

ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ НА АДАПТАЦИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА К УСЛОВИЯМ ДЕТСКОГО САДА

© *Марина Сергеевна Ширишкова*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

Контактная информация: Марина Сергеевна Ширишкова — старший преподаватель кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики. E-mail: vic. shir@mail.ru

РЕЗЮМЕ: В статье затронуты вопросы влияния здоровьесберегающих технологий на адаптацию детей раннего возраста в условиях детского сада, которые дополняют традиционные технологии обучения и воспитания. Представлены результаты исследования, проведенного автором, направленного на изучение процесса адаптации детей раннего возраста к условиям детского сада с включением здоровьесберегающих технологий и использованием диагностических методик Аксариной Н.М. и Каралишвили Е.А., позволившие получить данные об уровне их адаптации. Было установлено, согласно результатам констатирующего и контрольного экспериментов, что процесс адаптации детей раннего возраста к условиям детского сада с благоприятным течением адаптации составил 65% и прошел с активным использованием здоровьесберегающих технологий, также уменьшился процент детей с неблагоприятным течением адаптации в обеих группах (35% и 40%). Но количество детей с благоприятной адаптацией и условно благоприятной в экспериментальной группе с активным использованием здоровьесберегающих технологий больше на 40%. Представленные данные показывают положительную динамику в экспериментальной группе, что доказывает эффективность использования здоровьесберегающих технологий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: здоровьесберегающие технологии; адаптация; дошкольное образовательное учреждение; здоровьесберегающее пространство; здоровье детей; здоровый образ жизни; культура здорового образа жизни.

THE INFLUENCE OF HEALTH TECHNOLOGIES ON THE ADAPTATION OF CHILDREN OF EARLY AGE TO CONDITIONS OF KINDERGARTEN

© *Marina S. Shirshikova*

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. Litovskaya str., 2. Saint-Petersburg, Russia, 194100

Contact Information: Marina S. Shirshikova — Senior Lecturer, Department of Humanities and Bioethics. E-mail: vic. shir@mail.ru

ABSTRACT: The article deals with the impact of health-saving technologies on the adaptation of small children in kindergarten, which complement the traditional technologies of education and upbringing. Presents the results of research conducted by the author aimed at studying the process of adaptation of children of early age to conditions of the kindergarten with inclusion of health technologies and the use of diagnostic techniques Aksarina N. M. and Karalashvili E. A., allowed to obtain data about the level of their adaptation. It was found, according to the results of ascertaining and control experiments, that the process of adaptation of young children to kindergarten conditions with a favorable course of adaptation was 65% and was held with the active use of health-saving technologies, also reduced the percentage of children with poor adaptation in both groups (35%

and 40%). But the number of children with favorable adaptation and conditionally favorable in the experimental group with the active use of health-saving technologies is 40% more. The presented data show positive dynamics in the experimental group, which proves the effectiveness of health-saving technologies.

KEY WORDS: health-saving technologies; adaptation; pre-school educational institution; health-saving space; children's health; healthy lifestyle; culture of healthy lifestyle.

ВВЕДЕНИЕ

Современный период развития общества характеризуется рядом социально-экономических и медико-демографических процессов, ориентированных на формирование здорового образа жизни детей и молодежи и активное внедрение здоровьесберегающих технологий.

Всемирная организация здравоохранения также обеспокоена здоровьем детей во всем мире и справедливо считает, что «дети — это наше будущее, и обеспечение их здорового роста и развития должно быть важнейшей задачей всех сообществ» [2]. Так, ежегодно с 1 по 7 августа проводится Всемирная неделя грудного вскармливания в целях стимулирования этой практики и улучшения здоровья детей в мире [2].

Введение и осуществление стратегии формирования здорового образа жизни детей и молодежи с использованием здоровьесберегающих технологий в странах мира является поэтапным процессом, требующим высокого уровня координации между имеющимися программами и службами здравоохранения и тесного сотрудничества с национальными правительствами и министерствами здравоохранения [7]. Также необходимо использование комплексного подхода к вопросам здоровья и развития детей в рамках национальной политики здравоохранения. Так, в соответствии с Указом президента РФ № 240 от 29 мая 2017 года период с 2018 по 2027 гг. объявлен Десятилетием детства в РФ [11].

В рамках реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни детей и молодежи и внедрение здоровьесберегающих технологий, ведется разработка федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации» [12].

Таким образом, актуальность темы исследования определяется необходимостью принятия неотложных мер по оздоровлению детей, по профилактике и коррекции различных отклонений в их здоровье с помощью создания специальных педагогических методик, программ, направленных на сохранение и укреп-

ление здоровья. В современной терминологии они называются здоровьесберегающими образовательными технологиями [10].

В соответствии с Приказом Министерства образования и науки РФ от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» (ФГОС ДОУ) одной из главных задач является формирование «общей культуры личности детей, в том числе ценностей здорового образа жизни, развития их социальных, нравственных, эстетических, интеллектуальных, физических качеств, инициативности, самостоятельности и ответственности ребенка, формирования предпосылок учебной деятельности» [9], которая не может быть решена без использования современных здоровьесберегающих технологий.

Следует согласиться с мнением Н. К. Смирнова, который в своей работе «Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе» также отмечает, что «обучение вопросам здоровья, воспитание культуры здорового образа жизни, использование здоровьесберегающих технологий как основного инструмента педагогической работы составляют единое целое — дорогу к здоровью» [10].

Термин «здоровьесберегающие образовательные технологии», введенный Н. К. Смирновым, можно рассматривать и как «качественную характеристику любой образовательной технологии, ее «сертификат безопасности для здоровья», и как совокупность тех принципов, приемов, методов педагогической работы, которые, дополняя традиционные технологии обучения и воспитания, наделяют их признаком здоровьесбережения» [10].

Медицинский подход к здоровьесбережению, реализуемый в рамках профилактического направления, предполагает переход ответственности за здоровье детей на врачей и медицину. А здоровьесберегающая педагогика предполагает выбор в качестве приоритетного направления воспитательной работы обязательное использование здоровьесберегающего образовательного пространства для развития культуры здорового образа жизни [6].

По мнению автора, более корректным представляется следующее определение здоровьесберегающих образовательных технологий: как совокупности всех используемых в образовательном процессе приемов, методов, технологий, не только оберегающих здоровье воспитанников и педагогов, но и способствующих воспитанию у них культуры здоровья.

Адаптация детей раннего возраста к условиям ДОУ — это сложный процесс приспособления организма, который происходит на разных уровнях (физическом, психическом, социальном) и подвержен влиянию таких факторов, как: возраст ребенка; состояние здоровья; уровень развития; другие индивидуальные особенности ребенка; уровень тренированности адаптационных механизмов; опыт общения со взрослыми и сверстниками; несовпадение режимов дня в ДОУ и домашних условиях; негативный настрой ребенка к детскому саду; страх и неуверенность родителей в возможности адаптации ребенка в ДОУ [3, 5, 8].

Целью исследования является определение влияния здоровьесберегающих технологий на адаптацию детей раннего возраста к условиям дошкольного образовательного учреждения (ДОУ).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ДОУ №1, ДОУ №2 г. Кирова. В качестве экспериментальной группы (Эг) ДОУ №1, активно использующих здоровьесберегающую среду выбрана группа детей раннего возраста — 20 человек. Контрольную группу (Кг) составили дети раннего возраста другого ДОУ №2, лишь частично использующего здоровьесберегающие технологии, также 20 человек.

ДОУ №1 представляет собой дошкольное образовательное учреждение комбинированного типа и имеет 12 возрастных групп: 8 общеразвивающих групп (1 раннего возраста с 2–3 лет, 1 младшая с 3–4 лет, 2 средние с 4–5 лет, 2 старшие с 5–6 лет, 2 подготовительные с 6–7 лет), 3 группы компенсирующей направленности, 1 разновозрастная группа компенсирующей направленности для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Одной из главных задач ДОУ №1 является работа по укреплению здоровья детей через рациональное использование здоровьесберегающих технологий и формированию привычки к здоровому образу жизни.

Отличительными особенностями ДОУ №1 являются наличие специально оборудованных

кабинетов, средств для обучения, проведения практических занятий; объектов для оздоровления детей, формирующих здоровьесберегающую среду, где активно используются здоровьесберегающие технологии: музыкальный зал; кабинет педагога-психолога; кабинеты учителей-логопедов; медицинский блок, включающий в себя медицинский кабинет, изолятор, процедурный кабинет, кабинет физиотерапии; физкультурный зал с массажными тренажерами; оздоровительно-плавательный комплекс, состоящий из плавательного бассейна, сауны, фитобара, душевых кабин; зимний сад с лабораторией; кабинет изостудии; кабинет конструирования.

ДОУ №2 представляет собой дошкольное образовательное учреждение общеразвивающего типа и имеет 11 возрастных групп, имеющих следующую структуру: 10 общеразвивающих групп (2 раннего возраста с 2–3 лет, 2 младшие с 3–4 лет, 2 средние с 4–5 лет, 2 старшие с 5–6 лет, 2 подготовительные с 6–7 лет), 1 группа кратковременного пребывания для детей от 2–3 лет.

Сведения о наличии в ДОУ №2 специально оборудованных кабинетов, средств для обучения, проведения практических занятий, объектов для оздоровления детей, формирующих здоровьесберегающую среду, где частично используются здоровьесберегающие технологии: совмещенный музыкально-физкультурный зал; кабинет педагога-психолога; кабинет старшего воспитателя совмещен с кабинетом логопеда; медицинский блок, включающий в себя медицинский кабинет, изолятор, процедурный кабинет, кабинет физиотерапии.

Для реализации цели исследования была проведена опытно-экспериментальная работа, включающая следующие этапы: констатирующий эксперимент, формирующий эксперимент и контрольный эксперимент.

На основе анализа изученной литературы и с опорой на исследования Н.М. Аксариной [1], выделены основные *критерии адаптированности ребенка раннего возраста к условиям ДОУ*:

1. Эмоциональное самочувствие ребенка в детском саду.
2. Взаимодействие детей раннего возраста со взрослыми и сверстниками, поведение ребенка в детском коллективе.
3. Соответствие ребенка возрастным показателям развития.

В соответствии с выделенными критериями автором были использованы следующие диагностические методики, позволившие оценивать уровень адаптированности ребенка раннего возраста к условиям детского сада:

1. Диагностика эмоциональной адаптации дошкольников к условиям детского сада (уровень эмоциональной адаптации);
2. Индивидуальный профиль социального развития ребенка (уровень социальной адаптации);
3. Определение степени тяжести адаптации детей раннего возраста по результатам диагностирования физического и нервно-психического развития ребенка (уровень физического и нервно-психического развития).

Далее для оценки процесса адаптации детей раннего возраста к условиям ДОУ использовалась методика оценки периода адаптации — уровень адаптации в целом:

Высокий уровень адаптации соответствует благоприятному течению адаптации, полной включенности ребенка в деятельность и общение, присутствует высокая активность и дисциплина, возрастное развитие ребенка соответствует норме, что характеризуется как легкая степень тяжести адаптации.

Средний уровень адаптации соответствует условно благоприятному течению адаптации, высокой включенности ребенка в деятельность и общение, но достигнутая за счет сверхвысоких избыточных эмоциональных затрат высокая активность и дисциплина, отклонение возрастного развития в пределах допустимого, что характеризуется как средняя степень тяжести адаптации.

Низкий уровень адаптации соответствует неблагоприятному течению адаптации, сниженной активности и дисциплины, низкой включенности в деятельность и общение, отставанию от возрастной нормы по многим показателям, что характеризуется как тяжелая степень протекания адаптации.

Для определения уровня эмоционального самочувствия ребенка в ДОУ по первому критерию проводились беседы с воспитателями и анализ адаптационных листов.

Для определения уровня взаимодействия детей раннего возраста со сверстниками и взрослыми, проведен анализ поведения каждого ребенка в детском коллективе по второму критерию с целью определения навыков социального поведения по шкале индивидуального профиля социального развития.

Для определения уровня соответствия ребенка возрастным показателям развития по третьему критерию осуществлялся анализ медицинских карт и карт нервно-психического развития.

Далее для оценки процесса адаптации детей раннего возраста к условиям ДОУ использовалась методика оценки периода адаптации.

Оценка влияния здоровьесберегающих технологий на адаптацию детей раннего возраста к условиям ДОУ была осуществлена на основе сопоставления результатов диагностики констатирующего и контрольного экспериментов и проведена оценка статистической значимости различий уровней адаптации детей раннего возраста к условиям ДОУ в контрольной и экспериментальной группах на 10 день и через 2 месяца адаптации по критерию с χ^2 (хи-квадрат).

Ожидаемым результатом является наличие влияния здоровьесберегающих технологий на адаптацию детей раннего возраста к условиям дошкольного образовательного учреждения (ДОУ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Для определения уровня эмоциональной адаптации детей раннего возраста к условиям ДОУ на 10 день посещения и через 2 месяца были сделаны констатирующий и контрольные срезы эмоционального профиля адаптации в группах (табл. 1).

По данным таблицы 1 в рамках констатирующего эксперимента наблюдается снижение эмоционального профиля процесса адаптации в обеих группах. По результатам диагностики определен эмоциональный портрет каждого ребенка. Уровень нормы (40–50 баллов) нет ни у одного ребенка (контрольной и экспериментальной), количество баллов положительного уровня (от 0 до 40 баллов) набрали семь детей (35%) экспериментальной группы и пять детей (25%) контрольной группы. То есть в обеих группах на 10 день адаптации преобладает отрицательный уровень эмоциональной адаптации (от — 60 до 0), соответственно — 13 детей (65%) и 15 детей (75%) (рис. 1).

Таким образом, на 10 день адаптации большая часть детей обеих групп имеет низкий уровень эмоциональной адаптации, свидетельствующий о реальном неблагополучии их социального окружения. То есть необходимо проводить работу, направленную на повышение эмоционального фона в группах.

Через 2 месяца по итогам контрольного эксперимента видны следующие изменения. Эмоциональный профиль в группах повысился, в экспериментальной группе прослеживается положительная динамика.

Итоговый срез эмоциональной адаптации детей раннего возраста выявил, что уровень эмоциональной адаптации в обеих группах вырос, но в экспериментальной группе он значительно выше (на 40%). В экспериментальной

Таблица 1

Эмоциональный профиль адаптации

Показатели эмоционального профиля адаптации	Констатирующий эксперимент на 10 день адаптации		Контрольный эксперимент через 2 месяца адаптации	
	Экспериментальная группа, балл	Контрольная группа, балл	Экспериментальная группа, балл	Контрольная группа, балл
Настроение	-51	-49	139	113
Гнев	4	0	158	146
Страх	-59	-58	133	106
Игровая деятельность	-1	-4	108	93
Социальные контакты	-40	-44	112	79
Дисциплина	-38	-39	108	77
Моторика	-41	-45	91	89
Сон	-14	-11	156	143
Аппетит	1	-1	75	60
Познавательная деятельность	38	39	131	124
Итого:	-201	-212	1211	1030



Рис. 1. Данные по уровням эмоциональной адаптации на 10 день

группе преобладает количество детей с высоким уровнем, а в контрольной группе количество детей с высоким и средним уровнем приблизительно одинаково (45% и 40%). В отличие от контрольной группы (15%), в экспериментальной группе дети с низким уровнем эмоциональной адаптации отсутствуют (0%). Выявленная динамика изменения уровня эмоциональной адаптации представлена на рис. 2

Таким образом, оценив результаты констатирующего и контрольного экспериментов, авторы показали, что в целом высокий уровень эмоциональной адаптации детей раннего возраста к условиям детского сада повысился в обеих группах, но в экспериментальной группе он повысился больше на 40%.

Для определения уровня социальной адаптации детей раннего возраста к условиям



Рис. 2. Динамика изменения эмоционального самочувствия детей в ДОО

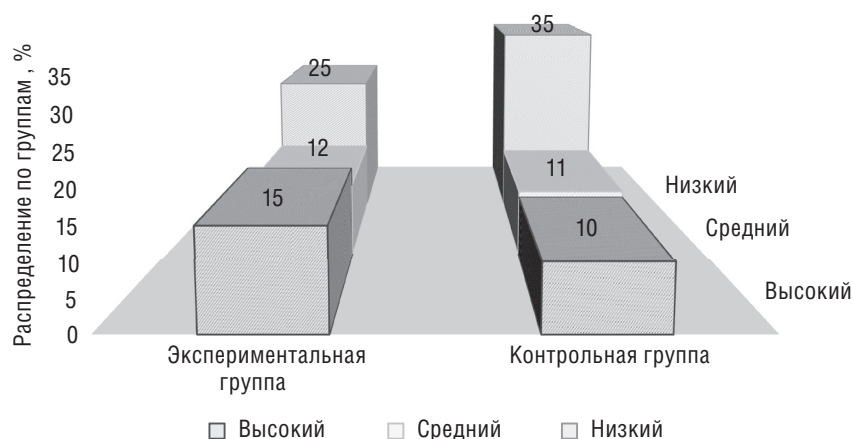


Рис. 3. Данные социальной адаптации на 10 день

ДОО был составлен индивидуальный профиль социального развития каждого ребенка, по результатам анализа которого рассчитывался средний уровень социальной адаптации по методике Е. А. Каралашвили [4].

В результате в рамках констатирующего эксперимента, высокий уровень социальной адаптации (от 0 до 10 баллов) наблюдался у трех детей (15%) экспериментальной группы и у двух детей (10%) контрольной группы, низкий уровень (от — 30 до — 20) — у пяти детей (25%) экспериментальной и у семи детей (35%) контрольной группы. В обеих группах зафиксирован средний уровень социальной адаптации (от — 20 до 0), соответственно — 12 детей (60%) и 11 детей (55%) (рис. 3).

По полученным данным можно сделать вывод, что уровень социальной адаптации на 10 день в обеих группах недостаточно высок,

у детей наблюдаются проблемы во взаимоотношениях с детьми и взрослыми, зафиксированы поведенческие расстройства. Низкий уровень социальной адаптации на 10 день свидетельствует о необходимости проведения специальной работы, направленной на оптимизацию процесса социальной адаптации.

Сравнивая полученные результаты контрольного эксперимента через 2 месяца с результатами констатирующего эксперимента на 10 день, можно заметить следующие изменения: количество детей с высоким уровнем социальной адаптации возросло в экспериментальной группе на 55%, в контрольной на 20%. Количество детей со средним уровнем и низким уровнем уменьшилось, соответственно — на 30% (5%) и 25% в обеих группах. Выявленная динамика изменения уровня социальной адаптации детей представлена на рис. 4.

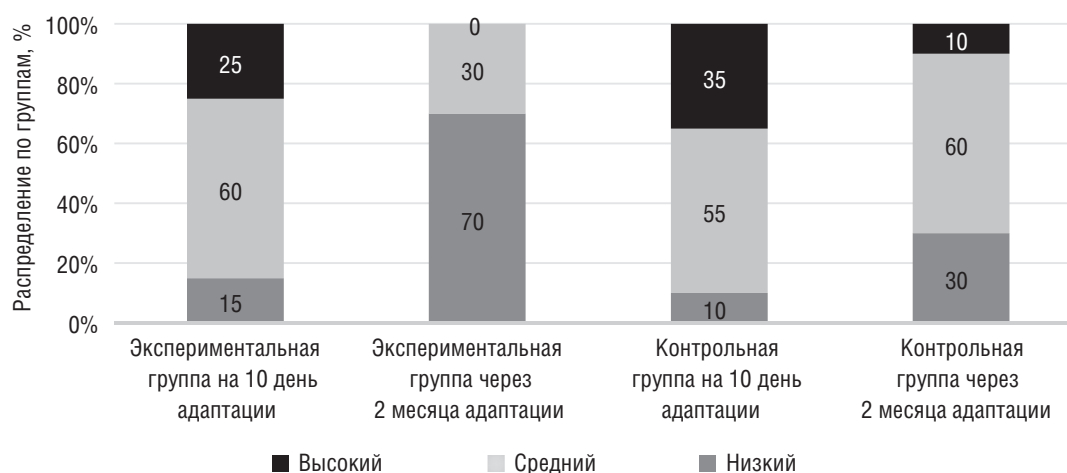


Рис. 4. Динамика роста количества детей, овладевших социальными навыками общения и поведения в группе по результатам обоих экспериментов

Таблица 2

Оценка нервно-психического развития и состояния здоровья детей раннего возраста

Показатели эмоционального профиля адаптации	Уровень нервно-психического развития, %			Перенесенные заболевания, %		
	1	2	3	нет	однократно	многократно
Констатирующий эксперимент на 10 день адаптации						
Экспериментальная группа, балл	15	50	35	10	50	40
Контрольная группа, балл	10	55	35	15	55	30
Контрольный эксперимент через 2 месяца адаптации						
Экспериментальная группа, балл	70	20	10	75	15	10
Контрольная группа, балл	45	45	10	20	70	10

Таким образом, проведя наблюдение за детьми в обеих группах и сопоставив результаты двух экспериментов, установили, что трудности в общении детей со взрослыми и детьми встречаются реже. Поведение улучшилось, активность возросла в обеих группах, но уровень социальной адаптации детей в экспериментальной группе выше.

Для определения степени тяжести адаптации детей раннего возраста к условиям ДООУ (уровень физического и нервно-психического развития) был проведен анализ медицинских карт нервно-психического развития и состояния здоровья детей по частоте перенесенных заболеваний в период адаптации, динамике роста и массы тела на 10 день и через 2 месяца. Результаты анализа представлены в таблице 2.

Полученные результаты физического и нервно-психического развития детей характеризуют степень тяжести процесса адаптации детей раннего возраста к условиям ДООУ в со-

ответствии с возрастными нормами развития. Полностью соответствуют возрастным нормам развития на 10 день адаптации три ребенка (15%) экспериментальной группы и два ребенка (10%) контрольной группы. Небольшие отклонения наблюдаются, соответственно у 10 детей (50%) и 11 детей (55%). Значительная задержка в развитии присутствует у семи детей (35%) в той и другой группах (рис. 5).

Таким образом, на 10 день адаптации в обеих группах преобладает средняя и высокая степень, соответственно у большинства детей присутствует задержка физического и нервно-психического развития, зафиксирован высокий уровень заболеваемости. Следовательно, необходимо использование здоровьесберегающих технологий для оздоровления и развития детей.

Сравнив результаты констатирующего и контрольного экспериментов, можно отметить в обеих группах снижение количества де-

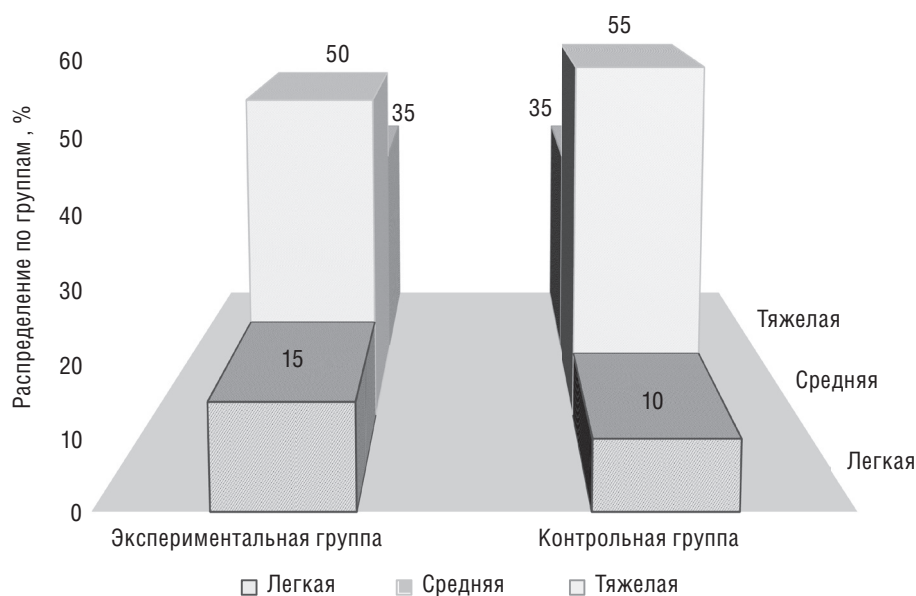


Рис. 5. Оценка степени тяжести адаптации детей раннего возраста к условиям ДОО на 10 день

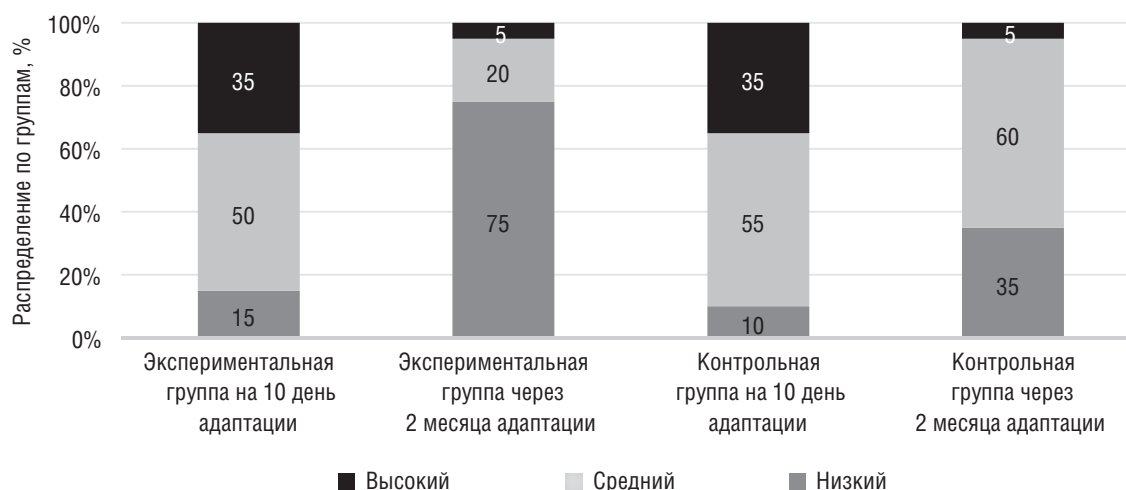


Рис. 6. Данные соответствия развития детей возрастным нормам развития по результатам обоих экспериментов

тей с тяжелой степенью адаптации на 30% и, соответственно, возрастание доли детей с легкой степенью на 60% в экспериментальной группе и на 15% в контрольной группе (рис. 6).

Таким образом, возросло количество детей с легкой степенью процесса адаптации в обеих группах, но в экспериментальной группе больше на 40%, что может быть объяснено активным использованием здоровьесберегающих технологий в ДОО №1.

Теперь, для оценки процесса адаптации детей раннего возраста к условиям ДОО определяется уровень адаптации для обоих периодов с учетом вышеуказанных критериев: уровня эмоциональной адаптации, социальной адаптации, физического и нервно-психического раз-

вития, которые позволяют произвести оценку адаптации в целом (таблица 3) и уровни адаптации по обоим экспериментам (рис. 7).

Таким образом, на 10 день адаптации было установлено, что благоприятное течение адаптации (от 13 до 15 баллов) имело место у двух детей (10%) экспериментальной группы и у одного ребенка (5%) контрольной группы (высокий уровень). Условно благоприятное течение адаптации (от 9 до 12 баллов) наблюдалось у десяти детей (50%) экспериментальной группы и девяти детей (45%) контрольной группы (средний уровень). Неблагоприятное течение адаптации (от 5 до 8 баллов) имело место у восьми детей (40%) экспериментальной группы и у 10 детей (50%) контрольной группы.

Таблица 3

Оценка процесса адаптации детей раннего возраста к условиям ДООУ для обоих периодов адаптации

Критерии оценивания		Констатирующий эксперимент на 10 день адаптации						Контрольный эксперимент через 2 месяца адаптации					
		Экспериментальная группа			Контрольная группа			Экспериментальная группа			Контрольная группа		
		Выс	Ср	Низ	Выс	Ср	Низ	Выс	Ср	Низ	Выс	Ср	Низ
Эмоциональная адаптация	Изменение эмоционального профиля	0	35	65	0	25	75	85	15	0	45	40	15
	Сроки нормализации поведенческих реалий	15	60	25	10	55	35	70	30	0	30	60	10
Социальная адаптация	Адаптированность детей раннего возраста к условиям ДООУ	10	50	40	5	45	50	15	20	5	35	60	5
	Степень адаптации по количеству детей	10	49	41	8	47	45	75	20	5	35	55	10
Степень тяжести	Уровень нервно-психического развития	15	50	35	10	55	35	70	20	10	45	45	10
	Перенесенные заболевания	10	50	40	15	55	30	75	15	10	20	70	10

Следует отметить и тот факт, что уровни адаптации на начальном его этапе в обоих ДООУ примерно одинаковы.

Сопоставив результаты констатирующего и контрольного экспериментов, было установлено, что процесс адаптации детей раннего возраста к условиям ДООУ благополучно завершился в обеих группах. Значительно увеличился процент детей с благоприятным течением адаптации — на 65% в экспериментальной группе и 30% в контрольной группе и уменьшился процент детей с неблагоприятным течением адаптации в обеих группах (35 и 40%). Но количество детей с благоприятной адаптацией и условно благоприятной в экспериментальной группе больше на 40%. Представленные данные показывают положительную динамику в экспериментальной группе, что доказывает эффективность использования здоровьесберегающих технологий.

Проведена оценка статистической значимости различий уровней адаптации детей раннего возраста к условиям ДООУ в контрольной и экспериментальной группах на 10 день и через

2 месяца адаптации по критерию χ^2 (хи-квадрат) с ν степенями свободы по данным таблицы 4.

Обозначив p_{1i} вероятность достижения детьми раннего возраста экспериментальной группы уровня благоприятности течения процесса адаптации i , p_{2i} — вероятность достижения детьми раннего возраста контрольной группы уровня благоприятности течения процесса адаптации i , сформулируем гипотезу $H_0: p_{1i} = p_{2i}$ для всех уровней (экспериментальная группа находится на том же уровне благоприятности течения процесса адаптации, что и контрольная) при альтернативе $H_0: p_{1i} \neq p_{2i}$ хотя бы для одного уровня (эксперимент дает положительный результат).

Поскольку полученное нами на начало эксперимента значение $\chi^2_{\text{нач}} < \chi^2_{\text{критич}}$, то нет достаточных оснований для отклонения нулевой гипотезы, то есть распределение детей раннего возраста экспериментальной и контрольной групп по уровням благоприятности протекания адаптации в начале эксперимента существенно не отличается. На конец эксперимента $\chi^2_{\text{кон}} > \chi^2_{\text{критич}}$, значит имеется достаточно оснований

Таблица 4

Данные расчетов исходов по уровням адаптации детей раннего возраста к условиям ДООУ в контрольной и экспериментальной группах на 10 день и через 2 месяца адаптации

Факторный признак	Результативный признак			Итого
	Высокий уровень адаптации	Средний уровень адаптации	Низкий уровень адаптации	
Констатирующий эксперимент на 10 день адаптации				
Экспериментальная группа	2	10	8	20
Контрольная группа	1	9	10	20
Итого на 10 день адаптации	3	19	18	40
Число степеней свободы равно 2. Значение критерия χ^2 составляет 0,608. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,05$ составляет 5,991. Уровень значимости $p=0,738$. Связь между факторным и результативным признаками статистически незначима при уровне значимости $p<0,05$.				
Контрольный эксперимент через 2 месяца адаптации				
Экспериментальная группа	15	4	1	20
Контрольная группа	7	11	2	20
Итого через 2 месяца адаптации	22	15	3	40
Число степеней свободы равно 2. Значение критерия χ^2 составляет 6,509. Критическое значение χ^2 при уровне значимости $p=0,05$ составляет 5,991. Уровень значимости $p=0,039$. Связь между факторным и результативным признаками статистически значима при уровне значимости $p<0,05$.				

для того, чтобы отклонить нулевую гипотезу и утверждать, что уровни благоприятности протекания адаптации детей раннего возраста экспериментальной группы значительно выше уровня благоприятности протекания адаптации контрольной группы, что свидетельствует о статистической значимости полученных результатов. Связь между факторным и результативным признаками статистически значима на конец эксперимента при уровне значимости $p<0,05$.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование показало, что дети раннего возраста в период адаптации к условиям ДООУ испытывают серьезные затруднения в процессе адаптации к новой среде, о чем говорят низкие показатели эмоционального профиля детей в группах, уровень социального развития и высокая степень тяжести процесса адаптации.

Невысокий уровень адаптированности детей к новой среде свидетельствует о целесообразности активного использования здоровьесберегающих технологий, формирующих

здоровьесберегающее пространство для повышения адаптированности детей раннего возраста к условиям ДООУ.

В результате проведенного исследования наблюдались следующие изменения в состоянии адаптации детей раннего возраста экспериментальной группы:

1. Улучшилось эмоциональное самочувствие детей в группе сверстников (уровень эмоциональной адаптации);
2. Сформированы навыки социального поведения и наблюдается устойчивое позитивное отношение к сверстникам и педагогам (уровень социальной адаптации);
3. Увеличилось количество детей с легкой степенью процесса адаптации (уровень физического и нервно-психического развития);
4. Увеличилось количество детей с высоким уровнем адаптации.

Таким образом, подтверждено результатами исследования, что использование здоровьесберегающих технологий в ДООУ оказывает сильное влияние на процесс адаптации детей раннего возраста к новым условиям и приобретает огромное значение в здоровьесбережении,

оздоровлении, укреплении здоровья детей и формировании привычки к здоровому образу жизни. Все это в целом способствует развитию общей культуры здоровья.

Полученные результаты исследования позволяют активизировать работу, направленную на формирование здорового образа жизни населения, на выявление дополнительных критериев адаптированности детей раннего возраста к условиям детского сада, что позволило бы более точно оценивать ее уровень, на разработку единой комплексной диагностической методики оценки адаптации детей раннего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксарина Н. М. Воспитание детей раннего возраста. М.: Медицина; 1977.
2. Всемирная организация здравоохранения. Здоровье детей и подростков. Доступен по: http://www.who.int/topics/child_health/ru/ (дата обращения 12.08.2018).
3. Гурьева Н. А., Ким А. В., Орел В. И., Серeda В. М. Организация медико-социальной помощи детям. СПб.: СПбГПМУ; 2016.
4. Данюкова О. А., Ларионова Г. Б., Е. А. Каралишвили. Работа с детьми раннего возраста в период адаптации к ДОУ. Управление ДОУ. 2003; 3: 80.
5. Дембикова Е. В., Калинина С. А., Калининchenko О. В., Петрова Н. Г. Медико-социальные особенности детей, госпитализированных в центр медицинской и социальной реабилитации. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (2): 31–37.
6. Еникеева Л. А., Ширшикова М. С. Теоретические и практические аспекты использования индикаторов оценки качества жизни. Медицина и организация здравоохранения. 2017; 2 (2): 4–15.
7. Интегрированное ведение болезней детского возраста. Доступен по: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ru/ (дата обращения 12.08.2018).
8. Микиртичан Г. Л. Истоки изучения медико-социальных проблем детства: XVIII — первая половина XIX века. Медицина и организация здравоохранения. 2016; 1 (2): 44–53.
9. Приказ Министерства образования и науки РФ от 17 октября 2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования». Доступен по: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70412244/#ixzz5NaC7J4jI> (дата обращения 12.08.2018).
10. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в современной школе. М.: АПК и ПРО; 2002.
11. Указ президента РФ № 240 от 29 мая 2017 года «Об объявлении в Российской Федерации Десяти-

летия детства». Доступен по: <http://static.kremlin.ru/media/acts/files/0001201705290022.pdf> (дата обращения 12.08.2018).

12. План основных мероприятий до 2020 года, проводимых в рамках Десятилетия детства. Проект от 25 июля 2017 года. Доступен по: <http://xn--btbgfbav8dmbqer.xn--plai/Storage/Files/2324/%D0%B2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BD%D1%82%2025%2007%2017%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B0%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%B0%2010%20%D0%BB%D0%B5%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20.pdf> (дата обращения 12.08.2018).

REFERENCES:

1. Aksarina N. M. Vospitanie detej rannego vozrasta. [Early childhood education]. M.: Meditsina; 1977.
2. Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya. Zdorov'e detey i podroستkov. [World Health Organization. Health of children and adolescents]. Available at: http://www.who.int/topics/child_health/ru/ (accessed 12.08.2018) (in Russia).
3. Gur'eva N. A., Kim A. V., Orel V. I., Sereda V. M. Organizaciya mediko-social'noj pomoshchi detyam. [Organization of medical and social care for children]. SPb.: SPbGPMU; 2016 (in Russia).
4. Danyukova O. A., Larionova G. B., E. A. Karalishvili. Rabota s det'mi rannego vozrasta v period adaptacii k DOU. [Work with young children in the period of adaptation to the pre-school]. Upravlenie DOU. 2003; 3: 80 (in Russia).
5. Dembikova E. V., Kalinina S. A., Kalinichenko O. V., Petrova N. G. Mediko-social'nye osobennosti detej, gositalizirovannyh v centr medicinskoj i social'noj rehabilitacii. [Medical and social characteristics of children hospitalized in the center of medical and social rehabilitation]. Medicine and health care organization. 2017; 2 (2): 31–37 (in Russia).
6. Enikeeva L. A., SHirshikova M. S. Teoreticheskie i prakticheskie aspekty ispol'zovaniya indikatorov ocenki kachestva zhizni. [Theoretical and practical aspects of the use of indicators to assess the quality of life]. Medicine and health care organization. 2017; 2 (2): 4–15 (in Russia).
7. Integrirovannoe vedenie boleznej detskogo vozrasta. [Integrated Management of Childhood Illnesses]. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/ru/ (accessed 12.08.2018) (in Russia).
8. Mikirtichan G. L. Istoki izucheniya mediko-social'nyh problem detstva: XVIII — pervaya polovina XIX veka. [History of Research on Medical and Social Problems of Childhood: the 18th — First Part of the 19thcc]. Medicine and health care organization. 2016; 1 (2): 44–53 (in Russia).

9. Prikaz Ministerstva obrazovaniya i nauki RF ot 17 oktyabrya 2013 g. № 1155 «Ob utverzhdenii federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta doskol'nogo obrazovaniya». [Order of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation of October 17, 2013 No. 1155 «On the approval of the federal state educational standard of preschool education»]. Available at: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70412244/#ix-zz5NaC7J4jI> (accessed 12.08.2018) (in Russia).
10. Smirnov N. K. Zdorov'esberegayushchie obrazovatel'nye tekhnologii v sovremennoj shkole. [Health-saving educational technologies in a modern school]. M.: APK i PRO; 2002. (in Russia).
11. Ukaz prezidenta RF № 240 ot 29 maya 2017 goda «Ob ob'yavlenii v Rossiyskoy Federatsii Desyatiletiya detstva». [Decree of the President of the Russian Federation No. 240 of May 29, 2017 «On the Announcement of the Decade of Childhood in the Russian Federation»]. Available at: <http://static.kremlin.ru/media/acts/files/0001201705290022.pdf> (accessed 12.08.2018) (in Russia).
12. Plan osnovnykh meropriyatij do 2020 goda, provodimyyh v ramkah Desyatiletiya detstva. Proekt ot 25 iyulya 2017 goda. [Plan of the main activities until 2020, held within the framework of the Decade of Childhood. The project of July 25, 2017]. Available at: <http://xn--btbgfbav8dmbqer.xn--plai/Storage/Files/2324/%D0%B2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BD%D1%82%2025%2007%2017%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%D0%B0%20%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%B0%2010%20%D0%BB%D0%B5%D1%82%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0%20.pdf> (accessed 12.08.2018) (in Russia).