Анохина И.А., к.б.н., доцент кафедры педагогических

технологий дошкольного и начального образования

 ФГБОУ ВПО УлГПУ им. И.Н. Ульянова, г. Ульяновск

**Возрастная адекватность и индивидуализация как основополагающий принцип реализации Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования**

Требование учета принципа возрастной адекватности образования (соответствия условий, требований, методов возрасту и особенностям развития) проходит красной нитью через весь Федеральной государственный образовательный стандарт дошкольного образования и тесно переплетается с необходимостью создания благоприятных условий развития детей в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями.

Известно, что дошкольный возраст имеет огромное значение в формировании здоровья ребенка. В ДОО, в соответствии с СаНПиН, организуется система оздоровительной работы. Важным ее элементом является закаливание - главное неспецифическое средство профилактики ОРВИ, которые из-за особой восприимчивости к ним детей дошкольного возраста практически не имеют достаточно эффективных специфических средств профилактики.

**Традиционно** Всероссийский конкурс «Восемь жемчужин дошкольного образования России» **включает номинацию «Здоровый дошкольник!», посвященную памяти профессора, доктора медицинских наук Ю.Ф. Змановского** **в части организации закаливания**, опыта организации подвижных игр детей с учетом климатических и региональных особенностей. Ю.Ф. Змановский (1986) одним из перспективных путей в совершенствовании методов закаливания считал **тенденцию к индивидуальному подходу как в условиях ДОУ, так и в семьях**. Реализация такого подхода, по его мнению, должна основываться на знании типов сосудистой реактивности и терморегуляции, проявления которых имеют место уже в период новорожденности. Используя методику кожно-сосудистых реакций в ответ на локальное холодовое раздражение по М.Е. Маршаку (1965) и применяя малоинерционные кожные водные и электронные термометры, врач или медсестра в ДОО и поликлинике смогут дать заключение о принадлежности ребенка к «лабильному, нормальному или инертному» типу терморегуляционной сосудистой реактивности и с учетом этого рекомендовать соответствующий режим закаливания.

Ю.Ф. Змановский (1988) делил методы закаливания на 2 группы: традиционные и нетрадиционные. Традиционные методы основаны на постепенном снижении температуры воды или воздуха и предполагают постепенную адаптацию к холоду. К ним он относит методы закаливания воздухом, солнечные ванны, методы водного закаливания (общие и местные). К нетрадиционным – методы, основанные на контрасте температур.

Проблемой закаливания занимались многие известные русские врачи. Ими поддерживалась идея единства организма и среды. В качестве лечения многих заболеваний и укрепления здоровья они назначали закаливающие процедуры. Важную роль в изучении физиолого-педагогических аспектов проблемы закаливания детского организма сыграла работа **В.В. Гориневского «О закаливании человеческого организма как средстве воспитания»** (1900), в которой он предлагал подходить к закаливанию как к научной системе: **«Закаливание как система непременно должно вытекать из научных основ или, по крайней мере, различные, чисто эмпирические приемы должны найти научное объяснение, в противном случае система может нанести вред здоровью»**. Система, по В.В. Гориневскому, должна состоять из общих и местных воздействий. В.В. Гориневский выделял преднамеренное и непреднамеренное закаливание. Непреднамеренное закаливание, по мнению автора, совершается само собой, без всякой преднамеренной цели, в силу неблагоприятных условий; суровым климатом, при недостаточности искусственных средств самозащиты. «Результаты его плачевны, так как только наиболее выносливые дети выдерживают это тяжкое испытание в столь раннем и нежном возрасте, многие погибают или влачат жалкое существование благодаря истощению и болезням», писал В.В. Гориневский.

К преднамеренному закаливанию В.В. Гориневский относил нерациональные методы (такие как «героическое», одностороннее закаливание) и рациональный метод. **«Героическое» закаливание"** – результат подражания естественным условиям, которое ведет к закалу. Он пишет: «**В иных случаях с фанатизмом изуверов воспитатели подвергают своих питомцев рискованным дозам воздействия холодной воды на кожу, оканчивая ледяной водой, назначая холодные ванны и души. Все это делается без совета врачей с единственной целью закалить организм по какому-нибудь модному шаблону… Доводимое до крайности, применяемое без всякой последовательности «героическое» закаливание нередко бывает причиной расстройства различных органов… органы не успевают приспособиться к резко меняющимся условиям, что ведет к заболеваниям**».

При одностороннем закаливании основное внимание уделяется деятельности какой-нибудь группы органов в целях определенного закала. Одни при помощи этого метода закаливают детей по отношению к простуде, делая их почти нечувствительными к холоду; другие добиваются большой выносливости по отношению к болевым ощущениям; третьи, тренируя в известном порядке мышечную систему, стремятся ее сделать необыкновенно выносливой с той целью, чтобы всякий труд был по силам. Односторонним В.В. Гориневский считал также закаливание, при котором воспитатель увлекается каким-то одним средством закаливания, например, «делается фанатиком воды» и упускает из виду все другие средства, или «не сообразуясь с другими обстоятельствами, заходит за пределы дозволенного, слишком увеличивая раздражение, или предусматривает развитие одного качества, в то время как «развитие сил организма зависит от очень многих условий, и возлагать слишком много надежд на одно драгоценное качество: «выносливость» в отношении к простуде, значит быть односторонним».

«Героическое» и одностороннее закаливание В.В. Гориневский считает нерациональными системами и в противоположность этим методам дает характеристику **оптимального способа закаливания** **детей, которое является постепенным**, поэтому единственно разумным; **«оно устраняет сильное возбуждение организма и не влечет за собою опасных последствий от сильных колебаний в раздражении».**

Идеи В.В. Гориневского не потеряли своей актуальности и спустя более сто пятнадцати лет после их опубликования. В педагогической литературе и средствах массовой информации пропагандируются экстремальные методы закаливания детей. В медицинской литературе появился термин «интенсивное закаливание», к которому относят любые методы закаливания, при которых возникает хотя бы кратковременный контакт обнаженного тела ребенка или его части со снегом, ледяной водой или воздухом отрицательной температуры (И.М. Воронцов, 1986). И.М. Воронцовым составлены для врачей «Временные методические рекомендации по интенсивному закаливанию детей дошкольного и раннего возраста».

Попытки «героического» закаливания предпринимаются в семейном воспитании и сегодня, когда, начиная с раннего возраста, используется хождение босиком по снегу без одежды, обливание и купание в ледяной воде. Как правило, такое закаливание проводится без медицинского контроля родителями-энтузиастами, которые сами принимают в этом участие.

Из интенсивных методов В. Доскин и С. Фоменков (1993) рекомендуют использовать для оздоровления в домашних условиях и в ДОУ, прежде всего закаливание на воздухе: длительные воздушные ванны при пульсирующем температурном режиме, контрастные воздушные процедуры, кратковременный выход на снег босиком в одних трусиках. Следующая группа методик связана с закаливанием водой: обливание холодной водой ног, чередующееся с контрастным воздействием тепла в виде предшествующего обливания теплой и горячей водой всего тела.

 Мы исследовали влияние на детский организм различных методов закаливания. Сотрудниками одного из ДОУ г. Ульяновска по своей инициативе было организовано закаливание детей старшей и подготовительной групп по системе «Детка» П.К. Иванова. Мы сравнили различные показатели здоровья этих детей с группой контроля. Нужно отметить, что вначале врачом к закаливанию были допущены все дети, однако ухудшение в состоянии здоровья привело к исключению детей из группы закаливающихся: это 48% в старшей и 43% в подготовительной группах. Анализ динамики групп здоровья показал, что в обеих группах закаливающихся детей уменьшилось число детей I группы здоровья за счет **перехода во** **II и III группы с диагнозами**: **пиелонефрит, хронический тонзиллит, вираж туберкулиновой пробы**.

Сопоставление показателей физического развития закаливающихся детей 6 лет с показателями детей контрольной группы показало, что годовые приросты оказались почти такими же, как в группе контроля. Однако анализ показателей физического развития у детей 7 лет показал значительно более низкие показатели физического развития и годовые приросты у закаливающих детей, чем в группе контроля.

Результаты изучения реакции сосудов кожи в ответ на холодовую пробу показали, что, несмотря на такое мощное воздействие на сосуды кожи, «показатель лабильности» у детей закаливающихся по системе «Детка» был ниже, чем в контрольной группе. Анализ распределения детей по уровням и тенденциям «показателя лабильности» выявил у **56% детей уровень ниже среднего и у 78% детей наличие отрицательной тенденции**, что значительно больше, чем в группе контроля.

Таблица 1.

Распределение детей 7 лет по уровню и тенденциям изменений ПЛ (%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Группа | Уровни Показателя лабильности | Тенденции сезонных изменений Показателя лабильности (%) |
| Ниже среднего | Средний | Выше среднего | Положительная  | Отрицательная  |
| Детка | 56 | 33 | 11 | 22 | 78 |
| Контроль | 39 | 39 | 22 | 28 | 72 |

**Таким образом, экстремальный метод закаливания не оказал положительного влияния ни на состояние здоровья, ни на физическое развитие, ни на состояние физической терморегуляции. Поэтому такой метод не может быть рекомендован для ДОО, где решается задача оздоровления всех детей**.

В то же время использование научных методов закаливания дает прямо противоположный результат. Мы проанализировали эффективность воздействия различных научных методов закаливания на морфофункциональное, моторное развитие и заболеваемость. Были использованы методы закаливания, разработанные в НИИ педиатрии и НИИ гигиены детей и подростков. Дети были объединены в 3 группы. С первой группой в качестве закаливающей процедуры использовали контрастные воздушные ванны (Ю.Ф. Змановский, 1995), которые проводили после дневного сна, процедура длилась 12-15 минут и имела характер перебежек из «холодной» комнаты в «теплую» с обязательным музыкальным сопровождением.

 Использовали следующую методику. В спальном помещении открывались окна на такой промежуток времени, чтобы к концу дневного сна температура воздуха в комнате достигала 13-16°С. В 15.00 дети просыпались со звуками музыки, раскрывали одеяла и, лежа в постели, в течение 1-2 минут выполняли 3-4 физических упражнения:

* подтягивание к груди согнутых колен с обхватом их руками;
* перекрестное движение рук и ног, поднятых перпендикулярно относительно туловища;
* покачивание согнутых колен в правую и левую сторону с противоположным движением рук и др.

По команде педагога (хлопок в ладоши, удар в бубен) дети вставали, быстро снимали спальную одежду и оставались в одних трусиках. На ноги одевали чешки, которые заранее ставили около кровати вместо комнатной обуви. После этого в течение 1-1,5 минут в «холодном» помещении выполняли ряд движений с умеренной нагрузкой (бег, ходьба). Особое внимание уделялось подбору и использованию дыхательных упражнений.

Далее следовала перебежка в групповую комнату – «теплое» помещение, в котором температура достигала 21-24°С.

Деятельность детей в «теплом» помещении была представлена несколькими вариантами:

* разнообразные подвижные игры со словесным сопровождением педагога;
* подвижные игры с включением творческих элементов и воображения детей;
* разучивание и выполнение новых упражнений и танцевальных элементов, направленных на развитие координации;
* выполнение тех же физических упражнений, что и в «холодном» помещении, но в более спокойном темпе;
* различные виды ходьбы, построения и перестроения для развития ориентировки в пространстве.

В «теплом» помещении упражнения и игры выполнялись в спокойном темпе, чтобы дети не перегревались.

Количество перемещений из одной комнаты в другую, с пребыванием в каждой по 1-1,5 минуты, было не менее 6. Процедура заканчивалась перебежкой из «холодной» комнаты в «теплую» в ходе подвижной игры типа «Самолетики», «Перелетные птицы», «Спутники планет» и др.

Со второй группой детей использовали **метод кратковременного холодового раздражителя** («кран») (Л.В. Веремкович, 1993), который проводили следующим образом: перед дневным сном дети проходили босиком по гигиеническим коврикам. Затем вставали на решетку в душевой поддон и в течение 5с (под счет), обливали ноги из душевой установки водой из-под крана (вода регулировалась и температура измерялась заранее). После этого вновь проходили по дорожке из гигиенических ковриков, вытирали ноги и ложились в постель. Температура воды изменялась по сезонам года от +18°до +13°С в теплое время и +10°до +6°С в холодное время года.

 С детьми третьей группы закаливающие мероприятия не проводили, и она была использована в качестве контрольной.

На первом году закаливания самые большие годовые приросты по всем показателям физического развития наблюдались в 1 группе закаливания, где использовали контрастные воздушные ванны в сочетании с движением. Вместе с тем, положительные изменения в физическом развитии произошли и во второй группе закаливающихся детей. На втором году закаливания приросты показателей физического развития уменьшились. В группе контроля, напротив, на втором году закаливания значительно выросли те показатели, которые на первом году увеличились незначительно, т.е. произошла своеобразная компенсация. Таким образом, стимулирующее влияние закаливания на физическое развитие детей было более выражено на первом году закаливания, т.е. в возрасте 5-6 лет. Показатели физического развития, которые на протяжении двух лет продолжали сохранять различия между закаливающимися и не закаливающимися детьми – окружность грудной клетки и показатель Пинье, свидетельствующий о пропорциональности развития.

В функциональных показателях закаливающихся детей также произошли изменения. В первую очередь, это касается показателей дыхательной системы, которые у закаливающихся детей более высокие, чем в группе контроля. В частности, величины ЖЕЛ у детей 1 и 2 групп закаливания на протяжении двух лет оставались выше, чем в контроле.

По результатам функциональных проб дыхательной системы Штанге и Генчи в 6 и 7 лет обе группы закаливающихся детей имели более высокие результаты, что является благоприятной реакцией и свидетельствует о снижении чувствительности дыхательного центра к кратковременной гипоксии. Таким образом, закаливание положительно повлияло на функциональное состояние дыхательной системы, которая в наибольшей степени подвергается агрессивному воздействию респираторно-вирусных инфекций.

При анализе изменений показателей сердечно-сосудистой системы мы наблюдали у всех детей возрастное снижение частоты сердечных сокращений, увеличение ударного и минутного объемов крови. Вместе с тем большие величины пульсового давления и коэффициента выносливости сердечно-сосудистой системы отмечены у всех закаливающихся детей.

В 6 лет меньшие величины «индекса напряжения» отмечены у детей 2 группы закаливания, по сравнению с детьми контрольной группы. В 7 лет «индекс напряжения» у всех групп детей был приблизительно на одном уровне. Показатель сердечно-сосудистой системы, который продолжал сохранять различия между закаливающимися и не закаливающимися детьми на протяжении двух лет – частота сердечных сокращений.

О влиянии закаливающих процедур на функциональное состояние системы терморегуляции мы судили на основании «показателя лабильности», который отражает скорость реакции, учитывая как ее силу, так и время восстановления. Среди весенних показателей у детей 6 лет мы не обнаружили существенной разницы, указывающей на улучшение этого показателя у закаливающихся детей. Следующей осенью во всех группах детей «показатель лабильности» увеличился, благодаря тому, что вся воспитательно-оздоровительная работа в летний период проводилась на свежем воздухе.

На седьмом году жизни анализ индивидуальных графиков сезонных изменений кожно-сосудистых реакций показал их большое разнообразие. Нами были выделены два типа тенденции – положительная и отрицательная. При отрицательной тенденции к весне происходило снижение «показателя лабильности» по сравнению с осенью, при положительной – его увеличение.

Таблица 2.

Распределение детей 7 лет по уровню и тенденциям изменений ПЛ (%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Группа | Уровни Показателя лабильности | Тенденции сезонных изменений Показателя лабильности  |
| Ниже среднего | Средний | Выше среднего | Положительная  | Отрицательная  |
| 1 | 6 | 67 | 27 | 60 | 40 |
| 2 | 11 | 67 | 22 | 67 | 33 |
| 3 | 39 | 39 | 22 | 28 | 72 |

Из данных таблицы 1 мы видим, что у закаливающихся детей 1 группы доля детей с положительной тенденцией «показателя лабильности» составила 60 % и 40% с отрицательной. Во 2 группе закаливания 67% с положительной и 33% с отрицательной. В 3 группе контроля только 28% с положительной тенденцией и 72% с отрицательной. Таким образом, проведение адекватных закаливающих процедур на седьмом году жизни способствовало позитивному развитию кожно-сосудистых реакций.

Считается, что мышечная тренировка и адаптация к холоду отрицательно влияют друг на друга. В литературе отсутствуют данные о влиянии различных методов закаливания на моторное развитие детей. Поэтому мы считали важным выяснить, существует ли взаимосвязь между различными закаливающими мероприятиями и моторным развитием и как она проявляется.

Анализ результатов двигательных тестов показал, что на протяжении двух лет в группе контроля ни одно из физических качеств не превысило уровень закаливающихся детей. Детальный анализ изменений показателей физической подготовленности по уровням показал, что их увеличение обусловлено ростом среди закаливающихся числа детей с высоким и выше среднего уровнем развития физических качеств. В этом проявляется неспецифическая стимулирующая роль закаливающих процедур.

 В группе контроля количество детей с высоким и выше среднего уровнями было значительно меньше, чем в группах закаливающихся детей и на первом и на втором году закаливания. Таким образом, закаливающие мероприятия положительно повлияли на моторное развитие детей.

Традиционно об эффективности закаливания судят по улучшению состояния здоровья и снижению респираторной заболеваемости. Анализ динамики групп здоровья на первом году закаливания показал увеличение у всех детей 6 лет численности I группы детей здоровья за счет перехода из II группы. При этом во 2 группе закаливания произошли наиболее заметные изменения: число детей II группы здоровья уменьшилось в 2 раза и не осталось ни одного ЧБ ребенка, хотя исходно их количество было самым большим по сравнению с другими группами. Число детей I группы здоровья соотвественно увеличилось в 2,5 раза. В период эпидемии ОРЗ заболеваний (март месяц) дети 3 группы закаливания показали более высокую устойчивость к заболеваниям, что проявилось в 100% посещаемости детьми ДОУ.

Динамика «индекса здоровья» показала, что его рост, связанный с увеличением числа не болеющих детей, происходил во всех группах, причем величины во всех группах закаливающихся детей отличаются в лучшую сторону от группы контроля.

Анализ заболеваемости у детей 6 лет показал уменьшение общего количества заболеваний и пропусков по болезни у всех детей, но самые низкие цифры у детей 3 группы, хотя исходный уровень заболеваемости в этой группе был самым высоким. Годовое снижение заболеваемости в этой группе составило 43% по общей и 39% по ОРЗ. На втором году закаливания сохранилась положительная динамика групп здоровья у закаливающихся детей, были отмечены меньшие величины общей и респираторной заболеваемости по сравнению с группой контроля, а также длительности одного заболевания.

Таким образом, использование в закаливании адекватных возрастным возможностям детского организма методов привело к повышению неспецифической резистентности к ОРЗ улучшению физического, функционального и моторного развития во всех группах детей, но более эффективным методом закаливания явился метод кратковременного холодового раздражителя.

Многие авторы придерживаются системного подхода в организации закаливания и предлагают использовать набор закаливающих воздействий. В исследовании О.Г. Ивановой (1983) проводился сравнительный анализ различных систем закаливания, и наиболее эффективной оказалась **система, включающая: воздушные ванны, обливание ног, занятия физическими упражнениями, проводимые круглогодично на открытом воздухе в облегченной спортивной одежде, а также гигиенические мероприятия, направленные на обеспечение теплового комфорта организма детей**.

В практике работы ДОО большая работа по планированию системы закаливающих мероприятий была проведена Н. Маханевой (1993). Ею предложена схема закаливающих мероприятий для детей всех возрастных групп, включая группы ЧДБ детей, на все сезоны года.

Все системы закаливания включают закаливающие мероприятия в повседневной жизни и специальные закаливающие воздействия, но при прочих равных условиях, **эффективность каждой системы будет зависеть от специально включенных в ту или иную систему методов закаливания адекватным возрастным возможностям детского организма и соответствующие индивидуальным особенностям здоровья**.

К сожалению, некоторые участники Всероссийского конкурса в 2015 году в представленных материалах из опыта оздоровительной работы:

* **не соответствовали возрастным особенностям детей дошкольного возраста**. В физкультурно-оздоровительной работе по физическому развитию детей это особенно важно, потому что мы своими педагогическими воздействиями оказывает влияние непосредственно на здоровье детей, работу всех органов и систем детского организма;
* **не придерживались СаНПиН и медицинских рекомендаций** при проведении утренней гимнастики и физкультурных занятий в помещении и на открытом воздухе, «проводить в легкой спортивной одежде, не стесняющей движений и не препятствующей теплоотдаче»; закаливающих процедур в помещении и в бассейне: «для профилактики переохлаждения детей занятия в бассейне не следует заканчивать холодовой нагрузкой (холодный душ, проплывание под холодной струей, топтание в ванночке с холодной водой)».
* **не опирались на классические научно-методические подходы и методики физкультурно-оздоровительной работы с детьми дошкольного возраста:** «Физкультурные занятия на воздухе с детьми дошкольного возраста» В.Г. Фролова и Г.П. Юрко; «Плавание в детском саду» Т.И. Осокиной, а пытались заново их разработать;
* **не строили воспитательно-оздоровительную работу на диагностической основе**;
* не использовали ссылки на современные нормативные документы и в первую очередь Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования, «Национальную политику действия в интересах детей на 2012-2017 годы», «Концепцию государственной семейной политики до 2025 года», «Стратегию воспитания до 2025 года»;
* представляли на конкурс проекты малой продолжительности, не позволяющие реально оценить результаты проведенной работы с детьми и родителями;
* не ссылались на современные образовательные программы и методические пособия, разработанные в соответствии с ФГОС ДО;
* не выделяли направления психолого-педагогической поддержки родителей; не подтверждали планирование сотрудничества с семьей методическим обеспечением в виде материалов для повышения компетентности родителей в вопросах охраны и укрепления здоровья детей.

В то же время ряд материалов описывал положительный опыт и отличался:

- масштабностью охвата детей с 2 до 7 лет и учета возрастной специфики; использованием элементов игровой технологии и сказочных персонажей, красочного оформления, диагностическим подходом в работе с родителями через проведение анкетирования (МДОУ детский сад комбинированного вида №  6 «Ласточка»  г. Подольск, Московская область);

- касался оздоровления детей с ОВЗ на основе диагностического подхода к оценке эффективности лечебно-восстановительной работы, включал определенный алгоритм, последовательность реализации этапов с указанием их цели, условий и результата, описание циклограммы двигательной активности (ДА) ребенка в ДОУ в течение дня (МАДОУ № 20 «Елочка», г. Дубна, Московская область).