



Ольга ЛАТЫГОВСКАЯ,
аспирант кафедры общей и дошкольной педагогики,
Белорусский государственный педагогический
университет имени Максима Танка

ДИАГНОСТИКА КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В статье раскрыта значимость культуры здоровья для детей дошкольного возраста. Дано определение культуры здоровья применительно к младшему дошкольному возрасту. Представлена структура, а также диагностические методики, направленные на выявление уровня сформированности культуры здоровья у детей младшего дошкольного возраста. Приведён количественный и качественный анализ результатов констатирующего эксперимента. Сделан вывод о необходимости разработки эффективной методики формирования культуры здоровья у детей младшего дошкольного возраста.

Ключевые слова: диагностика, диагностические методики, культура здоровья, начальная здоровьесберегающая компетентность, здоровьесберегающая деятельность, субъект здоровьесозидания, акме-здоровье, эмоционально-ценностное отношение к здоровью, социально-личностные взаимоотношения.

The article reveals the importance of a culture of health for children of preschool age. This definition of a culture of health in relation to preschool age. The structure, as well as diagnostic methods aimed at identifying the level of formation of health culture in children of preschool age.

Quantitative and qualitative analysis of the results of the experiment. The conclusion is made about necessity of development of effective methods of formation of health culture in children of preschool age.

Key words: diagnosis, diagnostic methods, health culture, primary health competence and health-promoting activities, subject health of creation, the Acme-health, emotional-value attitude to health, social, and personal relationships.

Одной из ключевых стратегий развития современного дошкольного образования является обращённость его к проблемам здоровья, формирования у подрастающего поколения ценностного отношения к здоровью, здоровому образу жизни и готовности к здоровьесберегающему поведению и развитию.

Анализ психолого-педагогических исследований доказывает рост интереса к вопросам, связанным с формированием культуры здоровья у детей дошкольного возраста. Подтверждением тому являются современные научные труды учёных и практиков: В.Г. Каменской, М.В. Меличевой, Л.Т. Кузнецовой и др. В Республике Беларусь различные направления данной проблемы рассматривают: Л.Д. Глазырина, М.Н. Дедулевич, Т.Ю. Логвина, В.Н. Шебеко, В.А. Шишкина и др. Однако вопрос формирования культуры здоровья у детей младшего дошкольного возраста остаётся актуальным и до конца не решённым на сегодняшний день.

Феномен «культура здоровья детей младшего дошкольного возраста» мы рассматриваем как часть общечеловеческой культуры, совокупность эмоционально-ценностного отношения ребёнка к здоровью, социально-личностное развитие в интеграции с валеологической культурой, а также начальную здоровьесберегающую компетентность как готовность и способность решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения.

Эмоционально-ценностное отношение к здоровью у детей младшего дошкольного возраста представляет собой «интегративное образование личности», «образ здоровья», составляемыми которого являются:

- система представлений о здоровье, здоровом образе жизни, здоровьесберегающих правилах и поведении с последующей трансформацией в ежедневную деятельность детей (игровую, трудовую и пр.);

- мотивация и потребность в сохранении и укреплении здоровья;

- здоровьесберегающее поведение, в основе которого формируется акме-здоровье (наивысшая ценность в ряду общечеловеческих ценностей).

Социально-личностное развитие детей в интеграции с валеологической культурой подразумевает формирование образа «Я» — стержневого компонента, превалирующую роль в котором играют представления ребёнка о том, как сохранить и укрепить собственное здоровье в социокультурной среде. Отноше-

ние к своему здоровью определяется главным образом влиянием ближайшего окружения, в последствии чего формируются внутренние валеоустановки. Поэтому формирование образа «Я» ребёнка дошкольного возраста в контексте социально-личностного развития мы рассматриваем в совокупности трёх позиций: «Я—Я», «Я—Взрослые», «Я—Сверстники».

Начальная здоровьесберегающая компетентность является ключевой, универсальной и 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 [4, с. 13—15]. Кроме того, она выступает показателем культуры здоровья детей младшего дошкольного возраста.

С целью выявления уровня сформированности культуры здоровья у детей младшего дошкольного возраста (3—4 года) было проведено исследование, в котором приняло участие 146 воспитанников.

В основе диагностического материала констатирующего этапа эксперимента лежат компоненты, критерии и показатели, которые отражают структуру культуры здоровья детей младшего дошкольного возраста. Их содержание и подробная характеристика представлены в таблице.

СТРУКТУРНО-КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (3—4 года)

Компоненты	Критерии	Показатели
Мотивационно-ценностный	Стремление к получению представлений по культуре здоровья; убеждение в необходимости здоровой жизнедеятельности и готовность к ней. Интерес к самопознанию. Проявление активности, инициативности по отношению к вопросам культуры здоровья в организованной взрослым и самостоятельной здоровьесберегающей и безопасной деятельности	Доминантность здоровья в системе ценностей, познавательная активность и мотивационная направленность на здоровый образ жизни. Интерес к изучению себя, своих физических и физиологических возможностей (рост, стопа, осанка)
	Наличие положительно окрашенных эмоций при выполнении действий, направленных на сохранение и укрепление здоровья (культурно-гигиенические умения и навыки, трудовые поручения и пр.). Тенденции к самостоятельным проявлениям культуры здоровья	Эмоционально-положительное отношение, интерес и инициативность к самостоятельным действиям, направленным на сохранение и укрепление здоровья. Потребность и готовность деятельностно-практического участия в формировании здорового образа и стиля жизни

Компоненты	Критерии	Показатели
Когнитивный	Представления воспитанников о человеке (себе, сверстнике и взрослых), о строении человеческого организма, о простейших культурно-гигиенических навыках (о действиях, сопровождающих эти процессы); о половых различиях; о правилах безопасного поведения (на улице, в быту и пр.), безопасного использования предметов. Суждения о необходимости быть здоровым	Объём представлений о сущности здоровья и факторах его формирующих, о ценности здоровья, широта суждений о необходимости быть здоровым, информированность о способах оздоровления (ходить босиком полезно и пр.). Осознание необходимости соблюдения безопасного здоровьесберегающего поведения
Коммуникативно-волевой	Соблюдение правил бесконфликтного поведения. Во взаимодействии со сверстниками демонстрация валеологических представлений, умений, навыков. Желание помочь сверстникам в осуществлении деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья. Выражение в речи своих потребностей и интересов. Поддержание положительного настроения при осуществлении здоровьесберегающей деятельности и в совместных действиях со сверстниками. Выражение симпатии, сочувствия и сопереживания. Удовлетворение от одобрительных оценок взрослого	Сформированность личностных качеств (дружелюбие, гуманность, поддержка, готовность прийти на помощь и пр.), культуры социально-личностных взаимоотношений, синтонии, преодоление неуверенности в себе. Адекватность детских ответов и решений (может объяснить, аргументировать). Сформированность волевых качеств, волевых привычек. Эмоциональная устойчивость. Забота и эмоциональная отзывчивость
Деятельностно-поведенческий	Активное и грамотное применение представлений о культуре здоровья в повседневной жизни (правильно совершает процессы умывания, одевания/раздевания, соблюдение правил безопасного поведения). Перенос в игру правил здоровьесберегающего и безопасного поведения. Стремление и умение оценить поведение в соответствии с представлениями о том, что здоровье — это жизненно важная ценность. Выработка своих собственных ценностных ориентиров. Готовность самостоятельно решать задачи культуры здоровья. Трансформация ценностных установок в реальные мотивы поведения, став предметом устойчивых эмоциональных отношений	Владение навыками и умениями здоровьесберегающего поведения, а также чувством ответственности за своё здоровье. Сформированность позитивного мировоззрения, положительной Я-концепции, проявление позиции субъекта здоровьесозидания. Становление начальной здоровьесберегающей компетентности

Диагностика уровня развития мотивационно-ценностного компонента проводилась при помощи беседы с воспитанниками по произведениям детской художественной литературы валеологического характера (сказки: «Айболит», «Мойдодыр» К.И. Чуковского) с дополнительным использованием иллюстраций (модифицированная методика В.А. Деркунской) [5], целью которой было выявить особенности ценностного отношения к здоровью и здоровому образу жизни, а также понимание ребёнком значимости здоровья, здорового образа жизни для человека.

Анализ содержания вопросов для детей младшего дошкольного возраста позволил нам выделить следующие группы:

- устанавливающие вопросы, направленные на выявление идентификации предметов (объектов) или явлений: «Кто твой любимый герой в этой сказке?», «Кто такой Мойдодыр?», «Кого лечит доктор?»;
- определительные вопросы, направленные на выделение:
 - общих признаков, свойств предметов (объектов) или явлений («Какой доктор?», «На кого похож Мойдодыр?», «Как выглядит грязнуля?»);
 - месторасположения (местонахождения) («Где работает доктор?», «Куда нужно обратиться, если заболел?», «Где нужно умываться?»);

- действий («Что нужно делать, чтобы не заболеть?», «Что нужно кушать, чтобы быть здоровым?»);

- вопросы, направленные на установление причинно-следственной связи: «Почему пришёл Мойдодыр?», «Для чего нужно умываться?», «Зачем нужны витамины?», «Можно ли обижать животных? Почему?».

По результатам проведённой методики можно констатировать, что у детей младшего дошкольного возраста отношение к здоровью и здоровому образу жизни оценивается в целом как интуитивно правильное, однако нет чёткого и осознанного понимания необходимости его сохранения и укрепления, а также значимости здорового образа жизни для человека. Наибольшие затруднения у воспитанников вызвали определительные вопросы, направленные на выделение действий предметов (объектов), а также вопросы, направленные на установление причинно-следственной связи. Например, на вопрос «Что нужно кушать, чтобы быть здоровым?» лишь 24,9% детей дали ответы: кашу, яблоко, мясо. Большинство же (75,1%) предпочитают сладости. Полные и правильные ответы на поставленные вопросы по предложенным валеологическим сказкам смогли дать лишь 4,8% воспитанников.

Уровень развития мотивационно-ценностного компонента выявлялся также в ходе наблюдения за детьми по следующим критериям:

- интерес к правилам здоровьесберегающего и безопасного поведения;
- удовольствие в ходе выполнения культурно-гигиенических навыков и интерес к двигательной активности;
- радость от самостоятельных здоровьесберегающих действий и их результатов;
- положительный настрой на выполнение элементарных процессов самообслуживания;
- интерес к самопознанию (изучению себя, своих физических и физиологических возможностей: осанка, рост);
- тенденции к самостоятельным проявлениям культуры здоровья (радость и удовлетворение от положительных оценок взрослых и стремление самостоятельно повторить действие).

Учитывая тот факт, что валеологическая компетентность детей младшего дошкольного возраста находится в процессе становления, в ходе диагностики в первую очередь обращалось внимание на то, насколько дети способны переносить знания и представления о здоровье, здоровом образе жизни, о правилах здоровьесберегающего поведения в собственную жизнь. По результатам наблюдений выяснилось, что

большинство детей ещё находятся на начальной стадии валеологической компетентности. Культурно-гигиенические процедуры вызывают радость у детей, положительный эмоциональный настрой. Кроме того, мы зафиксировали, что одним из лучших показателей является критерий удовлетворённости самостоятельными и совместными действиями и результатами. Однако не всегда с большим удовольствием и интересом дети младшего дошкольного возраста выполняют культурно-гигиенические процедуры и процессы самообслуживания. Так, 63,8% детей считают, что руки нужно мыть для того, «чтобы мама не ругала» или «потому что воспитательница так сказала», 10,2% отвечают, что руки нужно мыть для того, «чтобы не заболеть». Тенденции к самостоятельным проявлениям культуры здоровья наблюдаются в исключительных случаях. Лишь 4,3% детей уже готовы самостоятельно решать задачи, связанные с личной гигиеной, здоровым образом жизни.

Сказанное выше свидетельствует о том, что ценностное отношение детей младшего дошкольного возраста к здоровью характеризуется как интуитивно правильное, поскольку ещё только начинает оформляться в этом возрасте. Мотивация к здоровому образу жизни, безопасному здоровьесберегающему поведению крайне неустойчива и требует постоянного педагогического сопровождения.

С целью выявления уровня развития когнитивного компонента культуры здоровья детей младшего дошкольного возраста была использована методика «Я — человек и мой организм» (модификация методики Л.Н. Белопольской «Мой организм») [2, с. 9—10], направленная на изучение представлений детей младшего дошкольного возраста о внешнем облике человека (о своём лице и теле, о функциях частей тела). В ходе диагностики детям демонстрировались плакаты с изображением фигуры человека и предлагалось показать части тела, назвать их функции, а также проверить, сможет ли ребёнок показать то же самое на себе.

По результатам диагностики можно констатировать, что дети младшего дошкольного возраста с затруднением могут выделить главные части тела человека, объяснить их строение и функции, а также грамотно обозначить словами. Кроме того, затруднения наблюдались при переносе обозначенных категорий на себя. Лишь среди некоторых воспитанников прозвучали грамотные ответы: в голове находится мозг, чтобы думать (4%), дышать нужно для того, чтобы жить (3%), внутри туловища находится сердце (3%). Вышесказанное свидетельствует лишь о начальной стадии становления валеологической грамотности детей.

Вторым этапом изучения уровня развития когнитивного компонента культуры здоровья стала игра-беседа с целью выявления представлений детей младшего дошкольного возраста о полезных (вредных) привычках, о правилах личной гигиены (диагностика Т.И. Бабаевой, А.Г. Гогоберидзе, О.В. Солнцевой) [9]. В диагностике использовались последовательные сюжетные иллюстрации, на которых были представлены алгоритмы мытья рук, ухода за ушами и кожей, бережного отношения к глазам, режимных моментов дня. В ходе игры-беседы применялись прямые и проективные вопросы, наиболее подходящие для детского восприятия и понимания. Прямые вопросы — вопросы с однозначно понимаемым смыслом и имеющие отношение к самому ребёнку (например, «А ты тоже умываешься по утрам? Покажи, как надо это делать»), проективные вопросы включали в себя задачу, связанную с проблемными ситуациями (например, «Что будет, если не помыть руки перед едой?»). Далее детям предлагалось разложить картинки по алгоритму режима дня.

Результаты методики позволяют констатировать, что дети младшего дошкольного возраста затрудняются определить, что такое здоровье, кто такой здоровый человек и что нужно делать, чтобы быть здоровым. Чаще всего воспитанники отвечали «не знаю» или «просто так», однако встречались и такие заключения, как «здоровый тот, кто слушается и хорошо кушает», «кто делает зарядку». Зачастую дети не могли обосновать алгоритм действий личной гигиены, их функциональную обоснованность, а также обозначить грамотно в словаре. Кроме того, воспитанники испытывали определённые затруднения при ответах на вопросы, связанные с личным опытом.

Третьим этапом изучения когнитивного компонента культуры здоровья детей младшего дошкольного возраста стало проведение диагностической игровой ситуации «Школа выживания» (модифицированная методика Т.Э. Токаевой) [10], позволяющей выявить уровень представлений детей об опасных предметах и безопасном поведении, умении объяснить последовательность действий в опасных для жизни ситуациях. Детям предлагался набор карточек с изображениями опасных предметов и действий с ними, а также с опасными ситуациями (опасности контактов с незнакомыми людьми, опасности на улице, в природе, в быту). Верность решения игровой задачи (полнота представлений, системность знаний, ширина охвата объекта) стала основным критерием сформированности валеологической грамотности ребёнка.

По результатам диагностики лишь 1,4% детей имеют полные, точные представления об источниках опасности и мерах предосторожности, понимают и аргументируют значимость их соблюдения, что подтверждается правильными и полными ответами, примерами из реальной жизни. Большинство детей оказались валеологически не компетентными в этом вопросе: называют лишь половину объектов опасности и объясняют необходимость соблюдения отдельных мер предосторожности, своё поведение соотносят с соблюдением запретов («нельзя, потому что мама будет ругать», «потому что воспитательница не разрешает» и пр.).

Констатирующий этап эксперимента предполагал также проведение методики, позволяющей изучить особенности социально-личностных взаимоотношений детей младшего дошкольного возраста в здоровьесберегающей деятельности (с целью выявления уровня развития коммуникативно-волевого компонента культуры здоровья).

Модифицированная методика Г.Б. Степановой, Е.Н. Денисовой, Е.Г. Юдиной «Социальное развитие детей 3—4 лет» [3] ставила своей целью изучить особенности культуры здоровья детей младшего дошкольного возраста в связи с особенностями социально-личностного развития. Ключевой задачей данной методики является создание индивидуального профиля социального развития ребёнка по результатам длительного наблюдения и как итог — определение индивидуального профиля социального развития ребёнка 3—4 лет. В ходе естественного наблюдения за ситуациями взаимодействия детей с воспитателем дошкольного образования и сверстниками в бланке индивидуального профиля личностно-социального развития фиксировалась степень выраженности поведения ребёнка в соответствии с показателями, отражающими три сферы социальных проявлений («Я—Я», «Я—Взрослые», «Я—Сверстники»). Критерии наблюдения:

- как ребёнок относится к себе/сверстникам/взрослым (равнодушно, равно, отрицательно), отдаёт ли кому-то предпочтение и почему;
- оказывает ли другому помощь и по какой причине (по собственному желанию, по просьбе сверстника, по предложению взрослого), как он это делает (охотно, помощь действенная (неохотно, формально), начинает помогать с энтузиазмом, но это быстро надоедает и т.д.);
- замечает ли эмоциональное состояние другого, в каких ситуациях, как на это реагирует;
- проявляет ли заботу по отношению к сверстникам, младшим детям, животным и как (постоянно, время от времени, эпизодически), что

побуждает его заботиться о других, в каких действиях выражается эта забота;

- как реагирует на успех и неудачи других (равнодушен, реагирует адекватно, реагирует неадекватно — завидует успеху другого, радуется его неудаче).

Интерпретация результатов диагностического исследования показала, что в сфере социальных проявлений позиции «Я—Я» большинство детей правильно обозначает свою половую принадлежность (95,9%), могут сказать свой возраст (64,3%), однако проявить самостоятельность в здоровьесберегающей деятельности могут лишь 3,9%. Некоторый диссонанс наблюдается в сфере социальных проявлений ребёнка «Я—Сверстники». Доказательством тому служат показатели эмоциональной реакции ребёнка на состояние сверстника в игровой, трудовой, физкультурно-оздоровительной деятельности (лишь 17,1% не остались равнодушными к чужой радости/беде), однако 75,3% воспитанников чувствуют себя комфортно в группе сверстников. Анализируя результаты наблюдений за проявлением позиции «Я—Взрослые», необходимо отметить лучшие показатели по сравнению с предыдущими. Замечено, что под руководством взрослых, либо сообща, воспитанники могут успешно осуществлять здоровьесберегающую деятельность, однако не всегда легко принимают помощь взрослого и идут на контакт. Положительные результаты при осуществлении здоровьесберегающей деятельности у воспитанников превалируют исключительно под руководством взрослых.

Выявлению уровня развития деятельностно-поведенческого компонента культуры здоровья послужило проведение комплекса диагностических ситуаций, целью которого было изучение особенностей начальной здоровьесберегающей компетентности детей младшего дошкольного возраста, связанной с умениями переносить имеющиеся знания о здоровье в реальную жизнь, готовности и способности оказать элементарную медицинскую, психологическую самопомощь и помощь. В форме сюжетно-ролевой игры детям предлагалось побыть в роли доктора в ситуации «Полечим мишку» или психолога в ситуации «Кукла Таня плачет». Обращалось внимание на способность детей принимать роль, вести ролевой диалог с игрушкой, умение найти правильный выход из сложившейся ситуации и обосновать его, умение оказать элементарную помощь (пожалеть, позвать взрослого на помощь, успокоить, развеселить), умение переносить ситуацию в реальную жизнь (готовность и способность к оказанию помощи сверстнику, желание помочь ему). Результаты диагностики показав-

ли, что лишь 4,1% детей имеют представления об элементарных правилах оказания помощи, уверены в своих действиях, легко отвечают на предложенные вопросы. У большинства воспитанников уровень владения элементарными навыками оказания помощи средний, зачастую низкий. Дети не имеют представлений об элементарных правилах оказания помощи, не могут ответить на вопросы, не знают, что делать при сложившейся ситуации, не могут перенести ситуацию в реальную жизнь. Ситуативные действия выполнялись исключительно по просьбе взрослого либо сообща.

По результатам проведённого констатирующего эксперимента выделены высокий, средний и низкий уровни культуры здоровья ребёнка.

Высоким уровнем сформированности культуры здоровья обладает 5% детей младшего дошкольного возраста. Для них характерны следующие показатели:

- проявляют желание и интерес к изучению себя, своих физических возможностей; обладают позитивным отношением к необходимости сохранять и поддерживать своё здоровье и здоровье окружающих; проявляют инициативность по отношению к вопросам культуры здоровья;

- имеют чёткие представления о человеке, о строении человеческого организма, о простейших культурно-гигиенических навыках, о правилах безопасного поведения (на улице, в быту и пр.);

- отличаются положительным настроением при выполнении здоровьесберегающей деятельности, эмоциональной устойчивостью;

- умеют решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения, самостоятельно выполняют культурно-гигиенические навыки. С большим удовольствием и по личной инициативе принимают активное участие в различных видах деятельности, ориентированных на сохранение и укрепление здоровья (зарядка, закаливание и др.), владеют навыками оказания элементарной помощи себе и другому.

Средний уровень сформированности культуры здоровья наблюдается у 26% детей младшего дошкольного возраста. Их отличительные проказатели:

- понимают необходимость ведения здорового образа жизни, но не всегда выполняют требования, а интерес к здоровью и здоровому образу жизни, безопасному поведению проявляют исключительно в организованных взрослыми видах деятельности;

- недостаточно владеют представлениями о том, что такое здоровье и каковы способы его поддержания, укрепления и сохранения; знают и называют некоторые части тела человека, объясняют их назначение, допуская при этом ошибки; не всегда уверены в собственных ответах, испытывают определённые трудности;

- не всегда соблюдают правила безопасного и бесконфликтного поведения; инициативность и желание помочь сверстниками в осуществлении деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья, прослеживаются редко; лишь иногда проявляют чуткость и замечают переживания окружающих;

- недостаточно владеют умениями правильно решать задачи здорового образа жизни и безопасного поведения: выполняют культурно-гигиенические нормы и правила по напоминанию взрослых, затрудняются в определении состояния своего здоровья и здоровья окружающих, с удовольствием, но иногда без личной инициативы («чтобы не ругали») выполняют какие-либо действия, ориентированные на сохранение и укрепление здоровья (зарядка, закаливание и др.), имеют слабые, отрывочные представления о необходимости тех или иных здоровьесберегающих мероприятий.

Низким уровнем сформированности культуры здоровья отличается 69% детей младшего дошкольного возраста. Им свойственно:

- отсутствие потребности в самопознании, отсутствие интереса к содержанию бесед, игр и других форм взаимодействия со взрослыми и сверстниками, посвящённых здоровью, здоровому образу жизни, здоровьесберегающим правилам поведения, а отношение к необходимости сохранять и поддерживать своё здоровье и здоровье окружающих сформировано не в полной мере;

- наличие лишь отдельных представлений о способах поддержания, укрепления и сохранения своего здоровья, о полезных и вредных привычках, о полезной и вредной пище; затруднения в назывании частей тела человека, а также отсутствие способности объяснить их назначения; трудности в осуществлении правил личной гигиены;

- эмоциональная неустойчивость, неспособность правильно выстроить своё поведение в непредвиденных ситуациях; затруднения в разрешении проблемных ситуаций валеологического характера; отказ от выполнения совместных действий, направленных на сохранение и укрепление здоровья;

- неумение решать задачи здорового образа жизни (например, владеют культурно-гигиеническими навыками, но не соблюдают

алгоритм выполнения действий); знание правил безопасного поведения, но постоянное их нарушение.

Таким образом, анализ результатов проведённой диагностики указывает на то, что культура здоровья у детей младшего дошкольного возраста находится на интуитивно-осознаваемой стадии, превалирует в основном средний и низкий уровни изучаемых показателей, что свидетельствует о необходимости разработки эффективной методики её формирования.

Статья поступила в редакцию 07.03.2017 г.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Андарало, А.И.* Педагогическое исследование: методология, структура, содержание: пособие / А.И. Андарало, В.А. Листратенко, В.В. Чет. — 4-е изд., испр. и доп. — Минск: БГПУ, 2015. — 92 с.
2. *Белопольская, Н.Л.* Экспресс-методика для диагностики детей 3–4 лет / Н.Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2008. — С. 9–10.
3. *Глазырина, Л.Д.* Физическая культура — дошкольникам: программа и программные требования: пособие для педагогов дошкольных учреждений / Л.Д.Глазырина. — М.: ВЛАДОС, 1999. — 144 с.
4. *Гогоберидзе, А.Г.* Предшкольное образование: некоторые итоги размышлений (Концепция образования детей старшего дошкольного возраста) / А.Г. Гогоберидзе // Основы педагогического менеджмента. — 2006. — № 1. — С. 13–15.
5. *Деркунская, В.А.* Диагностика культуры здоровья дошкольников / В.А. Деркунская. — М.: Педагогическое общество России, 2006. — 98 с.
6. *Каменская, Т.В.* Развитие культуры здоровья детей дошкольного возраста: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Т.В. Каменская. — СПб., 2007. — 24 с.
7. *Кузнецова, Л.Т.* Развитие здоровьесберегающей компетентности у детей старшего дошкольного возраста: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.07 / Л.Т. Кузнецова. — Екатеринбург, 2007. — 23 с.
8. *Меличева, М.В.* Формирование культуры здоровья дошкольников в процессе сотрудничества педагогов и родителей: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / М.В. Меличева. — СПб., 2006. — 23 с.
9. *Мониторинг в детском саду: науч.-метод. пособие / Т.И. Бабаева, А.Г. Гогоберидзе, З.А. Михайлова [и др.].* — СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2011. — 592 с.
10. *Токаева, Т.Э.* Будь здоров, дошкольник. Программа физического развития детей 3–7 лет. ФГОС / Т.Э. Токаева. — М.: ТЦ Сфера, 2016. — 112 с.
11. *Шебеко, В.Н.* Освоение детьми дошкольного возраста ценностей физической культуры / В.Н. Шебеко // Педагогическое образование и наука. — 2015. — № 3. — С. 46–49.
12. *Шишкина, В.А.* Физическое воспитание дошкольников: пособие для педагогов и руководителей учреждений, обеспечивающих получение дошкольного образования / В.А. Шишкина. — Минск: Зорны верасень, 2007. — 160 с.
13. *Юдина, Е.Г.* Педагогическая диагностика в детском саду: пособие для воспитателей дошкольных образовательных учреждений / Е.Г. Юдина, Г.Б. Степанова, Е.Н. Денисова. — М.: Просвещение, 2002. — 144 с.