотрудничество педагогов и родителей, создание условий и целенаправленно организованная работа в ДО, установление конструктивных партнерских отношений, объединение усилий по формированию основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников, создание благоприятной и доброжелательной атмосферы, повышение компетентности родителей играет огромную роль в формировании основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста. Педагогом проводится первичное консультирование, определяются потребности ребенка и семьи, выявляются особенности развития ребенка, определяется потенциал и составляется индивидуальный план физического развития ребенка. В зависимости от особенностей ребенка и возраста индивидуальная программа может включать: индивидуальные занятия, консультации.

Работа с родителями. Создание условий и целенаправленно организованная работа, совместная работа педагогов и родителей играет существенную роль в формировании основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста. Важным является: установление конструктивных партнерских отношений, объединение усилий по формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, создание благоприятной и доброжелательной атмосферы, повышение компетентности родителей. Для ознакомления родителей с содержанием работы, мы проводили консультации, родительские собрания, открытые занятия с участием дошкольников, консультации с привлечением различных специалистов, совместные мероприятия с детьми и др.

Информирование родителей об особенностях проведения подвижных игр, выполнения физических упражнений происходит на открытых занятиях, консультациях и родительских собраниях.

Темы консультаций определялись совместно с родителями и касались общих вопросов формирования основ здоровьесберегающей компетентности в условиях семьи. Проведенное анкетирование родителей (Приложение 1) позволило выявить трудности и на основании озвученных проблемных вопросов, были распределены примерные темы для индивидуального и группового консультирования, родительских собраний.

Работу с родителями по вопросам формирования основ здоровьесберегающей компетентности, укрепления здоровья дошкольников мы разделили на несколько частей. На первом этапе мы провели анализ потребностей, компетентности родителей в вопросах формирования основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников (беседа, анкетирование). На следующем этапе мы информировали родителей о роли влияния положительного примера взрослых, повышали их компетентность в воспитании здоровой и физически развитой личности дошкольника, а также

объясняли необходимость совместной физкультурно-оздоровительной деятельности родителей и детей, проводили совместные занятия (Таблица 3.3.). Мы применяли следующие виды взаимодействия: консультации, тематические родительские собрания, просмотр родителями открытых занятий по физкультуре; создавались наглядные уголки для родителей, призывали родителей к изучению тематической литературы (презентации, памятки, информационные стенды и т.д.). Одним из главных компонентов формирования ЗОЖ дошкольников является активное участие родителей в физкультурно-оздоровительной деятельности дошкольной организации (самостоятельный подбор литературы о здоровье, «Веселые старты и подвижные игры с участием родителей» и т.д.).

Таблица 3.3. – План работы с родителями

Месяц	Темы бесед
Сентябрь	«Роль семьи и дошкольной организации в формировании
Октябрь	«Организация формирования основ здоровьесберегающей
Ноябрь	«Создание эффективной предметно-развивающей среды в
Декабрь	«Каким бывает отдых. Зимние игры». «Режимные моменты и
Январь	«Играем вместе с ребенком». «Общеразвивающие упражнения
Февраль	«Закаливание часто болеющих детей» «Профилактика ОРВИ».
Март	«Роль подвижных игр в жизни дошкольника»
Апрель	«Развитие двигательных навыков».

Методы, используемые педагогами в работе: анкетирование родителей; беседы с родителями; беседы с ребёнком; наблюдение за ребёнком; изучение рисунков на тему «Наша семья» и их обсуждение с детьми; посещение семьи ребёнка.

Профилактическая работа с родителями:

1. Причины частых и длительно текущих острых респираторных заболеваний.
2. Профилактика ОРЗ в домашних условиях.

3. Хронические очаги инфекции у взрослых в семье как причина частых ОРЗ у детей.

4. Хроническая никотиновая интоксикация у пассивных курильщиков и связь её с заболеваниями бронхолёгочной системы.

5. Закаливающие процедуры дома и в дошкольном учреждении.

6. Значение режимных моментов для здоровья ребёнка.

7. О питании дошкольников.

8. Особенности физического и нервно-психического развития у часто болеющих детей.

9. Физические упражнения в дошкольном учреждении и дома.

10. Профилактика глистных и острых кишечных заболеваний у детей.

11. Воспитание культурно-гигиенических навыков у дошкольников.

12. Вредные привычки у взрослых (употребление алкоголя, курение, наркомания и др.) и их влияние на здоровье детей.

13. Здоровый образ жизни в семье – залог здоровья ребёнка

Формы работы с родителями: проведение родительских собраний, семинаров-практикумов, консультаций; педагогические беседы с родителями (индивидуальные и групповые) по проблемам; “Дни открытых дверей”; экскурсии; открытые занятия для родителей; совместные занятия для детей и родителей; “Круглые столы” с привлечением педагогов, методистов, медицинской сестры детского сада; организация совместных дел.

Третьим важным направлением, обозначенным в программе, является *работа с педагогами*, которая была проведена нами для эффективной реализации программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности и успешной и эффективной совместной работы с семьей дошкольников. Этот раздел программы направлен на повышение компетенции педагогов в вопросах формирования основ здоровьесберегающей компетентности, педагогического мастерства, апробации методов и приемов формирования представлений о собственном

физическом состоянии у детей старшего дошкольного возраста. Работа с педагогами предполагает проведение педсоветов, консультаций, открытых занятий, семинаров, изучение литературы [124]. Основные направления работы мы определили при помощи анкетирования. В анкетах педагоги (Приложение 2) оценивали свои умения в области формирования ЗОЖ дошкольников. Проанализировав полученные результаты анкетирования, мы запланировали и провели консультации по темам взаимодействия с родителями дошкольников и особенностей формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста. Организационно-методическим итогом проведенной нами работы было проведение беседы с педагогами и проанализированы произошедшие изменения.

Беседы, проведенные нами с педагогами (Таблица 3.4.), позволили сделать вывод о том, что не все из них считают нужным проводить в процессе работы с дошкольниками деятельность, направленную на формирование у них интереса к формированию основ здоровьесберегающей компетентности. Некоторые из педагогов не учитывали такой фактор, как осознанность детьми дошкольного возраста цели и задач учебной работы, допускали ошибки при объяснении техники выполнения физических упражнений. В методическом кабинете дошкольного учреждения была создана подборка литературы и материалов по педагогическому и санитарно-гигиеническому аспекту формирования основ здоровьесберегающей компетентности. Результатом работы было проведение беседы с педагогами, итоги которой подтвердили случившиеся изменения в работе с родителями и дошкольниками.

Таблица 3.4. – Беседы и семинары с педагогами

Месяц	Темы бесед и семинаров.
Сентябрь	«Современные подходы работы с родителями по оздоровлению»

Октябрь	«Сотрудничество педагогов и родителей для повышения
Ноябрь	«Особенности формирования представлений здоровье и пользе
Декабрь	«Задачи формирования ЗОЖ дошкольников и особенности их
Январь	«Особенности организации формирования ЗОЖ дошкольника в
Февраль	«Профилактика нарушений осанки и плоскостопия», «Роль
Март	«Дидактические игры в формировании элементарных
Апрель	«Организация подвижных игр на прогулке».

Работа с дошкольниками. Проводилась оценка динамики показателей когнитивного, эмоционального, мотивационно-поведенческого и двигательного компонентов формирования основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников, а также проводилось анкетирование родителей и педагогов для оценки уровня их знаний по формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, а затем проведен анализ первичной и повторной диагностики.

Когнитивный компонент предполагает постижение определенного уровня знаний по формированию основ здоровьесберегающей компетентности: основы знаний о личной гигиене сна, питания, труда, отдыха; значение занятий физическими упражнениями; уровень развития двигательных умений и навыков; способы физкультурно-оздоровительной деятельности: самостоятельно выполнять упражнения на развитие координации, силы, гибкости; соблюдать правила самоконтроля и безопасности во время выполнения упражнений.

Высокий уровень сформированности когнитивного компонента характеризуется осознанными и глубокими представлениями дошкольников, при анализе понятия «здоровье» выделяют все его аспекты (физический, психический и социальный), мотивом бережного отношения к здоровью является стремление к его укреплению и сохранению (зарядка, закаливание и др.). Дошкольники имеют представление о необходимости различных оздоровительных мероприятий. Знания дошкольников систематизированы и

обобщены, ответы осознаны. Дошкольники отмечают ценность здоровья и стремятся к его сохранению, знают, как и зачем нужно следить за своим здоровьем, что влияет на здоровье человека. Имеет полное представление об основах формирования у человека, необходимости соблюдения режима дня.

Для среднего уровня характерна дифференцированность суждений, уже сложившихся убеждений, но они часто неаргументированные и поверхностные, содержат уже в определенной степени сформировавшиеся убеждения, тем не менее, при рассмотрении понятия «здоровье» нередко выделяют физические аспекты, считают необходимым выполнение упражнений. Дошкольники рассматривали здоровье лишь как отсутствие болезней. Перечислить качества, присущие здоровому человеку дошкольники затруднялись. У ребенка недостаточно полно сформировано представление о том, что такое «здоровье», «здоровый образ жизни». Не совсем понимает, как и зачем нужно следить за своим здоровьем, что влияет на здоровье человека. Имеет удовлетворительное представление об основах формирования основ здоровьесберегающей компетентности у человека, необходимости соблюдения режима дня.

Низкий уровень когнитивного компонента: для дошкольников свойственно безразличное, часто отрицательное отношение к выполнению действий, которые направлены на сохранение и укрепление здоровья, не имеют представлений о необходимости оздоровительных мероприятий, у ребенка не сформировано представление о том, что такое «здоровье», «здоровый образ жизни». Не имеет представления, как и зачем нужно следить за своим здоровьем, что влияет на здоровье человека.

Эмоциональный компонент отражает эмоциональное отношение дошкольников к проблемам здоровья и болезни.

Для высокого уровня была характерна положительная эмоциональная направленность на выполнение физических упражнений, сохранение здоровья, дети могли самостоятельно дать оценку собственного поведения.

У дошкольников со средним уровнем было отмечено равнодушие или нежелание выполнять физические упражнения, зарядку, но присутствовала положительная эмоциональная направленность.

Низкий уровень эмоционального отношения характеризовался безразличным, отрицательным отношением к выполнению зарядки, физических упражнений, закаливанию, а также отказом от выполнения упражнений.

Мотивационно-поведенческий компонент был представлен наличием стремления и желания сохранить и укрепить свое здоровье при помощи занятий оздоровительной направленности.

Показателем мотивационно-поведенческого компонента мы определили применение знаний о том, что здоровье является ценностью в различных видах деятельности, реализацией здоровьесформирующего поведения.

Высокий уровень мотивационно-поведенческого компонента характеризуется положительным отношением к выполнению зарядки, физических упражнений, закаливанию, дошкольник понимает необходимость их выполнения, инициативен. Отсутствие инициативы и представлений о необходимости выполнения физических упражнений, но проявление некоторой активности характерно для среднего уровня. Для низкого уровня характерно равнодушное или отрицательное отношение к выполнению зарядки, закаливания.

Двигательный компонент. *Высокий уровень* двигательного компонента характеризует дошкольников с высокой двигательной активностью, где большой объем движений создает высокую физическую нагрузку на организм детей. Дошкольники самостоятельно, уверенно и точно выполняют инструкции, соблюдают темп, быстро переключаются при выполнении разнообразных упражнений и перестроениях; с большим

удовольствием принимают участие в играх; строго соблюдают правила, отмечается стремление к лидерству в игре.

Дошкольников *со средней двигательной активностью* мы отнесли к среднему уровню, который обеспечивает своевременное и гармоничное физическое развитие ребенка. У дошкольников данной группы отмечаются положительные эмоции, уравновешенное настроение, умение управлять своим поведением в соответствии с правилами, дети уверенно, но с небольшой помощью выполняют основные движения и общеразвивающие упражнения; выполняют инструкции, соблюдают общий ритм и темп.

К *низкому уровню двигательного компонента* мы отнесли малоподвижных дошкольников, с низкой двигательной активностью, с нарушением осанки, повышенной массой тела. Для дошкольников данной группы характерна низкая двигательная активность и малая выносливость, неуверенность при выполнении большинства упражнений, отмечается значительное отставание в показателях развития основных видов движений от возрастных нормативов, отмечается низкая координация движений. При выполнении сложных двигательных заданий дошкольники могут отказываться от выполнения, статичны, инертны, обидчивы и плаксивы, не могут выполнить инструкцию педагога.

3.2. Содержание констатирующего эксперимента

Целью экспериментальной работы является проверка эффективности педагогических условий по формированию основ о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста.

Задачи экспериментальной работы:

1. Проанализировать состояние педагогических условий в дошкольной организации по формированию основ о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста.

2. Разработать перспективный план взаимодействия семьи с дошкольной организацией в вопросах формирования основ о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста, разработать план внедрения современных здоровьесберегающих технологий в формировании основ о здоровом образе жизни.

3. Проанализировать результаты экспериментальной работы.

В экспериментальной работе приняло участие 87 детей 5-6 лет (экспериментальная группа – ЭГ (44) и контрольная группа – КГ (43) и 87 семей. Изучение состояния педагогических условий Государственных детских садов №17 «Арман» и №55 «Жадыра», г. Атырау включило проведение индивидуальных бесед с детьми старшего дошкольного возраста, анкетирование родителей на выявление знаний о здоровьесбережении, а также анкетирование педагогов на предмет применения современных здоровьесберегающих технологий. П.6.8 считаю что экспериментальную и контрольную группы нужно оставить т.к. мы анализируем влияние педагогических условий на формирование здоровьесберегающей компетентности детей.

Для подтверждения гипотезы, которая состояла в том, что формирование здорового образа жизни у детей старшего дошкольного возраста в условиях дошкольной организации будет проходить успешно, если соблюдать определенне нами следующие педагогические условия: создание в образовательной организации здоровьесберегающей среды, направленной на укрепление и охрану здоровья детей; организация взаимодействия дошкольной организации и семьи по вопросам формирования основ формирования здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста; разработка и внедрение в педагогический процесс программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности; а также реализация современных эффективных здоровьесберегающих технологий, способствующих

эффективному формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста нами было проведено исследование.

Экспериментальная работа была проведена на базе государственного детского сада №55 «Жадыра» и №17 «Арман» г. Атырау и в течение двух лет в 2019-2021 г., где успешно прошла апробация разработанной нами программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста «Мы здоровыми растем».

Наше исследование включает констатирующий, формирующий и контрольный этапы.

На первом этапе мы выявляли уровни сформированности здорового образа жизни у детей старшего дошкольного возраста. Работа со старшими дошкольниками была осуществлена после разработки нами диагностического инструментария по определению уровня формирования основ здоровьесберегающей компетентности старшего дошкольного возраста. Выявленные критерии, показатели и содержательная характеристика уровней сформированности основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста включают следующие методики:

1. Анкета "Что такое здоровье?" (Г.А. Хакимова, приложение 1).
2. Адаптированный тест "Домики" (О.А. Орехова – адаптирован Г.А. Хакимовой, приложение 2).
3. Диагностика выявления особенностей отношения детей к практическим действиям, направленным на сохранение и укрепление здоровья (Г.А. Хакимова, приложение)
4. Адаптированный рисуночный тест "Что такое здоровье?" (О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов - адаптирован Г.А. Хакимовой, приложение 4).
5. Адаптированный тест "Ценностные ориентации" (М. Рокич – адаптирован Г.А. Хакимовой, приложение 5). [37; 125;158]

В эксперименте принимали участие 87 детей старшего дошкольного возраста, посещающих ДО, из которых были сформированы

экспериментальная группа (ЭГ) из 44 детей и контрольная группа (КГ) – 43 дошкольников. а также 87 родителей и 23 педагога.

Первый этап – констатирующий эксперимент. Организация эксперимента осуществлялась в трех направлениях: среди детей старшего дошкольного возраста, родителей детей и педагогов ДО.

Работа велась параллельно в ЭГ и КГ группах. При этом в ЭГ проверялась эффективность разработанной нами программы формирования, а в КГ работа проходила по стандартной программе воспитания и обучения в ДО. Результаты исследования компонентов формирования представлены ниже в таблице 6.

Данные об уровнях сформированности основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста были получены в результате диагностического обследования 84 воспитанников детских образовательных учреждений: Государственных детских садов №17 «Арман» и №55 «Жадыра», г. Атырау.

Тщательный разносторонний анализу к позволил нам наметить оптимальные пути организации формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

– игра-беседа «Что такое здоровье?» (Приложение 3),

– рисуночный тест «Здоровье и болезнь» О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова для определения уровня сформированности представлений и эмоционального отношения к проблемам здоровья и болезни у дошкольников

[37];

– выявление нарушений осанки и занятия ЛФК для оценки двигательного компонента формирования основ здоровьесберегающей компетентности.

С каждым ребенком проводилась индивидуально игра-беседа и она была проведена для выявления когнитивного компонента об отношении к здоровью и болезни, была направлена на выяснение элементарных

представлений детей о здоровье и болезни, пользе выполнения физических упражнений, понимания взаимосвязи между состоянием здоровья и образом жизни (Приложение 3). «Игра-беседа об отношении к здоровью» (с опорой на материалы Е. Н. Васильевой, Л.Г. Касьяновой), перечень вопросов представлен в приложении 3. При ответе на заданные вопросы дети затруднялись отвечать и выражать свои мысли и носили эти ответы однообразный характер. Иногда дети возмущались, если вопросы повторялись, но мы не усложняя обстановку, ребенку предлагали отвечать так, как он считал правильным.

Как известно, показателем когнитивного компонента являются представления о здоровье и факторах, оказывающих влияние на него, знания о ценности здоровья, необходимости его сохранения, тогда как его критерием является объем представлений о здоровье и факторах, влияющих на его формирование, полнота знаний о необходимости сохранения здоровья.

Наши наблюдения показали, что у многих у детей старшего дошкольного возраста вообще отсутствовал ответ (низкий уровень), где присутствовала системность и обобщенность. Ярко выраженных различий когнитивного компонента у детей ЭГ и КГ не было выявлено, в обеих группах преобладали средний и низкий уровни представлений. Результаты проведенной игры-беседы представлены в таблице 3.5.

Таблица 3.5. – Когнитивный компонент представлений о здоровье у детей старшего дошкольного возраста в ЭГ и КГ (констатирующий эксперимент)

№	Уровни	Экспериментальная группа (44 детей)		Контрольная группа (43 детей)	
		КОЛ-ВО	В %	КОЛ-ВО	В %
11.	Высокий	5	11,4	5	11,6
22.	Средний	20	45,5	18	41,9
33.	Низкий	19	43,1	20	46,5

Анализ когнитивного компонента у детей старшего дошкольного возраста показывает отрывочные, бессистемные знания у детей старшего дошкольного о здоровье и болезни, пользе гимнастики и спорта, в ответах наблюдаются поверхностные знания, большинство детей не желают отвечать на вопросы. Это подтолкнуло нас на мысль, что для понимания пользы выполнения физических упражнений дошкольнику нужно показать пример старших и необходимость организации специального занятия.

Высокий уровень когнитивного компонента отмечается у 11,4% дошкольников ЭГ и 11,6% КГ. Знания этих дошкольников систематизированные и они умеют их обобщать, осознают свои ответы типа «чтобы не болеть», «чтобы ходить в садик», «гулять с друзьями», «есть мороженое». Они стремятся к его сохранению, осознают зачем нужно следить за здоровьем и отмечают ценность здоровья.

В отличие от детей с высоким уровнем когнитивного компонента у детей, имеющих средний уровень когнитивного компонента представления в области здоровья (у 45,5% ЭГ и 41,9% КГ) существенно отличались, ответы на вопросы этих детей были поверхностные и без аргументации, представления о здоровье и у них сформированы недостаточно. Они рассматривали здоровье только как отсутствие болезней. При ответе на вопрос, дошкольники отмечали, что «мое здоровье – это то, когда я не болею» или затруднялись в ответе, часто выделяют физический аспект здоровья. Дети считали, что здоровым можно быть, если принимать витамины, не есть зимой мороженое, делать зарядку, не иметь вредных для здоровья привычек, не употреблять невымытые овощи и фрукты, газированные напитки. Но следует отметить, что более половины детей не смогли мотивировать свои действия при выборе ответов и суждений.

Низкий уровень когнитивного компонента, наблюдался у большинства дошкольников (43,1% в ЭГ и 46,5% в КГ). Они вообще затруднялись в ответе, у них представления о здоровье и его значимости были низкие,

поверхностные и неадекватные, у них не сформировано представление о здоровьесбережении, осознание необходимости соблюдения режима дня у данных детей вообще отсутствовало. Они считают, что здоровыми считаются те, кто не болеет, а для сохранения здоровья нужно хорошее поведение, не делать неправильных дел, хорошо себя вести и слушаться родителей, характеризовали здоровье как отсутствие болезненных ощущений и заболеваний, а рисуя здоровому человеку качества перечислить они не смогли.

В первую очередь мы провели игру-беседу об отношении к здоровью и болезни, которая проводилась индивидуально с каждым ребенком и в конце оценивались ответы:

1) Оценка дошкольниками собственного здоровья.

1. Почему ты считаешь себя здоровым человеком?
2. Сейчас себя хорошо чувствуешь?
3. А как ты узнаешь, что здоровый?
4. Как ты узнаешь, что заболел?

2) Когнитивный компонент:

1. Как можно узнать здорового человека?
2. Как можно узнать больного человека?
3. По-твоему, что такое здоровье?
4. А что такое болезнь?
5. Что такое вести здоровый образ жизни?
6. Нужно ли следить за своим здоровьем и зачем?
7. Что ты делаешь, чтобы вести здоровый образ жизни?

3) Поведенческий компонент (выявляет активную или пассивную позицию в отношении поддержания здоровья):

1. Что нужно делать, чтобы стать здоровым?
2. Как ты думаешь, что влияет на здоровье человека?
3. Что нужно делать, чтобы быть здоровым?

4. Твои родители делают зарядку с тобой по утрам?

5. Для лечения болезни что нужно делать?

6. Что делают родители, когда ты болеешь?

4) Мотивационный компонент (выявляет уровень представлений о здоровье):

1. Для чего тебе нужно быть здоровым?

2. Почему человек болеет?

Игры-беседы, которые мы проводили в ходе экспериментальной (Приложение 3) показали, что у преобладающего большинства опрошенных дошкольников ЭГ и КГ отмечался общий средний и низкий уровень когнитивного компонента.

После проведения игры-беседы с дошкольниками мы пришли к следующим выводам:

– в дошкольном возрасте представление о здоровье только формируется и оно представляется им как об отсутствии болезни и по мнению детей быть здоровым – это значит не болеть, дошкольники еще не могли объяснить, что значит чувствовать и быть здоровым,

– несмотря на то, что к 6 годам возрастает опыт дошкольника и его отношение к здоровью меняется, дети продолжают соотносить здоровье с болезнью, понимают угрозы здоровью от своих собственных действий, т.е. считают, что нельзя есть грязными руками, невымытые фрукты и от внешней среды. Но, несмотря на это в целом отношение к здоровью у дошкольников оставалось достаточно пассивным, что говорит о несформированности основ знаний детей о здоровье, о пользе выполнения физических упражнений. Это свидетельствует о недостаточной работе дошкольной организации и семьи над формированием знаний о здоровьесбережении.

Индивидуальными и психологическими характеристиками дошкольника, а также особенностями его эмоционального реагирования на различные жизненные ситуации определяется эмоциональный компонент и

связан он с различными видами эмоционального реагирования на показатели здоровья.

При выполнении действий, которые направлены на сохранение здоровья, показателями эмоционального компонента что здоровье является ценностью является эмоциональная окрашенность, которая в соответствие со знаниями позволяет оценить деятельность ребенка и направлена на укрепление и сохранение здоровья, стремление и умение давать оценку поведению, направленному на сохранение здоровья.

При определении эмоционально-оценочного компонента с целью формирования основ здоровьесбережения, мы использовали методику рисуночного теста О.С. Васильевой, О.Р. Филатова «Здоровье и болезнь». Рисуночный тест «Здоровье и болезнь» проводился с группами детей по 3-5 человек [37]. Основная цель направлена на определение характера эмоционального отношения к здоровью, проблемам здоровья и болезни; дифференцированности представлений о здоровье и болезни. Дошкольникам было предложено нарисовать на одном листе, разделив его на две части. здоровье и болезнь. Детям очень понравилось выполнение данного задания, они активно принимали участие в эксперименте, с энтузиазмом выполняли задания. Однако и здесь возникли трудности в понимании инструкции рисуночного теста «Здоровье и болезнь», часть детей поняли абстрактную инструкцию и представили себя в роли больного или здорового человека.

При анализе структуры рисунка мы учитывали изображенные на рисунке объекты, неживые предметы, детей, животных и их расположение по отношению друг к другу). Рисунок дошкольника отражал воспринимаемые реальные события, желаемые им или то, чего ребенок боится, избегает.

Мы оценивали Изображения «Здоровья» и «Болезни» отдельно, и полученные результаты отобразили в таблице 7.

Рисуночный тест подтвердил результаты игры-беседы. Изображения, как здоровья, так и болезни оказались статичны.

Сущность методики исследования уровня представлений о здоровье и эмоционального отношения к проблемам здоровья детей старшего дошкольного возраста.

Цель: определить уровень сформированности представлений о здоровье и характер эмоционального отношения к проблемам здоровья детей старшего дошкольного возраста.

Форма организации: индивидуальное тестирование (модификация теста О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова «Здоровье или болезнь?»; адаптация Г.А. Хакимовой).

Материалы: лист бумаги; 7 цветных карандашей: синий, зеленый, оранжевый, желтый, фиолетовый, коричневый, черный.

Ход работы:

Инструкция: «На листе бумаги нарисуй «здоровье», как ты его себе представляешь». Используя таблицу 3.6, определите уровень сформированности представлений о здоровье и характер эмоционального отношения к проблемам здоровья.

Таблица 3.6. – Уровень сформированности представлений о здоровье и болезни, характера эмоционального отношения к проблемам здоровья по методике О.С. Васильевой, Ф.Р. Филатовой «Здоровье и болезнь» у ЭГ и КГ (констатирующий эксперимент).

Суть данной методики такова:

№	Показатели рисуночного теста	Уровни		
		Высокий	Средний	Низкий
1.	Степень детализации изображения	Содержание рисунка тщательно продумано, рисунок имеет четко прорисованные детали	В рисунке упущены некоторые возможные детали, рисунок имеет «неоконченный вид»	Содержание рисунка не соответствует предложенной теме, в нем нет предпочтения определенным

				ЦВЕТОВЫМ гаммам
2.	Сюжетность и динамика	Рисунок имеет развернутое изображение какого-либо действия	Рисунок имеет статичное изображение	
3.	Богатство цветовой гаммы	В рисунке предпочтение отдается основным цветам (согласно «Тесту цветового выбора» М.Люшера)	В рисунке используются, в том числе, дополнительные цвета (согласно «Тесту цветового выбора» М. Люшера)	
4.	Оригинальность (специфичность) изображения, использование особой символики	В рисунке используется особая символика, рисунок отличается оригинальностью (специфичностью) изображения)	В рисунке отсутствует какая-либо символика	

Рисуночный тест подтвердил результаты игры-беседы. Изображения, как здоровья, так и болезни были статичными.

Таблица 3.7. – Уровень сформированности представлений о здоровье и болезни, характера эмоционального отношения к проблемам здоровья по методике О.С. Васильевой, Ф.Р. Филатовой «Здоровье и болезнь» у ЭГ и КГ (констатирующий эксперимент)

Группа детей	Распределение результатов выполнения диагностического задания							
	Рисунок «Здоровье»				Рисунок «Болезнь»			
	Степень детализации и	Сюжетный характер и	Богатство цветовой гаммы	Оригиналь ность	Степень детализации и	Сюжетный характер и	Богатство цветовой гаммы	Ориги нально сть
Высокий уровень								
ЭГ	-	-	-	-	-	-	-	-

КГ	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний уровень								
ЭГ	26,1%	22,7%	18,3%	32,9%	26,4%	30,2%	16,2%	28,2%
КГ	25,6%	17,9%	20,2%	36,3%	26,4%	28,6%	18,5%	26,5%
Низкий уровень								
ЭГ	75,9%	79,3%	82,7%	65,5%	72,4%	65,5%	82,7%	72,4%
КГ	70,4%	81,5%	77,8%	59,3%	70,4%	66,7%	81,5%	70,4%
ЭГ	Высокий	-			-			
	Средний	26,3%			25,4%			
	Низкий	73,7%			74,6%			
КГ	Высокий	-			-			
	Средний	26,6%			27,4%			
	Низкий	73,4%			72,6%			

В результате проведенного исследования было установлено, что дошкольники обеих групп являлись однородными, в них были дети с различными уровнями эмоционального отношения к проблемам здоровья и болезни (низкий и средний уровень).

Для высокого уровня представлений о здоровье характера эмоционального отношения к проблемам здоровья характерна положительная эмоциональная направленность на выполнение физических упражнений, сохранение здоровья, дети могут самостоятельно дать оценку собственного поведения. Высокого уровня у дошкольников на момент констатирующего эксперимента не было обнаружено. Так, согласно данным таблицы 3.7., анализ изображений «здоровья» средний уровень – у 26,3% в ЭГ и 26,6% в КГ, и низкий – у 73,7% в ЭГ и 73,4% в КГ соответственно.

В результате проведенного исследования было установлено, что дошкольники обеих групп являлись однородными, в них были дети с различными уровнями эмоционального отношения к проблемам здоровья и болезни (низкий и средний уровень).

К сожалению, представление дошкольников о характере здоровья и эмоционального отношения к проблемам здоровья, положительная эмоциональная направленность на выполнение физических упражнений, сохранение здоровья, когда дети могут самостоятельно дать оценку собственного поведения характерна для высокого уровня, которая на момент

констатирующего эксперимента не было обнаружено. Так, согласно данным таблицы 7, анализ изображений «здоровья» средний уровень – у 12 детей – 28,2% в ЭГ и 13 – 30,0% в КГ, и низкий – 13 – у 71,8% в ЭГ и 30 – 70,0% в КГ соответственно.

У дошкольников со средним уровнем присутствовала положительная эмоциональная направленность, но было отмечено равнодушие или нежелание выполнять физические упражнения, зарядку.

Безразличие, отрицательное отношение к выполнению зарядки, физических упражнений, закаливанию, а также отказ от выполнения упражнений характеризует низкий уровень эмоционального отношения.

Рисунку здоровья в нашем исследовании мы уделяем большое внимание, т.к. в процессе реализации программы большое внимание уделяли формированию основ навыков укрепления здоровья, знаниям о здоровом образе жизни, о пользе физических упражнений.

Дошкольников характеризует детализация изображения, уровень дифференцированности и сложности представлений о здоровье, а также степень его общей эмоциональной значимости. Заметим, что большая детализация и прорисованность изображений болезни, чем рисунков, символизирующих здоровье отмечалась у большинства дошкольников. Рисунки с изображением болезни более сюжетны, на них отмечалась обращение за помощью к врачу, приезд скорой помощи, изображение болезни часто занимало значительную часть листа, что свидетельствовало о том, что у дошкольников представления о болезни были лучше сформированы в отличие от представлений о здоровье, так как в рисунке преобладали изображения больницы, врача, измерения температуры, портреты плачущих и грустных людей, не совершающих никаких действий, солнце, зелень, облака, дождь, тучи, такие болезни как ветрянка и краснуха, вирусы и микробы. Раскрывая «Здоровье» большинство дошкольников ЭГ и КГ на рисунках изображали портреты улыбающихся людей, символические

объекты, игры с игрушками, шариками, хорошее настроение, веселье и улыбающихся людей. «Здоровье» дошкольники отождествляли с лечением, приемом витаминов и лекарств, походом к врачу, в поликлинику. Низкий уровень детализации изображения здоровья отмечается у 75,3% дошкольников ЭГ и 72,7% в КГ, средний уровень (24,7 % в ЭГ и 23,3% в КГ), высокого уровня детализации не отмечено.

Показатель «сюжетность и динамика рисунка» необходим для выявления активной или пассивной позиции по отношению к здоровью. На рисунке оценивалась статичность или динамика изображения различных действий (гимнастика, лечение и др.). У дошкольников отмечалось преобладание низкого уровня (72,6% и 70,1%). У детей активное поведение не ассоциировалось с укреплением здоровья при помощи активного образа жизни, они скорее всего ассоциировали с преодолением болезни.

Характер эмоционального отношения к проблемам здоровья позволил установить показатель «богатство цветовой гаммы, предпочтение определенных цветов». В рисунках большинства детей (81,2% из ЭГ и 78,3% из КГ) преобладали дополнительные цвета, которые символизировали негативные эмоции. В рисунках дошкольников отмечалась бедная цветовая гамма рисунков, в них часто преобладали темные цвета, характеризовала эмоциональное отношение к проблемам здоровья.

На восприятие старшего дошкольника в представлении о здоровье и благодаря показателю «оригинальность (специфичность) изображения, использование особой символики», мы выявили влияние социальных представлений о здоровье. Дети рисовали такие символы «здоровья» как «красный крест», «красивая улыбка», «спортсмен», «витамины» и т.д.). Но и здесь у дошкольников отмечалось преобладание низкого уровня (65,8% и 63,7%).

У дошкольников встречались качественно отличающиеся представления о здоровье и болезни, каждому из которых соответствовало

определенное эмоциональное отношение и определенный поведенческий стереотип.

Полученные результаты показали о том, что у большинства детей обеих групп был выявлен средний и низкий уровень эмоционального отношения к проблемам здоровья у детей ЭГ и КГ.

Важность профессиональной компетентность педагогов и уровень знаний родителей дошкольников оказали положительное отношение ребенка к здоровью и преодолению болезни.

Далее мы определили уровень мотивационно-поведенческого компонента, включающего самостоятельность и инициативность, характеризующего действия, которые должны быть направлены на ведение здорового образа жизни, выполнение физических упражнений, учет особенностей поведения при ухудшении здоровья, особенностей мотивации и поведения на сохранение и укрепление здоровья,.

Сущность мотивационно-поведенческого компонента был представлен укреплением своего здоровье при помощи занятий оздоровительной направленности, наличием стремления и его желания сохранить.

Применение знаний о том, что здоровье является ценностью в различных видах деятельности, реализацией поведения, направленного на сохранение здоровья выступают показателем мотивационно-поведенческого компонента, а умение применять в деятельности знаний о том, что здоровье является ценностью, степень готовности реализации здоровьесформирующего поведения, умение осуществлять данное поведение – критерием, определяющим мотивационно-поведенческий компонент. (Таблица 3.8.).

Положительное отношением к выполнению зарядки, физических упражнений, закаливанию и понимание дошкольником необходимости их выполнения, его инициативность характеризуют высокий уровень мотивационно-поведенческого компонента. Для среднего уровня характерно отсутствие инициативы и представлений о необходимости выполнения

физических упражнений, но проявление некоторой активности. Равнодушное или отрицательное отношение к выполнению зарядки, закаливания характерно для низкого уровня мотивационно-поведенческого компонента. Результаты представлены таблицы по данным игры-беседы об отношении к здоровью и болезни (Приложение 3).

Таблица 3.8. – Мотивационно-поведенческий компонент представлений о здоровье у детей старшего дошкольного возраста в ЭГ и КГ (констатирующий эксперимент)

№	Уровни	Экспериментальная группа (44 детей)		Контрольная группа (43 детей)	
		Кол-во	В %	Кол-во	В %
11.	Высокий	15	34,1	12	28
22.	Средний	17	38,6	17	39,5
33.	Низкий	12	27,3	14	32,5

Эти показатели свидетельствуют о том, что в поведенческом плане дошкольники с высоким уровнем мотивационно-поведенческого компонента хотели и знали, для чего это им нужно гулять, играть с друзьями, а человек болеет из-за вирусов и микробов, заразился, т.е. они желали быть здоровыми, отличались активностью в преодолении болезни и поддержании и укреплении своего здоровья. У (34.1% и 28%), дошкольников, у которых был отмечен высокий уровень мотивационно-поведенческого компонента. Они имели представления о закаливании, здоровом образе жизни и с желанием и инициативой выполняли зарядку,

Средний уровень отношения к практическим действиям имели 38.6% дошкольников ЭГ и 39,5% детей КГ. Ответы дошкольников были следующие: я закаляюсь, делаю зарядку, занимаюсь плаванием, хожу на танцы и т.д.

Низкий уровень мотивационно-поведенческого компонента имели 27,3% ЭГ и 32,5% дошкольников КГ, можно сказать, чтобы стать здоровыми эти дошкольники ничего не хотели делать; не знали, что нужно делать, говорили только про хорошее поведение.

Чтобы выявить особенности отношения к выполнению практических действий, направленных на укрепление и сохранение здоровья у детей старшего дошкольного возраста, нами была проведена игра-беседа и занятие по физической культуре, которые помогли бы выступить позитивным показателем наличия у значительной части детей мотивации, направленной на укрепление собственного здоровья и обусловлено бы положительный результат осуществлялась в дошкольной организации воспитательной работы.

Исследование двигательного компонента. Врачом ЛФК, с анализом жалоб, данных анамнеза на базе дошкольной организации было проведено обследование дошкольников, определялись следующие показатели: асимметричное положение головы, угол наклона таза [180]. Тестирование проводилось в соответствии с правилами.

Высокий уровень двигательного компонента дошкольников характеризуется высокой двигательной активностью. На организм детей большой объем движений создает высокую физическую нагрузку и тогда дошкольники могут самостоятельно, уверенно и точно выполнять инструкции, соблюдать темп, быстро переключаются при выполнении разнообразных упражнений; с большим желанием принимают участие в играх; строго соблюдают правила, отмечается их стремление стать лидером, когда они вместе играют. Высокий уровень двигательного компонента (14,6% и 12,9%) характеризует дошкольников с высокой двигательной активностью, где большой объем движений создает высокую физическую нагрузку на организм детей.

К среднему уровню мы отнесли дошкольников со средней двигательной активностью. Здесь у дошкольников отмечаются положительные эмоции, повышенное настроение, они умеют управлять своим поведением, подчиняются правилам, стремятся в соответствии с правилами организовывать игры, культурно общаться со сверстниками, самостоятельно выполняют сложные двигательные задания, общеразвивающие упражнения основные движения дети выполняют с небольшой помощью правильно и последовательно и; прислушиваются инструкциям, соблюдают общий темп и ритм; легко осваивают новые движения; при проведении подвижных игр соблюдают правила. У таких детей отмечается достаточно хороший уровень физической подготовки. Дошкольников со средней двигательной активностью мы отнесли к среднему уровню (47,5% в ЭГ и 48,3% в КГ), который обеспечивает своевременное и гармоничное физическое развитие ребенка.

Для них характерна неуверенность при выполнении большинства упражнений, низкая двигательная активность, невыносливы, в показателях их развития отмечается значительное отставание от возрастных нормативов, они не могут координировать свои движения с движениями других детей, движения скованны, отстают от общего темпа выполнения упражнений. Им необходим обязательный показ движения, а при выполнении сложных двигательных заданий такие дошкольники могут отказываться от выполнения, инертны, обижаются и плачут. Инструкцию педагога почти не могут выполнять. Анализ полученных результатов показал, что у 37,9% дошкольников ЭГ и 38,8% КГ были обнаружены изменения осанки, следовательно, нами был разработан раздел ЛФК, как части программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста .

При выявлении уровня физической подготовки дошкольников ЭГ и КГ отмечался относительно одинаковый уровень двигательного компонента у детей старшего дошкольного возраста (Таблица 3.9).

По объему выполненных движений, умений и навыков, были определены - высокий, средний, низкий уровни двигательного компонента.

Таблица 3.9. – Двигательный компонент у детей старшего дошкольного возраста в ЭГ и КГ (констатирующий эксперимент)

	Уровни	Экспериментальная группа (44 детей)		Контрольная группа (43 детей)	
		Кол-во	В %	Кол-во	В %
1.	Высокий	10	14,6	6	12,9
2.	Средний	18	47,5	20	48,3
3.	Низкий	16	37,9	17	38,8

Опираясь на имеющиеся в практике дошкольной организации стандартизированный характер имеющегося тестирования дошкольников мы использовали тест, состоящий из шести заданий:

- прыжок в длину с места,
- бег 30 м с высокого старта,
- метание мяча на дальность,
- наклон вперед с измерением его глубины,
- сгибание и разгибание рук в упоре лежа,
- разгибание рук в упоре лежа

При соответствующем выполнении программы у детей дошкольного возраста увеличиваются способности к проявлению таких качеств как быстрота и выносливость. В течение двух дней проходило тестирование для относительно равномерного распределения нагрузки, удобного сочетания и

подбора подготовительных упражнений для водной части занятия. Чтобы дошкольникам была обеспечена более эффективная подготовка к выполнению тестов: упражнения в ходьбе, приседание, беговые упражнения в игровой форме, подвижные игры, мы подбирали упражнения в последовательности и постепенно на контрольном занятии мы готовили дошкольников функционально для выполнения беговых упражнений. В подготовительной части дошкольники выполняли упражнения на развитие опорно-двигательного аппарата, растягивание, пробежки от 5 дошкольной организации 10 м в игровой форме, среднем темпе.

Полученные в ходе эксперимента данные по состоянию осанки у детей старшего дошкольного возраста были положены в обоснование содержания программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста «Мы здоровыми растем!».

Анализ диагностики, который мы провели на констатирующем этапе эксперимента позволил сделать вывод, что между детьми ЭГ и КГ отмечается средний и низкий уровни сформированности компонентов формирования основ здоровьесберегающей компетентности. У детей старшего дошкольного возраста, благодаря увеличению личного опыта, отношение к здоровью меняется значительно. Дети старшего дошкольного возраста по-разному понимают, что такое здоровье, поэтому педагогу при формировании основ здоровьесберегающей компетентности необходимо учитывать все особенности детей, связанные с их возрастном и правильно излагать детям понятие ЗОЖ.

Исследование всех компонентов формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста указало на их недостаточную сформированность в обеих группах.

С целью выявления соблюдения здорового образа жизни (занятия спортом, здоровое питание, способы досуга, отсутствие, вредных привычек, время, проводимое перед экраном телевизора, компьютера выявления уровня

знаний родителей дошкольников по вопросам формирования, создаются ли условия для формирования основ здоровьесберегающей компетентности в семье нами была разработана анкета (на основе опросника М.М. Мусановой) и проведено *анкетирование родителей* (перечень вопросов приведен в *приложении 1*). Всего было опрошено 87 родителей дошкольников ЭГ и КГ. [118].

В содержание анкеты были включены вопросы о частоте заболеваемости, режиме дня и питания, физической активности, наличии спортивного уголка, выполнении детьми гимнастики, отношении к процессу формирования ЗОЖ, контролю состояния осанки со стороны родителей и по определению привычек у дошкольника, которые приводили к нарушению осанки. Анкетирование проводилось в анонимной форме в различных возрастных группах. Анализ заполненных родителями анкет позволил оценить их отношение и уровень в вопросах формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, насколько родители создают условия для формирования ценностей в семье и ведут ли они сами здоровый образ жизни, а также определил направление поиска средств, методов и форм двигательной деятельности. Каждый положительный ответ оценивался в 1 балл, а каждый отрицательный – 0 баллов. Родителей, набравших по результатам анкетирования от 1 дошкольной организации 20 баллов, мы отнесли к 1 группе, 21-35 – 2 группе.

Это родители, у которых полностью сформировано представление о здоровьесбережении, они учитывали все принципы формирования основ здоровьесберегающей компетентности, с удовольствием занимались с детьми физической культурой, стремились формировать у дошкольника основы здоровьесберегающей компетентности систематически, на соответствующем уровне, вместе с ребенком занимались физической культурой, следили за правильным питанием, соблюдали распорядок дня. Данная группа родителей

занимала активную позицию в жизни ДО, их опыт мы применяли при общении с другими родителями

При анализе анкетирования мы убедились в том, что родители детей обеих групп имели поверхностные представления о формировании основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников. На многие вопросы анкет они затруднялись отвечать, они недостаточно уделяли внимание к формированию основ здоровьесбережения своих детей, у них отсутствуют условия для формирования здоровьесбережения, рациональное питание, пребывание на свежем воздухе, создание благоприятной психологической атмосферы почти не соблюдаются (52,3% в ЭГ и 55,8% в КГ). Закаливающие мероприятия со своими детьми проводят лишь 25,1% родителей ЭГ и 23,2% в КГ. Систематически обращали внимание на формирование здоровьесберегающей компетентности ребенка 43,4% ЭГ родителей и 43,7% КГ. Так, например, у 38,3% родителей ЭГ и 37,4% КГ сказали, что в их семьях созданы условия для формирования основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников. 20,7% опрошенных родителей КГ не придают значения физическому развитию своего ребенка и их возрастным особенностям, в ЭГ этот показатель составил 21,8%. Из-за того, что не хватает времени, чтобы заниматься физическим развитием дошкольника 33,6% родителей ЭГ и 30,8% в КГ, знаний и умений – 79,8 % родителей ЭГ и 80,4% из опрошенных КГ считают, что на формирование двигательной активности ребенка оказывают влияние педагоги, сверстники, перекладывая тем самым ответственность на них и только 50, 2% родителей ЭГ и 47,9% КГ ответили, что помогают своим детям сформировать у них привычки к здоровому образу жизни. Дополнительные занятия по общей физической подготовке как гимнастика, плавание, ЛФК, посещают только 39,5% дошкольников ЭГ и 42,6% в КГ. Это родители, которые испытывали недостаток знаний и навыков, у них не было свободного времени в связи с загруженностью работой, у них не было желания заниматься формированием

здорового образа жизни ребенка, режим дня в семье не соблюдался, родители редко выполняли физические упражнения с ребенком

О том, что в домашних условиях ребенок не выполняет утреннюю гимнастику и физические упражнения отметили высокий процент родителей (78,4% ЭГ и 80,1% КГ).

Потребность в достоверной информации о способах укрепления и поддержания здоровья, в консультациях и рекомендациях по формированию здоровьесбережения испытывают 64,6% опрошенных в ЭГ и 62,5% в КГ. Это говорит о том, что острой необходимостью является система тесного сотрудничества родителей и ДО.

Таким образом, можно утверждать, что на констатирующем этапе эксперимента выявлены равные показатели респондентов ЭГ и КГ.

По результатам анкетирования родителей можно сделать вывод, что большинство родителей имеют представление о здоровьесбережении ребенка, но не у всех оно сформировано правильно. Во многих семьях следят за здоровьем детей, но не все учитывают важность совместных занятий физической культурой, выполнением физических упражнений, соблюдения режима дня.

Таблица 3.10. – Распределение родителей ЭГ и КГ по группам (уровень сформированности компетентности по формированию основ здоровьесберегающей компетентности на констатирующем этапе эксперимента)

Уровень сформированности компетентности	ЭГ	КГ
1 группа	67,9%	69,3%
2 группа	32,2%	30,7%

Полученная из анкет информация позволила конкретизировать содержание работы с родителями, определить тематику и направленность

бесед, консультаций и других форм взаимодействия дошкольной организации и семьи дошкольников. Кроме того, анкетирование помогло нам наметить дифференцированный подход к родителям дошкольников.

Анкетирование педагогов. Анализ состояния педагогической работы и отношения сотрудников к названной проблеме мы провели на базе государственного детского сада №55 «Жадыра» и №17 «Арман» г. Атырау. В исследовании приняли участие 18 педагогов дошкольной организации (воспитатели, инструктора ФК, музыкальный руководитель, педагоги, методист, музыкальный руководитель). Вопросы проведенного анкетирования представлены в Приложении 2. Полузакрытые и открытые вопросы мы оценивали отдельно, обработка проводилась вручную.

Анализ проведенного анкетирования педагогов дошкольной организации показал следующее: 44,2% педагогов ЭГ и 40% КГ затруднялись в определении значимости формирования здоровьесберегающей компетентности, описании различных методик закаливания. 37,2% опрошенных ЭГ и 30% в КГ частично владели методикой проведения занятий физической культуры, 26,3% педагогов ЭГ и 29,8% опрошенных КГ, испытывали затруднения в проведении гимнастики после сна, правильном оформлении спортивного уголка в группе, элементы двигательной активности были мало включены воспитателями в сюжетные и подвижные игры, на прогулках не проводилась индивидуальная работа по закреплению основных видов движений. 42,4% педагогов ЭГ и 39,8% КГ частично знали особенности формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, сталкивались с трудностями при взаимодействии с родителями дошкольников, нуждались в проведении просветительской работы и повышении квалификации. Педагоги отмечали, что им необходима специальная подготовка, проведение консультаций, семинарских занятий, тренингов.

Но, несмотря на имеющиеся пробелы, педагоги умеют применять теоретические знания на практике, оценивать уровень готовности дошкольников к усвоению нового материала, обладают развитыми навыками самоорганизации профессиональной деятельности, мотивируют дошкольников на здоровый образ жизни, осуществляют оптимальный отбор методов, средств, форм обучения и воспитания детей при формировании основ здоровьесберегающей компетентности, стремятся к повышению квалификации, их деятельность связана с выделением новых технологий обучения и воспитания, постоянным поиском.

И.Ф. Исаев выделяет четыре уровня сформированности профессионально-педагогической культуры: адаптивный, репродуктивный, эвристический, креативный.[83]

Для адаптивного уровня характерно неустойчивое отношение педагога к педагогической реальности, задачи и цель педагогической деятельности определены в общем виде, нет сформированной системы знаний и педагогическая деятельность не предусматривает применение творчества. Репродуктивный уровень характеризуется ограниченной творческой активностью педагога, но с элементами поиска решений в стандартных ситуациях, педагогом понимается необходимость повышения квалификации, он успешно решает задачи и планируются профессиональные действия.

Педагогов, избирательно относящихся к повышению квалификации, их деятельность связана с выделением новых технологий обучения и воспитания, постоянным поиском, отмечается умение решать оценочно-информационные и коррекционно-регулирующие задачи, относят к эвристическому уровню. Креативный уровень характеризуется технологической готовностью педагога быть на высоком уровне, высокой степенью результативности педагогической деятельности, обладание импровизацией и интуицией, систематически повышают квалификацию, делятся опытом, отмечается стремление к самосовершенствованию.

В соответствии с данной классификацией и опорой на имеющуюся литературу по здоровьесбережению, мы разделили педагогов, принимавших участие в эксперименте на три группы: репродуктивный, эвристический и креативный [126]. Все педагоги дошкольной организации работают в соответствии с требованиями ГОСстандарта и проявляют активность в плане профессионально-педагогического самосовершенствования, повышения квалификации (Таблица 3.11).

Таблица 3.11. – Распределение педагогов ЭГ и КГ по уровням сформированности компетентности по формированию основ здоровьесберегающей компетентности на констатирующем этапе эксперимента

Уровень сформированности	Экспериментальная группа	Контрольная группа (в %)
Репродуктивный	37,2	36,3
Эвристический	36,5	35,9
Креативный	26,3	27,8

Анализ проведенного анкетирования педагогов дошкольной организации показал следующее: 37,2% педагогов ЭГ и 36,3% КГ затруднялись в определении значимости формирования здорового образа жизни, описании различных методик закаливания. 36,5 % опрошенных ЭГ и 35,9% в КГ частично владели методикой проведения занятий физической культуры, 26,3% педагогов ЭГ и 27,8% опрошенных КГ, испытывали затруднения к сотрудничеству с родителями дошкольников.

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.

Для оценки уровня ведения воспитателем дошкольной организации здорового образа жизни нами была использована «Анкета самооценки образа жизни педагога» (приложение 3).

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.

Для повышения когнитивного, эмоционального, мотивационно-поведенческого, двигательного уровня у детей старшего дошкольного возраста, было необходимо применение специальных педагогических условий: создание в образовательной организации здоровьесберегающей среды, направленной на укрепление и охрану здоровья детей; организация взаимодействия дошкольной организации и семьи по вопросам формирования основ формирования здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста; разработка и внедрение в педагогический процесс программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности; а также реализация современных эффективных здоровьесберегающих технологий, способствующих эффективному формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

В продолжение проведенного констатирующего эксперимента дальнейшее эмпирическое исследование осуществлялось в трех уже отмеченных выше направлениях: работа с дошкольниками, их родителями и педагогами ДО.

3.3. Результаты экспериментальной работы по формированию основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста

Второй этап экспериментальной работы - *формирующий эксперимент* (октябрь 2019 – апрель 2020-гг.) был нацелен на реализацию разработанных нами педагогических условий. Данный этап эксперимента проходил на базе Государственных детских садах №17 «Арман» и №55 «Жадыра», г. Атырау.

Вся работа с дошкольниками (44 человек) была направлена на повышение уровня их когнитивного, эмоционального, мотивационно-поведенческого и двигательного компонентов формирования основ здоровьесберегающей компетентности и были проведены игры-беседы. Тематика игр-бесед о здоровьесбережении, физической культуре и здоровье была разной: ознакомление у детей старшего дошкольного возраста с основами таких понятий как: «физическая культура», «здоровье», «болезнь»; формирование представлений о двигательных качествах человека, о значении физических упражнений для здоровья, формирование знаний о здоровьесбережении.

«Что такое здоровье?», «Продукты, полезные для здоровья», «Что я знаю о здоровье?», «Чтобы глаза были здоровы». «Здоровая еда», «Здоровье в порядке, спасибо зарядке!», «Чистота – залог здоровья», «Мой организм», «Зимняя прогулка», «Азбука здоровья», «Полезные и вредные привычки», «Компьютер, сотовый телефон и здоровье», «Игра «Больница», «Прогулка для здоровья», «Правильная осанка», «На зарядку становись!», «Питание и здоровье», «Мы всегда моем руки», «Солнце, воздух и вода – наши лучшие друзья».

С дошкольниками проводились открытые занятия, занятия ЛФК, занятия с участием сказочных персонажей как Незнайка, Буратино, доктор Айболит.

Эмоциональный компонент. Учитывая особенности эмоционального состояния дошкольников, на занятиях мы создавали благоприятный эмоциональный фон. Чтобы заинтересовать ребенка, мы учитывали ведущую деятельность ребенка – игру и использовали сказку, сказочных персонажей, учитывали индивидуально-психологические характеристики детей старшего дошкольного возраста, формировали вербальные и невербальные средства у детей. На занятии комплексно применяли мимику, жесты, взгляд, учили детей эмоционально реагировать на поступки сказочных персонажей. А затем их сравнивать и давать оценку. На занятиях мы применяли не только подвижные игры для предупреждения утомления и создания эмоциональной окраски занятий, но и физкультминутки, которые представляли собой кратковременные физические упражнения для восстановления умственной работоспособности, профилактики утомления, создавали положительные эмоции и повышали интерес к занятиям. У дошкольников особый интерес и эмоциональность вызывали физкультминутки с музыкальным сопровождением, импровизированными движениями.

Занятия физкультурой формирует у дошкольников интерес к движениям, желание заниматься физическими упражнениями и таким образом они реализовывали двигательный потенциал.

За счет формирования положительного отношения и интереса к физической культуре, здоровому образу жизни, стимулирования потребности в выполнении физических упражнений, соблюдения режима дня, расширения знаний о полезных и вредных привычках мы осуществляли также при помощи сказок и персонажей, физкультминуток на занятии мы смогли увеличить уровень *мотивационно-поведенческого компонента*, а именно у детей формировались такие качества: выносливость, волевые качества дошкольника, развивалась работоспособность, совершенствовалось физическое состояние. Для поддержания интереса дошкольника с учетом индивидуальных особенностей при выполнении утренней гимнастики нами

применялись стихи, подвижные игры совместно со взрослыми. Следует обратить особое внимание на важность примера взрослых как метода воспитания и отношение его к физической культуре.

Путем постепенного усложнения выполняемого комплекса, изменения последовательности выполнения упражнений мы повышали уровень двигательного компонента. С учетом потребности ребенка в ежедневной самостоятельной двигательной активности и принципа: «Не навреди!» занятия с детьми старшего дошкольного возраста проводились 2 раза в неделю. Правильное выполнение упражнений оказывало влияние на развитие костной и мышечной систем дошкольника. Постепенно дети овладевали новыми двигательными навыками, которые и позволяли ребенку выполнять более сложные двигательные действия. На занятиях ЛФК мы применяли физкультминутки и подвижные игры.

В нескольких направлениях как просветительская работа, приглашение на открытые занятия, формирование положительного отношения к формированию основ здоровьесберегающей компетентности) нами проводилась работа с родителями (44 человек) по вопросам формирования здоровьесбережения и укрепления здоровья детей. Проанализировав потребности родителей дошкольников в вопросах формирования основ здоровьесберегающей компетентности я, мы привлекали их к совместной физкультурно-оздоровительной деятельности, повышали их компетентность в воспитании здоровой и физически развитой личности, а также углубили их знания о роли влияния положительного примера взрослых на детей.

Темы бесед с родителями дошкольников проводились каждый месяц по заранее запланированным и утвержденным методистом ДО. Тематика включала следующие проблемные вопросы: «Роль семьи и дошкольной организации в формировании здоровья детей», «Двигательная активность дошкольников в дошкольной организации и дома», «Организация формирования здорового образа жизни ребенка в детском саду и дома»,

«Профилактика нарушений осанки и плоскостопия», «Создание эффективной предметно-развивающей среды в домашних условиях», «Формирование представлений дошкольников о здоровье», «Каким бывает отдых?», «Зимние игры», «Играем вместе с ребенком». «Общеразвивающие упражнения дома», «Закаливание часто болеющих детей», «Профилактика ОРВИ», «Роль подвижных игр в жизни дошкольника», «Развитие двигательных навыков».

Для родителей у детей старшего дошкольного возраста были созданы наглядные уголки, они посещали тематические родительские собрания, открытые занятия по физкультуре, получали консультации у специалистов по интересующим их проблемным вопросам, а также родители активно участвовали в физкультурно-оздоровительной деятельности, подвижных играх. Формирование у детей представлений о здоровье, воспитание ценностного отношения к нему мы осуществляли только при поддержке и согласии родителей.

Работа с педагогами (18 человек). Реализация специальных мероприятий: консультации, открытые занятия, изучение литературы, педсоветы, семинары предполагалась для повышения компетентности педагогов о здоровье, повышения педагогического мастерства, апробации методов и приемов формирования представлений о здоровье и формировании основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста. В методическом кабинете дошкольной организации были подобраны литературы и материалы по санитарно-гигиеническому, социальному, педагогическому аспекту здоровья.

Для гармоничного развития дошкольников сотрудничество педагогов и родителей очень важно и необходимо, которые способствуют внедрению новых форм и методов работы с семьей; установлению единых требований к процессу формирования в семье и ДО.

Беседы с педагогами дошкольной организации проводились ежемесячно на следующие темы: «Сотрудничество педагогов и родителей

для повышения эффективности формирования основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников», «Особенности формирования представлений о здоровье и пользе физических упражнений у дошкольников», «Задачи формирования основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников и особенности их физического развития», «Особенности организации формирования ЗОЖ дошкольника в дошкольной организации и дома», «Профилактика нарушений осанки и плоскостопия», «Роль подвижных игр в физическом воспитании дошкольника», «Дидактические игры в формировании элементарных представлений детей о здоровье», «Современные подходы работы с родителями по оздоровлению дошкольников с использованием подвижных игр», «Организация подвижных игр на прогулке».

На третьем заключительном этапе (май 2021 г.) – нами были систематизированы обработаны, и проанализированы результаты исследования. На данном этапе нашего исследования мы проследили положительную динамику уровней сформированности эмоционального, поведенческого и когнитивного компонентов, оценили эффективность проведенной нами программы (дошкольники соотносят занятия физкультурой с укреплением здоровья).

Позитивные изменения всех компонентов формирования основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников ЭГ мы проследили после проведения повторного анкетирования и диагностики, рисуночных проб по тем же методикам, что и на этапе констатирующего эксперимента и позволило констатировать, что по разным параметрам у дошкольников ЭГ заметно увеличилась доля высоких показателей: у большинства детей диагностирован высокий уровень когнитивного компонента.

Для оценки валидности результатов тестирования мы использовали критерий f^* – углового преобразования Фишера [58]. Критерий f^* – углового преобразования Фишера предназначен для сопоставления двух

выборок по частоте встречаемости интересующего нас эффекта, дает оценку достоверности различий процентных долей двух выборок. Значение критерия возрастает при увеличении расхождения между f_1 и f_2 и увеличения численности выборок (чем больше величина f^* , тем более вероятно, что различия верны).

Согласно гипотезам критерия Фишера: H_0 : доля лиц, у которых проявляется исследуемый эффект, в выборке 1 не больше, чем в выборке 2; H_1 : доля лиц, у которых проявляется исследуемый эффект, в выборке 1 больше, чем в выборке 2.

В ходе повторно проведенной экспериментальной игры-беседы, заметно расширился объем знаний в области формирования основ здоровьесберегающей компетентности, здоровья и болезни. Рост общего уровня когнитивного компонента в ЭГ вырос почти вдвое, включая, уже частично систематизированные знания. Представления дошкольников о здоровье, болезни, здоровом образе жизни заметно углубились.

Таблица 3.12. – Когнитивный компонент представлений о здоровье у детей старшего дошкольного возраста в ЭГ и КГ (формирующий эксперимент)

№	Уровни	Экспериментальная группа (44 детей)		Контрольная группа (43 детей)	
		Кол-во	в %	Кол-во	в %
11.	Высокий	9	20,5	5	11,6
22.	Средний	22	50	18	41,9
33.	Низкий	13	29,5	20	46,5

У всех участников отмечается положительная динамика после проведения повторной игры-беседы, а также был зафиксирован ряд изменений в уровне роста информированности в ЭГ и КГ и они существенно отличаются. Если в ЭГ данный показатель повысился в два раза, включая, уже частично систематизированные знания, то в КГ информированность детей увеличилась в целом всего лишь на несколько процентов.

Эмоциональный компонент. Характер эмоционального отношения к проблемам здоровья у ЭГ и КГ на контрольном этапе представлены в таблице 13.

Так, согласно данным таблицы 3.13, анализ изображений «здоровья»: высокий уровень у 19,8% дошкольников в ЭГ и 12,0% в КГ, тогда как средний уровень – у 44,9% в ЭГ и 29,6% в КГ, низкий уровень – у 35,3% в ЭГ, в КГ – 58,4%.

Таблица 3.13. – Характер эмоционального отношения к проблемам здоровья у ЭГ и КГ (формирующий эксперимент)

Распределение результатов выполнения диагностического задания детьми по уровням успешности. %								
Группа детей	Рисунок «Здоровье»				Рисунок «Болезнь»			
	Степень детализации	Сюжетный характер динамики	Богатство цветовой гаммы	Оригинальность	Степень детализации	Сюжетный характер динамики	Богатство цветовой гаммы	Оригинальность
Высокий уровень								
ЭГ	17,3%	24,1%	10,3%	27,6%	13,8%	20,7%	13,8%	24,1
КГ	7,4%	11,2%	7,4%	22,2%	7,4%	14,8%	11,2	11,2
Средний уровень								
ЭГ	48,3%	41,4%	51,8	37,9%	44,8%	44,8%	51,7%	65,6
КГ	37,0%	25,9%	33,3%	22,2%	44,5%	40,7%	37,0%	40,7
Низкий уровень								
ЭГ	34,5%	34,5%	37,9%	34,5%	41,4%	34,5%	34,5%	10,3
КГ	55,6%	62,9%	59,3%	55,6%	48,1%	44,5%	51,8%	48,2
ЭГ	Высокий	19,8%			18,1%			
	Средний	44,9%			51,7%			
	Низкий	35,3%			30,2%			
КГ	Высокий	12,0%			10,2%			
	Средний	29,6%			38,87%			
	Низкий	58,4%			50,0%			

Мотивационно-поведенческий компонент у ЭГ и КГ на контрольном этапе представлены в таблице 3.14.

Таблица 3.14. – Мотивационно-поведенческий компонент представлений о здоровье у детей старшего дошкольного возраста в ЭГ и КГ (формирующий эксперимент)

№	Уровни	Экспериментальная группа (44 детей)		Контрольная группа (43 детей)	
		Кол-во	В %	Кол-во	В %
11.	Высокий	21	47,7	12	28
2.2	Средний	15	34	17	39,5
33.	Низкий	8	18,3	14	32,5

Двигательный компонент у ЭГ и КГ на контрольном этапе представлены в таблице 3.15.

Таблица 3.15. – Двигательный у детей старшего дошкольного возраста в ЭГ и КГ (формирующий эксперимент)

№	Уровни	Экспериментальная группа (44 детей)		Контрольная группа (43 детей)	
		Кол-во	В %	Кол-во	В %
1.	Высокий	21	47,7	6	13,9
2.	Средний	15	34	20	46,5
3.	Низкий	8	18,3	17	39,6

Рассмотрим динамику когнитивного, эмоционального и поведенческого, двигательного компонентов (Рисунок 3)..

В рамках проведенного нами эксперимента также было установлено, что уровень эффективности разработанной программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности может существенно изменяться в зависимости от выполнения совокупности таких педагогических условий:

создание в образовательной организации здоровьесберегающей среды, направленной на укрепление и охрану здоровья детей; организация взаимодействия дошкольной организации и семьи по вопросам формирования основ формирования здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста; разработка и внедрение в педагогический процесс программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности; а также реализация современных эффективных здоровьесберегающих технологий, способствующих эффективному формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

На основании анализа полученных результатов, был сделан вывод об эффективности предложенной нами программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Разработанная нами программа повлияла на все компоненты отражения здоровья у детей старшего дошкольного возраста. Была проведена сравнительная оценка уровней сформированности представлений о здоровье у детей дошкольного возраста на констатирующем и контрольном этапе, которая показала положительную динамику (Таблица 3.16).

Таблица 3.16. – Исследование когнитивного, двигательного, эмоционального и поведенческого компонентов в КГ и ЭГ у детей старшего дошкольного возраста (данные контрольного этапа)

Компоненты формирования		Констатирующий		Контрольн	
		ЭГ	КГ	ЭГ	
Когнитивный	Высокий	10,3%	11,2%	34,4	
	Средний	41,4%	44,4%	51,8	
	Низкий	48,3%	44,4%	13,8	
Эмоциональный	Высокий	-	-	19,8	
	Средний	24,2%	27,7%	44,9	
	Низкий	72,8%	72,3%	35,3	
Мотивационно поведенческий	Высокий	17,2%	22,2%	48,3	
	Средний	51,8%	48,2%	44,8	
	Низкий	31,0%	29,6%	6,9%	

Двигательный	Высокий	13,8%	14,8%	31,0	
	Средний	48,3%	51,9%	62,1	
	Низкий	37,9%	33,3%	6,9%	

В таблице представлены сравнительные данные результатов констатирующего и формирующего экспериментов.

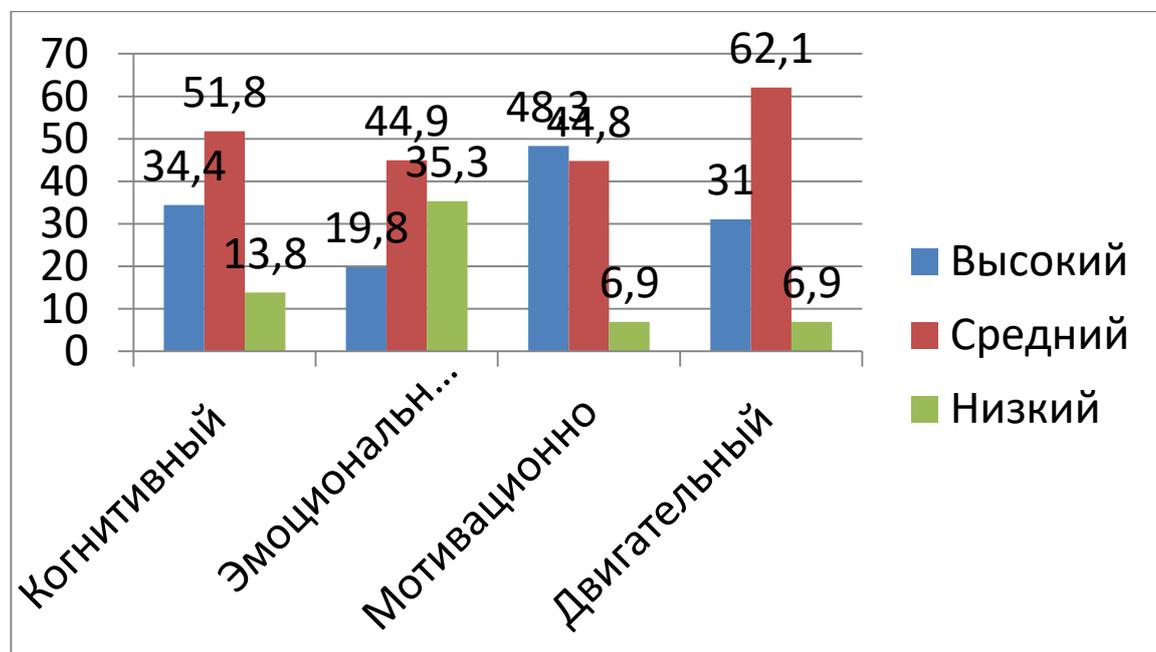


Рисунок 3. Динамика когнитивного, двигательного, эмоционального и мотивационно-поведенческого компонентов в ЭГ и КГ.

Так, когнитивный компонент обогатился за счет изменения представлений дошкольников о здоровье, здоровом образе жизни и болезни. Дошкольники стали четко понимать, что «быть здоровым – хорошо, а болеть – плохо»; выделяли деятельность, которая способствует укреплению здоровья; отдавали предпочтение в способах укрепления и поддержания собственного здоровья физической деятельности.

На контрольном этапе эксперимента у дошкольников ЭГ наблюдаются положительные изменения всех компонентов формирования основ здоровьесберегающей компетентности после проведения формирующего эксперимента.

В КГ изменения практически не наблюдаются. В ЭГ у детей старшего дошкольного возраста большинство характеризовали здоровье как отсутствие болезненных ощущений и заболеваний, наименьшее количество у детей старшего дошкольного возраста думали, что для сохранения здоровья нужно хорошее поведение, необходимо что-либо предпринимать. Отметим и тот факт, что в ЭГ наблюдается положительная динамика: детей, затрудняющихся в ответе, стало меньше. Существенно увеличилось количество дошкольников ЭГ с высоким уровнем когнитивного компонента (с 10,3% дошкольной организации 34,4%), средним уровнем когнитивного компонента (41,4% дошкольной организации 51,8%) за счет увеличения детей с высоким уровнем. В ЭГ стало ниже количество дошкольников с низким уровнем (48,3% на этапе констатирующего эксперимента дошкольной организации 13,8% после проведения формирующего эксперимента). В КГ также произошли изменения, но они незначительны. Знания дошкольников о здоровье поверхностны и неадекватны.

Таким образом, нам удалось расширить представления детей старшего дошкольного возраста о способах укрепления собственного здоровья, расширить их знания о деятельности, способствующей укреплению здоровья.

Исследование уровней по эмоциональному компоненту также выявило положительные изменения у дошкольников ЭГ.

Эмоциональный компонент получил развитие в плане эмоционального отношения дошкольников к проблемам здоровья и болезни.

В процессе экспериментальной работы количество детей дошкольного возраста произошло изменения в характере эмоционального отношения к здоровью. Увеличилось количество дошкольников, имеющих высокий уровень эмоционального компонента (19,8% в ЭГ и 12,0% в КГ). Увеличилось также количество детей из ЭГ, имеющих средний уровень эмоционального компонента – с 24,2% дошкольной организации 44,9%. В КГ

количество детей изменилось незначительно и составило 29,6% (ранее 27,7%).

Количество детей, имеющих низкий уровень эмоционального компонента, в ЭГ снизилось с 72,8% и составило после формирующего эксперимента 35,3%. В КГ количество детей несколько снизилось и составило 58,4% (на этапе констатирующего эксперимента – 72,3%).

Анализируя эмоциональный компонент, мы пришли к выводу, что в процессе эксперимента произошли изменения субъективной оценки дошкольников благодаря проведенным с ними игр-бесед. Рисунки с изображением здоровья стали более выразительными, яркими и содержательными.

Мотивационно-поведенческий компонент также изменился. Возросло количество дошкольников ЭГ, имеющих высокий уровень (с 17,2% дошкольной организации 48,3%). В КГ количество детей, имеющих высокий уровень, возросло незначительно (22,2% и 37,0%). Изменилось также количество детей из ЭГ и КГ, имеющих средний уровень по мотивационно-поведенческому компоненту (51,8% и 44,8% в ЭГ; в КГ – с 48,2% дошкольной организации 40,8%). И, наконец, количество детей, имеющих низкий уровень по мотивационно-поведенческому компоненту в ЭГ 6,9% (ранее 31,0%), в КГ этот показатель также снизился – 22,2% (на этапе констатирующего эксперимента – 29,6%).

Анализируя мотивационно-поведенческий компонент, мы пришли к выводу, что стереотипы поведения, которые направлены на поддержание здоровья, нашли отражение в показателях двигательной активности дошкольников, их самостоятельная двигательная деятельность стала более разнообразной по содержанию и объему.

Показатели двигательного компонента также изменились. Основным показателем эффективности педагогического воздействия является изменение состояния осанки, которое определяется по результатам

диагностики. В значительной степени видна положительная динамика у дошкольников ЭГ, что подтверждает позитивное влияние разработанной нами программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности, включающие занятия ЛФК. На констатирующем этапе было отмечено 37,9% дошкольников с низким уровнем, а после проведенной программы – только 6,9%, в то время как в КГ динамика незначительна (с 33,3% дошкольной организации 22,2%). Увеличилось также количество дошкольников со средним уровнем двигательного компонента за счет снижения количества детей с низким уровнем: в ЭГ 62,1% (ранее 48,3%), в КГ 55,6% (ранее 51,9%). Высокий уровень двигательного компонента в ЭГ составляет 31,0% (ранее – 13,8%) и 22,2% в КГ (ранее – 14,8%).

Таким образом, анализ показателей физической подготовленности детей свидетельствует о том, что проведенная нами программа положительно повлияла на формирование основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников.

Дошкольники ЭГ начали понимать значения физических упражнений для полноценного развития организма, осознавали полезное влияние на здоровье физических упражнений. Динамика изменений, произошедших в ЭГ представлена на рисунке 2.

Таким образом, успехи дошкольников ЭГ оказались более весомыми в результате применения предложенной нами программы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста «Мы здоровыми растем».

Данные таблицы 15 и диаграмм (Рисунок 2,3) подтвердили, что в ЭГ произошли значительные изменения всех уровней компонентов формирования основ здоровьесберегающей компетентности, тогда как в КГ данные показатели остались практически не изменены.

Полученные данные позволили отметить у дошкольников ЭГ и КГ преобладание среднего, а также низкого уровней компонентов формирования

основ здоровьесберегающей компетентности. Достоверные отличия между КГ и ЭГ выявлены (критерий f^* варьируется в диапазоне от 1.683 до 1.877; $p > 0,05$), полученные эмпирические значения f^* находится в зоне неопределенности. H_0 отвергается.

Обобщая результаты контрольного этапа эксперимента по уровню сформированности компонентов формирования основ здоровьесберегающей компетентности (Таблица 16), мы делаем вывод, что среди дошкольников КГ целесообразно провести дополнительную развивающую работу, т.к. у большинства детей на первых этапах исследования выявлены низкий и средний уровни компонентов.

Положительный уровень динамики сформированности представлений детей ЭГ о здоровьесбережении, позволяет судить о высокой эффективности проведенной нами целенаправленной работы.

Проведенная экспериментальная работа показала, что разработанная программа формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста «Мы здоровыми растем» является эффективной:

- установлено, что после проведения программы наблюдается положительная динамика в когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом компонентах формирования, произошли изменения в физическом состоянии дошкольников (двигательный компонент);

- полученные результаты показывают, что произошли не только количественные изменения уровня, но и качественные (дошкольники стали активнее, подвижнее, охотнее выполняют правила гигиены), которые способствовали повышению уровня детей старшего дошкольного возраста.

- педагогами осознана значимость формирования представлений дошкольников о здоровье, пользе выполнения физических упражнений;

- работа с родителями дошкольников способствовала оптимизации двигательной активности детей, систематичности применения физкультурно-

оздоровительной деятельности в семье, формированию у детей интереса и потребности в занятиях физическими упражнениями;

– большинство родителей повысили уровень компетентности в вопросах формирования здорового образа жизни детей старшего дошкольного возраста, продемонстрировало заинтересованность в формировании представлений о здоровьесбережении у дошкольников, расположены к сотрудничеству с педагогами в указанном направлении.

Результаты экспериментальной работы, показали эффективность обозначенных педагогических условий формирования основ здоровьесберегающей компетентности.

На контрольном этапе эксперимента у дошкольников ЭГ наблюдаются положительные изменения всех компонентов формирования основ здоровьесберегающей компетентности после проведения формирующего эксперимента.

Таким образом, нам удалось расширить представления детей старшего дошкольного возраста о способах укрепления собственного здоровья, расширить их знания о деятельности, способствующей укреплению здоровья.

Мотивационно-поведенческий компонент также изменился. Возросло количество дошкольников ЭГ, имеющих высокий уровень (с 17,2% дошкольной организации 48,3%). В КГ количество детей, имеющих высокий уровень, возросло незначительно (22,2% и 37,0%). Изменилось также количество детей из ЭГ и КГ, имеющих средний уровень по мотивационно-поведенческому компоненту (51,8% и 44,8% в ЭГ; в КГ – с 48,2% дошкольной организации 40,8%). И, наконец, количество детей, имеющих низкий уровень по мотивационно-поведенческому компоненту в ЭГ 6,9% (ранее 31,0%), в КГ этот показатель также снизился – 22,2% (на этапе констатирующего эксперимента – 29,6%).

Показатели двигательного компонента также изменились. Основным показателем эффективности педагогического воздействия является

изменение состояния осанки, которое определяется по результатам диагностики. В значительной степени видна положительная динамика у дошкольников ЭГ, что подтверждает позитивное влияние разработанной нами программы формирования ЗОЖ, включающие занятия ЛФК. На констатирующем этапе было отмечено 37,9% дошкольников с низким уровнем, а после проведенной программы – только 6,9%, в то время как в КГ динамика незначительна (с 33,3% дошкольной организации 22,2%). Увеличилось также количество дошкольников со средним уровнем двигательного компонента за счет снижения количества детей с низким уровнем: в ЭГ 62,1% (ранее 48,3%), в КГ 55,6% (ранее 51,9%). Высокий уровень двигательного компонента в ЭГ составляет 31,0% (ранее – 13,8%) и 22,2% в КГ (ранее – 14,8%).

Таким образом, апробированная нами программа положительно повлияла на формирование основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников. Дошкольники ЭГ начали понимать значения физических упражнений для полноценного развития организма, осознавали полезное влияние на здоровье физических упражнений. Динамика изменений, произошедших в ЭГ и КГ представлены на рисунке 2.

Большинство родителей повысили уровень компетентности в вопросах формирования основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста, продемонстрировали заинтересованность в формировании представлений о основ здоровьесберегающей компетентности у детей и готовы к сотрудничеству с педагогами в указанном направлении.

Педагоги дошкольной организации осуществляют взаимодействие с родителями у детей старшего дошкольного возраста, повышают компетентность в вопросах формирования основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста.

Заключение по третьей главе

Таким образом, проведенное исследование подтвердило правомерность выдвинутой гипотезы и позволило сформулировать ряд обобщенных выводов теоретического характера и рекомендаций прикладного значения:

Разработанная программа формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста «Мы здоровыми растем», состоящая из 3-х взаимосвязанных разделов, включает: задачи реализации формирования (воспитательные, обучающие, развивающие, организационные); план процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, овладение элементарными знаниями по формированию основ здоровьесберегающей компетентности, специальные упражнения и игры и работу с детьми старшего дошкольного возраста, родителями, педагогами. Реализация программы формирования детей дошкольного возраста «Мы здоровыми растем» была апробирована в ходе экспериментальной работы.

Первый раздел содержит диагностические методики, направленные на выявление уровня двигательного, эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов формирования детей старшего дошкольного возраста. Второй раздел – компоненты формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей, направления деятельности педагога, сотрудничество педагогов и родителей; формы, методы и средства формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, педагогические условия. В третьем разделе обозначены критерии и показатели оценки результатов формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Для проведения экспериментальной работы нами были выявлены педагогические условия, которые рассматриваются нами как комплекс взаимосвязанных факторов воспитательного процесса, оказывают

существенное влияние на эффективность формирования здорового образа жизни детей старшего дошкольного возраста. Результаты исследования показали, что у детей старшего дошкольного возраста: расширены представления о содержании, методах и средствах его реализации, сформировалось положительное отношение к двигательной активности, выработались умения и навыки выполнения физических упражнений.

Большинство родителей повысили уровень компетентности в вопросах формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, продемонстрировали заинтересованность в формировании представлений о здоровьесбережении у детей и готовы к сотрудничеству с педагогами в указанном направлении.

Педагоги дошкольных организаций осуществляют взаимодействие с родителями у детей старшего дошкольного возраста, повышают компетентность в вопросах формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

По результатам повторного опроса можно сделать вывод, о том, что все занятия по формированию основ здоровьесберегающей компетентности у старшего дошкольного возраста в ЭГ положительно повлияли на представление о здоровьесбережении. Дошкольники имеют полное представление о правильном питании, о своем здоровье, о вредных привычках, о физической культуре, спорте и их пользе. Оптимальный уровень основ формирования здоровьесберегающей компетентности имеют большинство детей старшего дошкольного возраста в ЭГ, допустимый уровень – несколько детей и недопустимый уровень – всего лишь один ребенок в группе.

ВЫВОДЫ

1. Формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, является важной составляющей частью учебно-воспитательной работы в дошкольной организации выражающееся в осознании его ценности как необходимой предпосылки для полноценной жизни человека, сопровождающееся активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению. Нами в ходе проведенного исследования раскрыта сущность понятия «основы основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста», теоретическое обоснование которого определяется с учетом психофизиологических особенностей детей старшего дошкольного возраста, а также ролью родителей и педагогов, конечная цель которой обуславливается активным характером самостоятельной деятельности ребенка в рассматриваемом аспекте.

1. Проведенное теоретическое исследование проблемы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста с позиции отечественных педагогов и психологов, а также ряда зарубежных ученых раскрывает психологическую и педагогическую сущность интереса. Изучение и анализ научной литературы по проблеме исследования позволили определить содержание понятия «основы здоровьесберегающей компетентности», которое представляет особое отношение человека к здоровью, выражающееся в осознании его ценности как необходимой предпосылки для полноценной жизни человека и сопровождающееся активно-позитивным стремлением к его сохранению и укреплению, и включает три структурных компонента: когнитивный (представления, знания, суждения), эмоционально-оценочный (эмоции, оценка) и поведенческо-деятельностный (поведенческие реакции, деятельностная направленность).

2. Разработанная модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста является теоретической основой процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, способствовала их гармоничному развитию. Модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности состоит из четырех блоков: целевой, методологической, организационно-деятельностной и результативной, учитывает задачи формирования основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста, методологические подходы и предусматривает использование различных форм взаимодействия педагогов и родителей в процессе формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста и компонентов: когнитивный (представления, знания, суждения), эмоционально-оценочный (эмоции, оценка) и поведенческо-деятельностный (поведенческие реакции, деятельностная направленность), двигательный (выполнение физических упражнений, зарядки и т.д.).

3. Совокупность педагогических условий: создание в образовательной организации здоровьесберегающей среды, направленной на укрепление и охрану здоровья детей; организация взаимодействия дошкольной организации и семьи по вопросам формирования основ о основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста; разработка и внедрение в педагогический процесс программы формирования ЗОЖ; а также реализация современных эффективных здоровьесберегающих технологий, способствующих эффективному формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста способствовала формированию основ здоровьесберегающей компетентности .

Результаты экспериментальной работы позволили осуществлять формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей

старшего дошкольного возраста с учетом современных требований в единстве традиционных и нетрадиционных форм обучения. установлено, что после проведения программы наблюдается положительная динамика в когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом компонентах формирования ЗОЖ, произошли изменения в физическом состоянии дошкольников (двигательный компонент); Исследование уровней по эмоциональному компоненту выявило положительные изменения у дошкольников ЭГ. Увеличилось количество дошкольников, имеющих высокий уровень эмоционального компонента (19,8% в ЭГ и 12,0% в КГ). Мотивационно-поведенческий компонент также изменился. Возросло количество дошкольников ЭГ, имеющих высокий уровень (с 17,2% дошкольной организации 48,3%). Высокий уровень двигательного компонента в ЭГ составляет 31,0% (ранее – 13,8%) и 22,2% в КГ (ранее – 14,8%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Содержание и компонентный состав понятия «здоровьесберегающая компетентность у детей старшего дошкольного возраста» необходимо использовать в практической деятельности ДО. а проблема разработки теоретических и технологических основ подготовки педагогов к профессиональной деятельности по формированию знаний в вопросах здоровья и основ здоровьесберегающей компетентности требует дальнейшего изучения.

2. Возрастные особенности у детей старшего дошкольного возраста, позитивно влияющие на формирование основ здоровьесберегающей компетентности и роль родителей детей и педагогов в данном процессе смогут служить ориентиром в процессе формирования здоровьесберегающая компетентность у детей старшего дошкольного возраста.

3. Разработанную модель формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста необходимо использовать педагогами ДО.

4. Совокупность педагогических условий, способствующих формированию основ здоровьесберегающей компетентности и экспериментально проверенная их результативность требуют дальнейшего совершенствования и разработки учебно-методического обеспечения целенаправленного процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности дошкольников

То, что отмечено зеленым цветом это литература есть в ссылках, в тексте. То что отметила в красном в тексте их в библиографии нету т.е совсем не подошли.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Абаева, Н.Б. Общественное дошкольное воспитание в Казахской ССР [Текст] / Н.Б. Абаева // Дошкольное воспитание. – 1982. – №4. – С. 5-8.

2. Абылкасымова, А.Е. Здоровьесберегающие образовательные технологии в учебно-воспитательном процессе [Текст] / А.Е. Абылкасымова, К.А. Даниярова, Х.Т. Тулеубаева. – Астана, 2005. – 65 с.

3. Авдулова, Т.П. Личностная и коммуникативная компетентности современного дошкольника [Текст]: учебное пособие / Т.П. Авдулова, Г.Р. Хузеева. – М.: Прометей, 2013. – 138 с.

4. Айдаркин, Е.К. Возрастные основы здоровья и здоровьесберегающие образовательные технологии [Текст]: учебное пособие / Е.К. Айдаркин, Л.Н. Иваницкая. – Ростов-на-Дону, 2008. – 176 с.

5. Аканов, А.А. Формирование здорового образа жизни в Республике Казахстан [Текст] / А.А. Аканов // Валеология. Физвоспитание. Спорт. – 2004. – №1.

6. Акиева, Г.С. Педагогические основы развития и совершенствование системы охраны здоровья школьников в Кыргызстане [Текст]: автореф. дис. ... д-ра пед наук / Г.С. Акиева. – Алма-Ата, 1997. – 328 с.

7. Алипкалиева, Г.Б. Использование здоровьесберегающих технологий в условиях обновления образования [Электронный ресурс]. – URL: <https://zkoipk.kz/kz/№isco№f2s/695>.

8. Алямовская, В.Г. Воспитание здорового ребенка [Текст] / В.Г. Алямовская. – М.: Линка-Пресс, 1993. – 109 с.

9. Амосов, Н.М. Раздумья о здоровье [Текст] / Н.М. Амосов. – М.: ФиС, 1987. – 64 с.

10. Андреева, Н.А. Взаимодействие дошкольной организации и семьи

в формировании основ здоровьесберегающей компетентности у дошкольного возраста [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Н.А. Андреева. – Екатеринбург, 2005. – 22 с.

11. Антонов, Ю. Социально-оздоровительная технология «Здоровый дошкольник» [Текст] / Ю. Антонов // Управление дошкольным образовательным учреждением. – 2012. – №1. – С. 112-116.

12. Арзанбаева, Б.О. Формирование профессионально-ценностных ориентации будущих педагогов на игровую деятельность дошкольников (на материале казахских народных игр) [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Б.О. Арзанбаева. – Алматы, 2000.

13. Аркин, Е.Н. Ребенок в дошкольные годы [Текст] / Е.Н. Аркин. – М.: Просвещение, 1968. – 445 с.

14. Артамонов, В.Н. Медико-биологические основы здорового образа жизни [Текст] / В.Н. Артамонов, В.Н. Мотылянская. – М., 1992. – 52 с.

15. Аршавский, И.А. Ваш малыш может не болеть [Текст] / И.А. Аршавский. – М., 1990.

16. Атнахова, Л.Н. Организация деятельности методической работы как условие развития профессиональной компетентности педагогов дошкольной организации [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Л.Н. Атнахова. – Екатеринбург, 2006. – 177 с.

17. Ахаев, А.В. Управление здоровьесберегающим процессом [Текст] / А.В. Ахаев. – Усть-Каменогорск, 2004. – 70 с.

18. Ахметов, С.М. Методика физподготовки школьников 7-11 лет в зависимости от уровня их физического развития [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / С.М. Ахметов. – Краснодар, 1996. – 16 с.

19. Байназарова, Ж.Д. Анатомия физиология и гигиена детей дошкольного возраста [Текст] / Ж.Д. Байназарова. – Алматы: Білім, 1995.

20. Бальсевич, В.К. Физическая культура для всех и для каждого [Текст] / В.К. Бальсевич. – М.: Физкультура и спорт, 1988. – 88 с.

21. Банникова, Л.П. Программа оздоровления детей в дошкольных образовательных учреждениях [Текст]: методическое пособие / Л.П. Банникова. – М.: Сфера, 2007. – 48 с.
22. Бахнова, Т.В. Формирование осознанной потребности будущего учителя в здоровом образе жизни в процессе физического воспитания [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Т.В. Бахнова. – Волгоград, 2005. – 24 с.
23. Башканова, Г.Л. Обучение и воспитание детей в условиях активной сенсорно-развивающей среды [Текст] / Г.Л. Башканова, С.А. Уланова, А.А. Шульга. – Сыктывкар, 2001.
24. Беспалько, В.П. Педагогика и прогрессивные технологии [Текст] / В.П. Беспалько. – М.: НПО МО России, 1995. – 336 с.
25. Богина, Т.Л. Охрана здоровья детей в дошкольных учреждениях [Текст] / Т.Л. Богина. – М., 2006. – 112 с.
26. Божович, Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте [Текст] / Л.И. Божович. – М.: Просвещение, 1968. – 464 с.
27. Большая российская энциклопедия – электронная версия.
28. Бордовская, Н.В. Педагогика [Текст] / Н.В. Бордовская, А.А. Реан. – СПб: Питер, 2000. – 304 с.
29. Брагина, Т.Л. Охрана здоровья детей в дошкольных учреждениях [Текст] / Т.Л. Брагина. – М.: Мозаика-Синтез, 2005.
30. Брехман, И.И. Валеология – наука о здоровье [Текст] / И.И. Брехман. – М.: Физкультура и спорт, 1996. – 206 с.
31. Булавенко, О. Сущностные характеристики профессиональной компетентности [Текст] / О. Булавенко // Школьные технологии. – 2005. – №3. – С. 40.
32. Бупебаева, Р.Т. Формирование готовности будущих педагогов дошкольных учреждений к умственному воспитанию детей [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Р.Т. Бупебаева. – Караганда, 2000.

33. Бутенко, Б.И. Новое в понимании здоровья [Текст] / Б.И. Бутенко // Теория и практика физической культуры. – М., 1988. – Т. 7. – С. 19-22.

34. Бузурманкулова, Ж.А: Организационно-педагогические условия воспитания ответственного отношения к собственному здоровью у школьников [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Ж.А Бузурманкулова /. – Бишкек, 2011. –173 с.

35. Веракса. А.Н. Индивидуальная психологическая диагностика ребенка 5-7 лет [Текст] / А.Н. Веракса. – М.: Мозаика-Синтез, 2012. – 128 с.

36. Виды здоровьесберегающих педагогических технологий и возможности их применения в ДО. – [Режим доступа]: <http://ext.spb.ru/iNdex.php/2011-03-29-09-03-14/98-hls-educatio№/1377-2012-06-20-18-54-33.html>

37. Васильева ОС, Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Академия. 2001. 352 **ЗДЕСЬ ВОЛОШИНА И.Н. БЫЛА**

38. Вохмянина, М.Н. Модель сохранения здоровья дошкольников [Текст] / М.Н. Вохмянина // Управление ДО. – 2006. – №1. – С. 71-75.

39. Всемир. орг. здравоохранения. – 49-е изд. (с поправками по состоянию на 31 мая 2019 г.). – Женева: ВОЗ, 2020. – VI. – 261 с.

40. Всемирная организация здравоохранения (история, проблемы, перспективы) [Текст] / Под ред. Д.Д. Бенедиктова. – М., 1975. – 222 с.

41. Вульфович, А.С. Подготовка будущих учителей к воспитанию у учащихся направленности на здоровый образ жизни [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / А.С. Вульфович. – Волгоград, 2002. – 20 с.

42. Выготский, Л.С. Обучение и развитие в дошкольном возрасте [Текст]: собрание сочинений в 6-ти т. / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1982. – Т. 3. – 368 с.

43. Гаврючина, Л.В. Здоровьесберегающие технологии в дошкольной организации [Текст] / Л.В. Гаврючина. – М.: Сфера, 2007.

44. Гогоберидзе, А.Г. Дошкольная педагогика с основами методик

воспитания и обучения [Текст]: учебник для вузов / А.Г. Гогоберидзе, О.В. Солнцева. – СПб: Питер. – 464 с.

45. Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2011-2020 годы // Индустриальная Караганда. – 2010. – С. 5-10.

46. Государственная программа развития образования и науки Республики Казахстан на 2016-2019 годы. – Астана, 2016.

47. Государственный общеобязательный стандарт дошкольного воспитания и обучения РК-1.001-2013. – Астана, 2013. – 16 с.

48. Государственный общеобязательный стандарт дошкольной подготовки детей в возрасте от 5 дошкольной организации 6 лет (основные положения). – Астана, 2013. – 17 с.

49. Григуола, Е. Мониторинг здоровья дошкольников [Текст] / Е. Григуола // Педагогическая диагностика. – 2008. – № 3. – С. 69-76.

50. Громова, О.Е. Спортивные игры для детей [Текст] / О.Е. Громова. – М.: Сфера, 2008. – 128 с.

51. Грядкина, Т.С. Здоровьесберегающее и здоровьесформирующее физическое воспитание в дошкольном образовательном учреждении [Текст] / Т.С. Грядкина // Дошкольная педагогика. – 2008. – №2. – С. 6-11.

52. Давидович, Е.Б. Проблема здоровьесбережения детей раннего возраста [Текст] / Е.Б. Давидович // Здоровы лад жыщя. – 2006. – №4. – С. 38.

53. Дворкина, Н.М. Физическое воспитание детей 5-6 лет на основе подвижных игр, дифференцированных по преимущественному развитию физических качеств [Текст] / Н.М. Дворкина, Л.И. Лубышева. – М.: Советский спорт, 2007. – 80 с.

54. Демеуов, Ж.Д. Анатомия, физиология и гигиена детей дошкольного возраста [Текст] / Ж.Д. Демеуов. – Алматы: Білім, 1995.

55. Деркунская, В.А. Диагностика культуры здоровья дошкольников [Текст]: учебное пособие / В.А. Деркунская. – М., 2005. – 96 с.

56. Деркунская, В.А. Здоровьесберегающие технологии в педагогическом процессе дошкольной организации (опыт создания словаря) [Текст] / В.А. Деркунская // Управление ДО. – 2005. – № 3. – С. 31-37.

57. Дети Казахстана: Статистический сборник. – Астана 2017. – 122 с.

58. Детство: Программа развития и воспитания детей в детском саду / В.И. Логинова, Т.И. Бабаева, Н.А. Ноткина. – СПб: Акцидент, 1999.

59. Диагностика здоровья. Психологический практикум / Под ред. проф. Г. С. Никифорова. – СПб: Речь, 2011. – 950 с.

60. Доронова, Т.Н. Дошкольное учреждение и семья – единое пространство детского развития [Текст]: методическое руководство / Т.Н. Доронова. – М., 2011. – 224 с.

61. Доскин, В.А. Растем здоровыми [Текст]: пособие для воспитателей, родителей и инструкторов физкультуры / В.А. Доскин. – М.: Просвещение, 2002.

62. Дубровский, В.И. Здоровый образ жизни [Текст] / В.И. Дубровский. – М.: Флинта, 1999. – 560 с.

63. Егоров, Б.Б. Развивающая педагогика оздоровления [Текст] / Б.Б. Егоров, В.Т. Кудрявцев. – М., 2000. – 111 с.

64. Жалмагамбетова, Б.Ч. Организация здоровьесберегающего пространства в образовательных учреждениях области [Текст] / Б.Ч. Жалмагамбетова, Н.П. Сеременко. – Алматы: Білім, 1995.

65. Жусуева Б. Орто мектепте окуучуларды сергек жашоого тарбиялоонун педагогикалык негиздери. – Бишкек, 2012. – 182 с.

66. Зайцев, Г.К. Валеолого-педагогические основы обеспечения здоровья человека в системе образования [Текст]: автореф. дис. ... д-ра пед. наук / Г.К. Зайцев. – СПб, 1998. – 48 с.

67. Закон Республики Казахстан «О правах ребенка в Республике Казахстан» от 8 августа 2002 года № 345-ІІ.

68. Закон Республики Казахстан «Об образовании» от 9 апреля 2016

года № 501 // Казахстанская правда. – 2016. – № 501. – С. 11.

69. Занозина, А.Е. Перспективное планирование физкультурных занятий с детьми 6-7 лет [Текст]: пособие для педагогов дошкольной организации / А.Е. Занозина, С.Э. Гришанина. – М.: Линка-Пресс, 2008. – 80 с.

70. Здоровый образ жизни [Текст]: учебное пособие / В.А. Пискунов, М.Р. Максинаева, Л.П. Тупицына и др. – М.: Прометей, 2012. – 86 с.

71. Здоровый ребенок – в здоровом социуме. – М.: Илекса, 1999. – 318 с.

72. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика [Текст]: учебное пособие. – Кемерово, 2011. – 355 с.

73. Здоровьесберегающие технологии в социальной сфере [Текст]: учебно-методич. комплекс. – СПб: РГПУ им. А.И. Герцена, 2007. – 235 с.

74. Здоровьесберегающие технологии воспитания в детском саду: примерные планы и конспекты занятий / Под ред. Т.С. Яковлевой. – М.: Школьная Пресса, 2007. – 48 с.

75. Здоровьеформирующее физическое развитие [Текст]: развивающие двигательные программы для детей 5-6 лет. – М.: Владос, 2001. – 336 с.

76. Зеер, Э.Ф. Модернизация профессионального образования: компетентностный подход [Текст] / Э.Ф. Зеер. – М., 2005.

77. Зимняя, И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования [Текст] / И.А. Зимняя // Высшее образование сегодня. – 2003. – №5. – С. 34-42.

78. Зимняя, И.А. Компетентностный подход в образовании [Текст] / И.А. Зимняя // Высшее образование сегодня. – 2006. – №8. – С. 20-26.

79. Змановский, Ю.Ф. Воспитаем детей здоровыми [Текст] / Ю.Ф. Змановский. – М.: АРКТИ, 1989. – 312 с.

80. Зыкова, Н.Ю. Методы математической обработки данных психолого-педагогического исследования [Текст]: учебное пособие для вузов / Н.Ю. Зыкова. – Воронеж, 2008. – 80 с.

81. Из опыта работы дошкольных учреждений Казахской ССР. –

Алма-Ата: Мектеп, 1974. – 84 с.

82. Инновационные технологии воспитания и развития детей от 6 месяцев дошкольной организации 7 лет [Текст]: учебно-методическое пособие / Е.Н. Горячева. – М.: Прометей, 2012. – 34 с.

83. Исмаилова, Е.В. Основные принципы внедрения и реализация оздоровительных технологий в деятельность дошкольных образовательных организаций. URL: <https://№sportal.ru/>

84. Казина, О.Б. Роль родителей в физическом оздоровлении дошкольников [Текст] / О.Б. Казина // Инструктор по физической культуре. – 2010. – №3. – С. 72-77.

85. Казначеев, В.П. Очерки теории и практики экологии человека [Текст] / В.П. Казначеев. – М.: Наука, 1983.

86. Картушина, М.Ю. Быть здоровыми хотим [Текст] / М.Ю. Картушина. – М.: Творческий центр, 2004. – 384 с.

87. Касьянова, Л.Г. Формирование представлений о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста: автореф. дисс... канд. пед. наук / Л.Г. Касьянова. – Шадринск, 2004. – 58 с.

88. Касьянова, Л.Г. Формирование представлений о здоровом образе жизни у детей старшего дошкольного возраста [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Л.Г. Касьянова. – Екатеринбург, 2004. – 22 с.

89. Ковалько, В.И. Здоровьесберегающие технологии [Текст] / В.И. Ковалько. – М., 2004. – 102 с.

90. Кодекс РК о браке и семье..<https://adilet.zan.kz › rus › docs>.

91. Колдыбаева, Т.Ж. Детский сад и жизнь. Социальные проблемы развития детских дошкольных учреждений в Казахстане [Текст] / Т.Ж. Колдыбаева. – Алматы.: Мектеп, 1994. – 158 с.

92. Конвенция ООН о правах ребенка (1989). – URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon (дата обращения 23. 10. 2017).

93. Конституция Республики Казахстан 1995 года. – [ru. wikipedia.org/](http://ru.wikipedia.org/)

wiki Концепция развития образования РК дошкольной организации 2015 года
// Казахстанская правда от 26.12.2003.

94. Кошелева, А.Д. Эмоциональное развитие дошкольников [Текст]: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / А.Д. Кошелева, В. И. Перегуда, О.А. Шаграева. – М.: Академия, 2003. – 176 с.

95. Кудаланова, Л.П. Структура и особенности становления компетентности в области укрепления здоровья детей дошкольного возраста [Текст] / Л.П. Кудаланова // Фундаментальные исследования. – 2013. – №1-3. – С. 623-627.

96. Кудрявцев, В.Т. Развивающая педагогика оздоровления. Дошкольный возраст [Текст]: программно-методическое пособие / В.Т. Кудрявцев, Б.Б. Егоров. – М.: Линка-Пресс, 2000. – 296 с.

97. Кузнецова, Л.И. Развитие здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Л.И. Кузнецова. – М., 2007. – 185 с.

98. Кузьмина, Н.В. Профессионализм педагогической деятельности [Текст] / Н.В. Кузьмина, А.А. Реан. – СПб: Знамя, 1993. – 154 с.

99. Купавцева, Е.В. Воспитание привычек здорового образа жизни детей старшего дошкольного возраста [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Е.В. Купавцева. – Барнаул, 2002. – 19 с.

100. Лаптев, А.П. Здоровый образ жизни [Текст] / А.П. Лаптев // Теория и практика физической культуры. – 1986. – №4. – С. 32-34.

101. Леви-Гориневская, Е. Особенности детского организма и физическое воспитание дошкольника [Текст] / Е. Леви-Гориневская // Дошкольное воспитание. – М., 2009. – №2. – С. 4-12.

102. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность [Текст] / А.Н. Леонтьев. – М.: Просвещение, 1977. – 342 с.

103. Лечебная физическая культура при детских заболеваниях / М.И. Фонарев, Т.А. Фонарева. – Ленинград: Медицина, 1977. – 320 с.

104. Лисицын, Ю.П. Здоровье человека – социальная ценность [Текст] / Ю.П. Лисицын, А.В. Сахно. – М.: Мысль, 1988. – 272 с.

105. Лубышева, Л.И. Педагогические условия формирования спортивной культуры личности в общеобразовательной школе [Текст] / Л.И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. – М., 2011. – №5. – С. 36-41.

106. Мамытов, А.М. Основы здорового образа жизни [Текст]: учебное пособие для студентов / А.М.Мамытов, А.А.Иманбаев. – Бишкек, 2007. – 108 б.

107. Мамытов, А.М. Дене тарбия теориясы жана маданияты [Текст]: окуу куралы / А.М. Мамытов. – Бишкек, 2017. – 255 б.

108. Маханева, М.Д. Воспитание здорового ребенка [Текст]: пособие для практ. работников дет. дошкол. учреждений / М.Д. Маханева. – М.: АРКТИ, 1997. – 88 с.

109. Медведева, С.А. Здоровьесберегающие мероприятия в образовательном пространстве дошкольного учреждения как средство оптимизации формирования детей 5-6 лет [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / С.А. Медведева. – Екатеринбург, 2006. – 23 с.

110. Методы педагогических исследований / Под ред. А.И. Пискунова, Г.В. Воробьева. – М.: Педагогика, 1979. – 256 с.

111. Мирза, Н.В. Подготовка будущих педагогов дошкольного образования к профессиональной коммуникативной деятельности [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Н.В. Мирза. – Караганда. 2004.

112. Митяева, А.М. Здоровьесберегающие педагогические технологии [Текст]: учебное пособие / А.М. Митяева. – М.: Академия, 2010. – 192 с.

113. Михеева, Е.В. Здоровьесберегающие технологии в ДО. URL: <http://ore.№ipk.ru/kp/dista№ot/do/ped/>

114. Мовкебаева, З.А. Формирование готовности у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи к школьному обучению

[Текст]: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / З.А. Мовкебаева. – Алматы, 2010.

115. Модели здоровьесберегающих технологий, используемых в работе с детьми дошкольного возраста / Отв. ред. Л.Е. Курнешова. – М: Школьная книга, 2007. – 239 с.

116. Морозова, Г.К. Основы здорового образа жизни детей дошкольного возраста [Текст]: учебно-методическое пособие / Г.К. Морозова. – М.: Флинта, 2014. – 110 с.

117. Мурахов, И.В. Оздоровительные эффекты физической культуры и спорта [Текст] / И.В. Мурахов. – Киев, 1989. – 136 с.

118. Мусанова, М.М. Исследования компетентности родителей в области физкультурно-оздоровительной деятельности [Текст] / М.М. Мусанова. – Белгород, 2011.

119. Мырзаханулы, Н. Основы педагогической валеологии [Текст] / Н. Мырзаханулы // Валеология. Физическое воспитание. Спорт. – 2002. – №11.

120. Настольная книга учителя физической культуры / Под. ред. проф. Л.Б. Кофмана. – М.: Физкультура и спорт, 1998. – 496 с.

121. Науменко, Ю.В. Современная практика здоровьесберегающего образования [Текст] / Ю.В. Науменко // Валеология. – 2006. – №3. – С. 44-52.

122. Новикова, И.М. Формирование представлений о здоровом образе жизни у дошкольников [Текст]: для работы с детьми 5-7 лет / И.М. Новикова. – М., 2009. – 96 с.

123. Нурлыбекова, А.Б. Физическое воспитание дошкольников на современном этапе [Текст] / А.Б. Нурлыбекова // Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию Независимости Республики Казахстан. – Алматы, 2001. – С. 273-279.

124. Овчаров, Е.А. Здоровье школьников. Медико-социальный, экономический и педагогический аспекты [Текст] / Е.А. Овчаров, Л.В. Родионова, Е.Е. Борш. – Нижневартовск, 2000.

125. Орехова О.А. Цветочная диагностика эмоций ребенка. –СПб.: Речь, 2002.-112с.

Ожегов, С.И. Словарь русского языка [Текст] / С.И. Ожегов. – М.: Наука, 1970. – 900 с.

126. Оксамитный Ю.В., Айдапкелов Н.С. Дети Казахстана: Статистический сборник. Астана, 2017. – С. 36 URL: <https://www.unicef.org/kazakhstan/media/146/file> (дата обращения: 13.02.2020).

127. Педагогическая диагностика компетентностей дошкольников. Для работы с детьми 5-7 лет / Под ред. О.В. Дыбиной. – М.: Мозаика-Синтез, 2010. – 64 с.

128. Пензулаева, Л.И. Оздоровительная гимнастика для детей 3-7 лет. Комплексы оздоровительной гимнастики [Текст] / Л.И. Пензулаева. – М.: Мозаика-Синтез, 2011. – 128 с.

129. Полонский, В.М. Оценка качества научно-педагогических исследований [Текст] / В.М. Полонский. – М.: Педагогика, 1987.

130. Пономарев, С.А. Растите малышей здоровыми [Текст] / С.А. Пономарев. – М.: Физкультура и спорт, 1996. – 95 с.

131. Потапчук, А.А. Лечебная физическая культура в детском возрасте [Текст]: учебно-методическое пособие / А.А. Потапчук, С.В. Матвеев, М.Д. Дидур. – СПб: Речь, 2007. – 463 с.

132. ПП РК № 1080 «Об утверждении государственных общеобязательных стандартов образования соответствующих уровней образования» от 23.08.2012.

133. ПП РК № 292 «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан № 1080 «Об утверждении государственных общеобязательных стандартов образования соответствующих уровней образования» от 23.08.2012г.» от 13.05.2016.

134. Практический опыт здоровьесберегающей деятельности в дошкольной организации / Сост. А.К. Сундукова. – М.: АРКТИ, 2008. – 104 с.

135. Приказ МОН РК №499 «Об утверждении Типовой учебной программы дошкольного воспитания и обучения» от 12.08.2016.

136. Приказ МОН РК № 391 «О внесении изменений в приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 20.12.2012г. № 557 «Об утверждении типовых учебных планов дошкольного воспитания и обучения Республики Казахстан» от 22.06.2016.

137. Программа «Дети Казахстана» на 2007-2011 годы от 21 декабря 2007 года № 1245// i№valid.kz

138. Программа воспитания и обучения в детском саду / Под ред. М.А. Васильевой, В.В. Гербовой, Т.С. Комаровой. – М.: Воспитание дошкольника, 2004. – 207 с.

139. Программа по обеспечению детей дошкольным воспитанием и обучением «Балапан» на 2010-2014 годы bala-kkk.kz

140. Прокофьева, М.А. Особенности подготовки будущих воспитателей дошкольных учреждений к решению задач физической культуры [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / М.А. Прокофьева. – Алматы, 1996.

141. Решетнева, Г.А. Социальная адаптация детей дошкольного возраста в процессе формирования здорового образа жизни [Текст] / Г.А. Решетнева, О.С. Шнайдер, О.С. Дорошенко // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2001. – №2.

142. Рубанович, В.Б. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни [Текст]: учебное пособие / В.Б. Рубанович, Р.И. Айзман, М.А. Суботялов. – Новосибирск, 2010. – 224 с.

143. Русанов, В.П. Здоровьесберегающее образование в системе профессиональной подготовки специалистов в вузе [Текст] / В.П. Русанов, С.М. Рябцев, М.С. Гончарова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 3. – С. 125-128.

144. Савельева, Н.Ю. Организация оздоровительной работы в дошкольных образовательных учреждениях [Текст] / Н.Ю. Савельева. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. – 464 с.

145. Свирская, Л.В. Организационно-педагогические условия

становления начал ключевых компетентностей ребенка дошкольного возраста [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Л.В. Свирская. – Великий Новгород, 2004. – 158 с.

146. Селевко, Г.К. Компетентности и их классификация [Текст] / Г.К. Селевко // Народное образование. – 2004. – № 4. – С. 138-143.

147. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии и психология здоровья в школе [Текст] / Н.К. Смирнов. – М.: АРКТИ, 2006. – 320 с.

148. Современные здоровьесберегающие и оздоравливающие технологии // Дет. сад от А дошкольной организации Я. – 2004. – №3.

149. Стародубцева, И.В. Интеграция умственного и двигательного развития дошкольников 5-7 лет в процессе физического воспитания [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / И.В. Стародубцева. – Тюмень, 2004. – 141 с.

150. Степаненкова, Э.Я. Теория и методика физического воспитания и развития ребенка [Текст]: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений / Э.Я. Степаненкова. – М.: Академия, 2006. – 368 с.

151. Страковская, В.Л. 300 подвижных игр для оздоровления детей от 1 года дошкольной организации 14 лет [Текст] / В.Л. Страковская. – М.: Новая школа, 1994. – 287 с.

152. Субанова, М. Культура здоровья [Текст]: методическое пособие для учителя / М. Субанова, Б. Калиева. – Бишкек, 2010. – 525 с.

153. Тарасова, Т.А. Я и мое здоровье [Текст]: программа, по воспитанию здорового образа жизни детей дошкольного возраста / Т.А. Тарасова, Л. С. Власова. – М.: Школьная Пресса, 2009. – 71 с.

154. Теряева, С.В. Организация коммуникативного пространства на основе доверительных отношений в системе «педагоги-дети-родители» [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук / С.В. Теряева. – Омск, 2006. – 22 с.

155. Тихомирова, Л.Ф. Упражнения на каждый день [Текст]: уроки здоровья для детей 5-8 лет / Л.Ф. Тихомирова. – Ярославль: Академия

развития, 2002. – 142 с.

156. Урунтаева, Г.А. Практикум по детской психологии [Текст] / Г.А. Урунтаева, Ю.А. Афонькина. – М.: Владос, 1995. – 296 с.

157. Физическая подготовка детей 5-6 лет к занятиям в школе: Из опыта работы. – М.: Просвещение, 1980. – 142 с.

158. Хакимова, Г.А. Педагогические условия формирования ценностного отношения к здоровью у детей старшего дошкольного возраста [Текст]: дис. ... канд. пед. наук / Г.А. Хакимова. – Екатеринбург, 2004. – 173 с.

159. Хасановой, Ж.С. Подготовка воспитателей к использованию казахской народной педагогики в нравственном воспитании у детей старшего дошкольного возраста [Текст]: дис. ... доктор. пед. наук / Ж.С. Хасанова. – Атырау, 2008. – 216 с.

160. Хуторской А.В. Фундаментальные физические постоянные. Кн. для учителя. — Мн.: Народная асвета, 1988.

161. Царегородцев Г.И. Проблемы формирования здоровья [Текст] / Г.И. Царегородцев – М.: Медицина, 1973. – 296 с.

162. Шерьязданова Х.Т. Психологические основы профессиональной подготовки педагогов и психологов дошкольного образования [Текст] / Х.Т. Шерьязданова. – М., 1999. – 322 с.

163. Эльконин Д.Б. Психология детей дошкольного возраста / под ред. А. В. Запорожца, Д. Б. Эльконина. М., 1964.

164. Эльконин Д.Б., Запорожец А.В. Психология личности и деятельности дошкольника / под ред. А. В. Запорожца, Д. Б. Эльконина. М., 1965.

ПРИЛОЖЕНИЕ

УТВЕРЖДАЮ

Директор детского сада №55 «Жадыра» г. Атырау

_____ Стамгалиева Б.К.

« _____ » _____ 20__ г

АКТ

О реализации научных результатов, полученных в диссертации Демешевой Г.У. на соискание ученой степени кандидата педагогических наук по специальности 13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования на тему: «Формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста»

Комиссия в составе:

Председатель: Директор детского сада №55 «Жадыра» г. Атырау

Стамгалиева Баршагуль Камидуллаевна

Члены комиссии:

Методист детского сада №55 «Жадыра» г. Атырау

Орисбаева Назгуль Избасаркызы

Воспитатель дошкольной группы детского сада №55 «Жадыра» г. Атырау

Каржауова Жумажан Сагиндыккызы

Свидетельствует о том, что при разработке содержания и педагогических условий, способствующих формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста были реализованы следующие научные результаты, полученные в кандидатской диссертации Демешевой Г.У.:

- на основе компетентностного подхода определены теоретические основы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста как интегративного качества личности ребенка,

- определен компонентный состав основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста;

- разработана теоретически и экспериментально обоснованная модель процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, включающая: характеристику старшего дошкольника, обладающего здоровьесберегающей компетентностью, определены педагогические условия, способствующие эффективному формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Реализация материалов диссертации Демешевой Г.У. позволили:

- осуществлять формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста с учетом современных требований в единстве традиционных и нетрадиционных форм обучения;

- установлена положительная динамика в когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом и двигательном компонентах формирования ЗОЖ.

Материалы диссертации использованы в следующих документах, материалах и разработках:

- разработана и внедрена образовательная программа «Мы здоровыми растем» и методика по формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

По результатам реализации получен следующий положительный эффект:

-педагогический эксперимент показал эффективность разработанной методики;

-в экспериментальных группах повысился уровень эмоционального, мотивационно-поведенческого, двигательного компонента у детей старшего дошкольного возраста

Председатель:

Директор детского сада №55 г. Атырау:
Стамгалиева Баршагуль Камидуллаевна

Члены комиссии:

Методист детского сада №55 г. Атырау:
Орисбаева Назгуль Избасаркызы

Воспитатель предшкольной группы детского сада №55 г. Атырау:
Каржауова Жумажан Сагиндыккызы

УТВЕРЖДАЮ

Директор детского сада №17 «Арман» г. Атырау

_____ Кунасова М.А.

« _____ » _____ 20__ г

АКТ

О реализации научных результатов, полученных в диссертации Демешевой Г.У. на соискание ученой степени кандидата педагогических наук по специальности 13.00.01 – общая педагогика, история педагогики и образования на тему: «Формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста»

Комиссия в составе:

Председатель: Директор детского сада №17 «Арман» г. Атырау

Кунасова Маншук Амиргалиевна

Члены комиссии:

Методист детского сада №17 «Арман» г. Атырау

Азбергенова Альбина Нурбайкызы

Воспитатель предшкольной группы детского сада №17 «Арман» г. Атырау

Кибашева Маншук Набиевна

Свидетельствует о том, что при разработке содержания и педагогических условий, способствующих формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста были реализованы следующие научные результаты, полученные в кандидатской диссертации Демешевой Г.У.:

- на основе компетентностного подхода определены теоретические основы формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей

старшего дошкольного возраста как интегративного качества личности ребенка,

- определен компонентный состав основ здоровьесберегающей компетентности детей старшего дошкольного возраста;

- разработана теоретически и экспериментально обоснованная модель процесса формирования основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста, включающая: характеристику старшего дошкольника, обладающего здоровьесберегающей компетентностью, определены педагогические условия, способствующие эффективному формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

Реализация материалов диссертации Демешевой Г.У. позволили:

- осуществлять формирование основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста с учетом современных требований в единстве традиционных и нетрадиционных форм обучения;

- установлена положительная динамика в когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом и двигательном компонентах формирования ЗОЖ.

Материалы диссертации использованы в следующих документах, материалах и разработках:

- разработана и внедрена образовательная программа «Мы здоровыми растем» и методика по формированию основ здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста.

По результатам реализации получен следующий положительный эффект:

- педагогический эксперимент показал эффективность разработанной методики;

-в экспериментальных группах повысился уровень эмоционального, мотивационно-поведенческого, двигательного компонента у детей старшего дошкольного возраста

Председатель:

Директор детского сада №17 «Арман» г. Атырау:

Кунасова Маншук Амиргалиевна

Члены комиссии:

Методист детского сада №17 «Арман» г. Атырау:

Азбергенова Альбина Нурбайкызы

Воспитатель предшкольной группы детского сада №17 «Арман» г. Атырау:

Кибашева Маншук Набиевна